



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science



inter*care*

Un modèle de soins pour renforcer
l'expertise gériatrique au sein des
établissements médico-sociaux :
**mise en œuvre et évaluation du
modèle INTERCARE.**

Synthèse



Un modèle de soins pour renforcer
l'expertise gériatrique au sein des
établissements médico-sociaux :
**mise en œuvre et évaluation du modèle
INTERCARE.**

Synthèse

Auteurs

Raphaëlle-Ashley Guerbaai

Christine Serdaly

Michael Simon

Carlo De Pietro

Kornelia Kotkowski

Nathalie I. H. Wellens

Jana Bartakova

Reto W. Kressig

Andreas Zeller

Sabina De Geest

Franziska Zúñiga

Bâle, 2024

À propos de ce rapport

Ce rapport peut être téléchargé sur notre site Web :

www.intercare.nursing.unibas.ch/en/publications/

Cette publication est un résumé du deuxième rapport national de l'étude INTERCARE financée par le Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique (FNS) dans le cadre du programme national de recherche « Smarter Health Care » (PNR 74).

Une liste complète des publications d'INTERCARE est disponible sur le site web :

www.intercare.nursing.unibas.ch/en/publications/

En savoir plus sur notre travail :

www.intercare.nursing.unibas.ch/en/

Citation suggérée

Guerbaai, R.A., Serdaly, C., Simon, M., De Pietro, C., Kotkowski, K., Wellens N.I.H., Bartakova, J., Kressig, R.W., Zeller, A., De Geest S., Zúñiga, F. (2024). Un modèle de soins pour renforcer l'expertise gériatrique au sein d'établissements médico-sociaux : mise en œuvre et évaluation du modèle INTERCARE. Synthèse. Téléchargé depuis le site Web de l'Institut de recherche en sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Bâle : <https://intercare.nursing.unibas.ch/en/publications/>

Publié par :

l'Institut de recherche en sciences infirmières,
Faculté de médecine, Université de Bâle, 2024

© Institut de recherche en sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Bâle, 2024

INTERCARE™ est déposée et protégée par une marque.

Cette œuvre est sous licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification 4.0 International.



Table des matières

<i>Chapitre 1</i>	- Introduction ...	8
<i>Chapitre 2</i>	- Le modèle INTERCARE ...	10
	Contexte ...	10
	Infirmier.e.s INTERCARE ...	10
	Sciences de l'implémentation et stratégies de mise en oeuvre ...	11
<i>Chapitre 3</i>	- Le succès d'INTERCARE ...	14
	Résultats cliniques et les effets sur le personnel ...	14
	Résultats de la mise en oeuvre ...	14
<i>Chapitre 4</i>	- Prochaines étapes ...	16
<i>Chapitre 5</i>	- Recommandation et conclusion ...	18
	Acronymes et abréviations ...	20
	Bibliographie ...	21

Remerciements

Ce rapport est le reflet de l'engagement des établissements médico-sociaux (EMS) qui ont participé à l'étude INTERCARE pendant deux ans, de celui des collaborateurs externes qui ont dirigé ou soutenu la formation et l'encadrement des infirmier.e.s INTERCARE tout au long de l'étude, ainsi que des membres du groupe de parties prenantes et des membres du groupe de recherche INTERCARE.

La mise en œuvre et l'évaluation du modèle INTERCARE n'auraient pas été possibles sans les onze EMS suisses qui étaient prêtes à investir leur temps et leurs ressources dans le cadre d'INTERCARE, y compris les infirmier.e.s INTERCARE, les directeurs.rices des EMS, les administrateurs.trices, les chefs.fes de projet et d'unité, les médecins et tous les autres membres du personnel au sein des EMS participants. Les équipes des EMS ont mis en œuvre avec détermination les différentes composantes d'INTERCARE. Elles ont contribué à la collecte de données en remplissant des questionnaires, en participant aux entrevues, en recueillant des données cliniques et en assistant à des réunions. Nous les remercions pour leur temps, leurs efforts et leur engagement à l'égard de l'étude. Au début de notre parcours, les EMS participants nous ont en outre aidés à clarifier le contenu des composants du modèle INTERCARE. Ils ont ainsi donné leur avis sur tous les documents et outils nécessaires à la réussite de la mise en œuvre du modèle.

Le groupe des parties prenantes a été d'un grand soutien tout au long de l'étude. Leur participation a contribué à l'élaboration d'un modèle de soins adapté au contexte suisse et a permis aux EMS de surmonter les obstacles à la mise en œuvre, contribuant ainsi à une intervention durable. Nous avons beaucoup apprécié leur engagement et leur participation.

Bref aperçu du modèle INTERCARE



Le modèle INTERCARE se compose de six éléments fondamentaux :

1. Une équipe de soins interprofessionnelle
2. L'infirmier.e INTERCARE
3. La planification anticipée des soins
4. L'évaluation gériatrique
5. Des instruments fondés sur des données probantes
6. L'amélioration de la qualité basée sur les données

Les éléments centraux du modèle sont **l'équipe de soins interprofessionnelle et l'infirmier.e INTERCARE**, un infirmier ou une infirmière diplômé.e agissant dans un rôle élargi avec des compétences et des responsabilités supplémentaires par rapport au rôle traditionnel. Les infirmier.e.s INTERCARE, appuyés par la direction des EMS, assument une fonction **de responsable clinique dans les situations complexes des résident.e.s**, responsabilisent les équipes de soins en les encadrant et **en les soutenant**, et **facilitent la collaboration interprofessionnelle**. Les infirmier.e.s INTERCARE comblent **les lacunes en matière d'expertise gériatrique**, afin d'améliorer la qualité des soins. De plus, avec les membres de l'équipe de la direction des EMS, ils/elles pilotent **la mise en œuvre** de l'évaluation gériatrique, de la planification et du projet anticipé des soins (PAS) et analysent les données disponibles pour surveiller et optimiser la qualité des soins, ce qui nécessite des efforts au niveau de l'établissement.

Chapitre I – Introduction

Les systèmes de santé sont confrontés à des défis en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie, ce qui entraîne un nombre croissant de personnes âgées atteintes de multiples maladies chroniques. D'ici 2030, la population âgée sera plus nombreuse que les groupes d'âge plus jeunes, et notre système de santé actuel est mal préparé à fournir des soins adéquats à ce groupe démographique (Bundesamt für Gesundheit. 2016; Bundesamt für Statistik. 2020a; Merçay et al. 2016). Il y a, de plus, une pénurie de professionnel.le.s de santé, médecins généralistes et infirmier.e.s compris, en particulier dans les établissements médico-sociaux (EMS) (Bundesamt für Statistik. 2020a; Merçay et al. 2016).

En Suisse, une part significative des soins donnés dans les EMS est assurée par du personnel soignant n'ayant pas suivi d'études de niveau tertiaire, avec une formation et une expertise limitées du point de vue gériatrique (Bundesamt für Statistik. 2020a). En Suisse, les infirmier.e.s diplômé.e.s ont au moins trois ans d'études et de formation, après une formation secondaire, tandis que d'autres professionnel.le.s de santé, tels que les assistante.e.s en soins et santé communautaire (ASSC) ont trois années de formation, mais au niveau secondaire, ou deux années, lorsqu'il s'agit des aides soignant.e.s. (Bundesamt für Statistik. 2020b). Alors que les équipes de soins dans les hôpitaux sont principalement composées d'infirmier.e.s diplômés, les équipes des EMS sont principalement composées d'ASSC et d'aides soignant.e.s. Cependant, les données disponibles suggèrent que les soins dispensés par des professionnel.le.s de santé qui n'ont pas fait d'études supérieures, sans supervision accrue peuvent entraîner une qualité de soins sous-optimale et un manque de gestion cohérente des soins chroniques (Zheng et al. 2022). L'organisation actuelle des médecins dans les EMS en Suisse présente également des défis en matière de coordination des soins et d'évaluation rapide dans les situations aiguës. Un pourcentage important de résident.e.s sont traités par des médecins généralistes externes, ce qui peut poser des problèmes en termes de coordination des soins et d'intervention rapide dans des situations d'urgence (Castle 2007; Lerner et al. 2014).

Ces facteurs contribuent aux transferts hospitaliers non planifiés et inappropriés depuis les EMS (Colombo et al. 2011; World Health Organization 2015; Zúñiga et al. 2010). En Suisse, un nombre substantiel d'hospitalisations depuis les EMS, qui coûtent des millions de francs au système de santé, sont potentiellement évitables (Muench et al. 2019). Plusieurs modèles de soins gérés par des infirmier.e.s ont été développés à l'échelle internationale, afin de réduire ces transferts hospitaliers et d'améliorer la qualité des soins (Hullick et al. 2021; Kane et al. 2017; Ouslander et al. 2011; Tena-Nelson et al. 2012; Vogelsmeier et al. 2021). Dans le cadre de ces modèles, les infirmier.e.s ont des rôles élargis et travaillent en étroite collaboration avec les résident.e.s et les proches, avec un degré d'indépendance, par rapport aux médecins, variant en fonction de leur niveau d'éducation et de leur champ d'exercice.

À l'échelle internationale, la plupart des modèles de soins gérés par des infirmier.e.s comprennent des infirmier.e.s en pratique avancée (Advanced Practice Nurse, APN en anglais)¹. Cependant, les infirmier.e.s en pratique avancée ne sont pas encore couramment disponibles en Suisse, et leur rôle est encore en évolution, raison pour laquelle le modèle INTERCARE a été développé pour répondre aux besoins spécifiques des EMS suisses (Zúñiga et al. 2019). Le modèle est basé sur un infirmier ou une infirmière travaillant dans un rôle élargi, connu sous le nom d'infirmier.e INTERCARE. Le modèle INTERCARE met l'accent sur le recrutement et l'autonomisation d'infirmier.e.s travaillant déjà dans les EMS, ce qui permet d'économiser du temps et des ressources par rapport à l'embauche de nouveaux employés (Zúñiga et al. 2019). L'infirmière ou l'infirmier INTERCARE reçoit une formation spécialisée pour améliorer ses compétences gériatriques et soutenir l'équipe soignante. Le modèle met également l'accent sur l'amélioration de la collaboration entre les infirmier.e.s et les médecins, afin d'améliorer la prise de décision pour les résident.e.s (Zúñiga et al. 2019). Un bref résumé du modèle INTERCARE est disponible page 7.

¹Le Conseil international des infirmier.e définit l'IPA (APN) comme « un.e infirmier.e diplômé.e qui a acquis la base de connaissances spécialisées, les compétences complexes en matière de prise de décisions et les compétences cliniques nécessaires à une pratique élargie, dont les caractéristiques sont façonnées par le contexte et/ou le pays dans lequel elle est autorisée à exercer. Un master est recommandé pour le niveau d'entrée » (ICN, 2008).

La première phase du modèle INTERCARE a consisté à élaborer un modèle de soins géré par des infirmier.e.s, à composantes multiples et adapté au contexte, grâce à une analyse approfondie du contexte et à la participation des parties prenantes. Les six éléments fondamentaux du modèle INTERCARE ont été adaptés au contexte suisse sur la base des expériences spécifiques de 14 EMS dans différents cantons de Suisse. Le modèle vise à améliorer la qualité des soins et à réduire les transferts hospitaliers non planifiés. Un premier rapport national décrit en détail l'analyse contextuelle et le développement du modèle INTERCARE en allemand (à consulter [ici](#)) et en anglais (à consulter [ici](#)), ainsi qu'une synthèse du premier rapport en français qui peut être consulté [ici](#).

Chapitre 2 – Le modèle INTERCARE

Contexte

Les critères d'inclusion pour les EMS qui souhaitaient participer à l'étude INTERCARE comprenaient le fait d'avoir 60 lits de soins de longue durée ou plus, 0.8 hospitalisations ou plus pour 1'000 jours de résidence au cours de l'année précédente et d'être situés en Suisse alémanique. Onze EMS ont été invités à participer à l'étude. Souvent négligées dans la recherche, en particulier dans les essais cliniques, les informations sur le contexte de mise en œuvre jouent un rôle crucial. Ce contexte comprend des éléments tels que l'environnement physique, la disponibilité des outils et des ressources en temps, ainsi que les comportements, l'engagement, les attitudes et les croyances du personnel vis-à-vis de l'intervention (Aarons et al. 2011). Pour **évaluer le contexte de l'intervention INTERCARE**, des **sondages** ont été envoyés aux directeurs et aux directrices des EMS, aux chefs.fes. d'unité et au personnel des établissements. Dans l'ensemble, les directeurs.rices, les chefs.fes. d'unité et le personnel des EMS se sont montrés prêts à implémenter INTERCARE.

Infirmier.e.s INTERCARE

Les infirmier.e.s INTERCARE sont considérés comme **des éléments centraux du modèle INTERCARE**. Ces infirmier.e.s ont été recrutés **par les EMS participants** et non par l'équipe de recherche. Dans la plupart des EMS, le poste d'infirmier.e INTERCARE était annoncé en interne, et le recrutement était fondé sur les connaissances, les compétences, le désir de se perfectionner en tant que leaders cliniques et l'engagement envers l'étude INTERCARE. Cependant, les EMS n'ont pas tous suivi la même stratégie de recrutement. Certains EMS comptaient déjà des infirmier.e.s dans des rôles élargis, comme des infirmier.e.s experts, qui ont exprimé leur souhait **de se perfectionner professionnellement et de mettre en œuvre le modèle INTERCARE**.

Le rôle des infirmier.e.s INTERCARE a été **développé en collaboration avec les parties prenantes** pour s'adapter au contexte des EMS suisses-alémaniques (Basinska et al. 2021). Tout au long de l'étude, le rôle a été adapté en fonction des besoins des différents EMS. Avant d'entrer en fonction, tou.te.s les infirmier.e.s INTERCARE ont été sondés et évalués en fonction de sept domaines de compétences : **la pratique clinique, l'encadrement, la consultation, la pratique fondée sur des données probantes, le leadership clinique et professionnel, la collaboration interprofessionnelle et la prise de décisions éthiques**.

Tout au long de l'étude, les infirmier.e.s INTERCARE ont participé à des activités cliniques directes, à des activités d'encadrement, à l'échange d'information avec des expert.e.s en soins infirmiers, à l'examen de la littérature, à la surveillance des médicaments et des événements indésirables, à la planification anticipée des soins avec les résident.e.s et les proches et à la collaboration avec le personnel médical et paramédical. Dans **l'ensemble, les infirmier.e.s INTERCARE ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de divers projets au sein des EMS**.

Les infirmier.e.s INTERCARE structurent leurs journées en fonction **des besoins des différentes unités qui ont participé à l'étude INTERCARE**. Au cours d'une journée type, ils/elles commencent par des échanges matinaux avec les chefs.fes. d'unité, **afin d'évaluer la situation des résident.e.s et de définir les tâches**. Ils/elles s'occupent des **situations aiguës, coordonnent** les suivis de soins à réaliser et **assurent le suivi** avec des professionnels externes si nécessaire. Ils/elles **soutiennent les équipes soignantes** dans des situations complexes. Les infirmier.e.s INTERCARE ont **des champs de pratique différents**, certains effectuant des évaluations cliniques en plus de se concentrer sur l'encadrement et le soutien. Au-delà de leurs tâches quotidiennes, ils/elles orientent également les nouveaux employé.e.s et guident ou **soutiennent les projets de développement de la pratique clinique**.

L'étude INTERCARE s'est terminée avant la pandémie de SARS-COVID-19, raison pour laquelle les données permettant d'observer les changements et les adaptations du rôle infirmier INTERCARE ont été recueillies un an après la première vague de SARS-COVID-19. Pendant la pandémie, **les infirmier.e.s INTERCARE** sont devenus **responsables pour le dépistage, la mise en place de l'isolement et des mesures de protection et la gestion des stocks** liée au matériel nécessaire. **Les infirmier.e.s INTERCARE** ont également joué le rôle d'enquêteurs lors des flambées épidémiques et ont élaboré des directives en matière de maladie infectieuse. Certaines activités et certains projets prévus ont dû être interrompus pour donner la priorité aux responsabilités liées au SARS-COVID-19.

Les infirmier.e.s INTERCARE jouent un rôle crucial en fournissant **un soutien aux équipes de soins** des EMS. Ils/elles ont exprimé le souhait de **poursuivre leur formation en expertise gériatrique** et sont prêts à assumer davantage de responsabilités dans le futur. Ils/elles envisagent également de combiner les aspects cliniques avec **des rôles de gestion de projet ou de gestion de la qualité**.

Idéalement, il serait préférable qu'ils/elles soient employés dans un poste dédié, afin d'avoir davantage de liberté pour les projets internes. Les infirmier.e.s d'INTERCARE estiment que leurs rôles pourront être élargis à l'avenir, au-delà de la prise en charge des situations complexes des résident.e.s.

Sciences de l'implémentation et stratégies de mise en œuvre

Les sciences de l'implémentation visent à faciliter l'adoption de pratiques ou d'interventions fondées sur des données probantes dans des contextes réels (Peters et al. 2014). Elles combinent diverses considérations méthodologiques, notamment l'analyse contextuelle, la participation des parties prenantes et l'élaboration d'interventions fondées sur la théorie. Pour soutenir la **mise en œuvre du modèle INTERCARE** dans les EMS, **des stratégies de mise en œuvre ont été utilisées** (Powell et al. 2012).

L'éventail des stratégies utilisées pour **mettre en œuvre le modèle INTERCARE** comprenait des réunions en présentiel avec la **direction et les cadres, l'apport d'informations, un soutien en continu, des réunions en présentiel, ainsi que des séances d'accompagnement (« coaching »)**. Avant la mise en œuvre du modèle INTERCARE, des réunions de direction ont été organisées avec les EMS pour discuter et planifier les étapes nécessaires. Les caractéristiques organisationnelles, le climat de mise en œuvre, les plans de communication et l'état de préparation à la mise en œuvre ont figuré parmi les sujets abordés. Les EMS ont reçu des **informations et des conseils de l'équipe de recherche pour se préparer à la mise en œuvre**. Une fois que les EMS ont commencé à travailler avec le modèle INTERCARE, ils ont eu **une période d'adaptation d'un mois**, ce qui a été très utile, en particulier pour les infirmier.e.s INTERCARE, pour s'ajuster à leurs nouvelles fonctions. La coordonnatrice de la recherche INTERCARE **a fourni un soutien téléphonique continu pour répondre aux questions et discuter des progrès de l'étude. Des réunions en personne** ont eu lieu tous les deux mois **avec chaque EMS** participant à l'étude. Ces réunions ont porté sur **la mise en œuvre du modèle**, l'identification **des obstacles et des éléments facilitateurs**, et la prise en compte des situations complexes des résident.e.s. Les infirmier.e.s INTERCARE ont également bénéficié **de séances d'accompagnement dans les EMS**, afin d'améliorer leurs **compétences en leadership** et leur expertise dans **la gestion de situations complexes**. Ces stratégies visaient à aider les EMS à **mettre en œuvre le modèle INTERCARE avec succès** et à relever les défis qui se présentaient. La liste complète des stratégies de mise en œuvre se trouve dans le deuxième [rapport](#) national (disponible en [anglais](#) ou en [allemand](#)).

À la fin de l'étude, 10 des 11 EMS participants ont exprimé **leur intention de continuer avec le modèle INTERCARE** et de **maintenir les postes d'infirmier.e.s INTERCARE**. **Des réunions ont régulièrement eu lieu avec les EMS** tout au long de l'étude pour discuter **de la pérennité du modèle INTERCARE**. **Les résultats** de l'étude et les expériences en matière de stratégies de mise en œuvre ont été partagés, et des **discussions ont eu lieu sur l'avenir du modèle INTERCARE**. Une **réunion de clôture** de l'étude a été organisée par visioconférence, au cours de laquelle les EMS ont échangé au sujet des éléments-clés **encore en place**, et ils ont discuté **des obstacles et des facteurs facilitants pour la poursuite du modèle**. La réunion s'est également concentrée sur **la réduction des hospitalisations non planifiées** dans des situations spécifiques, telles qu'en aval de la chute d'un.e résident.e, ainsi que sur **les prochaines étapes potentielles de formation** et de prise de décision.

Dans l'ensemble, les sciences de l'implémentation fournissent **un cadre et des stratégies pour soutenir une mise en place réussie d'interventions** fondées sur des données probantes, ou d'interventions telles que le modèle INTERCARE, dans les EMS. En utilisant ces stratégies, l'objectif est d'améliorer la qualité des soins et les effets chez les résident.e.s.

Chapitre 3 – Le succès d'INTERCARE

Résultats cliniques et les effets sur le personnel

La mise en œuvre du modèle INTERCARE a conduit à la **réduction significative des transferts hospitaliers non-planifiés** dans les EMS participants (Zúñiga et al. 2022). Les établissements participants ont fait preuve d'un **engagement soutenu pour réduire les hospitalisations non-planifiées**, contribuant au succès du modèle. Les infirmier.e.s INTERCARE ont joué un rôle crucial dans la mise en œuvre du **projet anticipé des soins (PAS), la coordination des soins** au sein des EMS, ainsi que de devenir les **interlocuteurs principaux** lors des situations complexes. Des séances d'analyse ont été organisées pour chaque transfert hospitalier non-planifié, et elles ont montré que des **examens effectués, sur le lieu, par des médecins ou des praticien.ne.s spécialisé.e.s** pourraient contribuer à réduire davantage les transferts hospitaliers non-planifiés. En combinant un meilleur **accès à des professionnels de la santé, la formation au PAS, ainsi que des ressources diagnostiques et de traitement** peuvent améliorer la qualité des soins et contribuer à réduire les transferts hospitaliers non planifiés. Le PAS, l'un des éléments fondamentaux du modèle INTERCARE, a été introduit dans la plupart des EMS participants et exigeait que les EMS enregistrent les préférences des résident.e.s en matière de réanimation, de transfert à l'hôpital et de traitement aux antibiotiques en cas de détérioration de leur état de santé. Bien qu'il ait fallu un certain temps pour introduire le PAS dans la plupart des EMS, son **utilisation** a joué un rôle important dans la **réduction des transferts hospitaliers non-planifiés** dans l'étude INTERCARE (Guerbaai et al. 2023).

Les médecins ont eu des **expériences variées résultant de la mise en œuvre** du modèle INTERCARE. Certains ont remarqué **une amélioration de la communication** et des **compétences professionnelles** des infirmier.e.s, tandis que d'autres n'ont pas ressenti de changement. Les infirmier.e.s INTERCARE ont été décrits comme étant compétent.e.s, et leur **collaboration** avec les médecins, fondée sur le **partenariat et des objectifs communs**. Une enquête menée auprès des infirmier.e.s et des ASSC a montré que des facteurs tels que **l'apprentissage réciproque, une culture de leadership positive, et une**

préparation organisationnelle au changement ont **positivement influencé la collaboration interprofessionnelle** (Plácido 2021). Le personnel des EMS a connu une **amélioration de sa satisfaction au travail** suite à la mise en œuvre d'INTERCARE, avec une diminution **de son intention de quitter son poste actuel**. Ce changement positif s'est produit même si la satisfaction au travail était déjà à un niveau élevé avant le lancement d'INTERCARE. **L'auto-efficacité** du personnel était **élevée** dans la gestion des situations aiguës et le soutien aux résident.e.s et à leurs proches, bien qu'il y ait place pour une amélioration en ce qui concerne l'évaluation de la polymédication et sa mesure. Une évaluation économique du modèle INTERCARE a révélé des différences en termes de coûts et de temps entre les EMS. Bien que ce modèle soit **plus coûteux** que les modèles de soins classiques, il s'est avéré **plus efficace pour réduire les hospitalisations** (Bartakova et al. 2022). Les EMS ont fait état de **processus plus clairs, d'une diminution de la fluctuation du personnel et d'une meilleure satisfaction** des résident.e.s et de leurs proches. Cependant, il est important de noter que les résident.e.s et les proches n'ont pas été sondés au cours de l'étude.

Résultats de la mise en œuvre

Les sciences de l'implémentation mettent l'accent sur **l'intégration systématique** d'interventions fondées sur des données probantes dans les politiques et les pratiques. L'objectif est de combler **le fossé entre les connaissances et l'action** en identifiant et en éliminant les obstacles à l'adoption d'interventions qui ont prouvé leur efficacité (Bauer et al. 2015). En évaluant **les résultats spécifiques de la mise en œuvre**, ainsi que **les obstacles et les facteurs facilitants**, il est possible d'évaluer **l'efficacité** d'une intervention et d'obtenir une meilleure **compréhension des facteurs** qui contribuent à **la réussite** ou à l'échec (Curran et al. 2012; Proctor et al. 2009).

L'étude INTERCARE a mesuré **quatre résultats de mise en œuvre** : l'adoption, la fidélité, l'acceptabilité et la faisabilité du modèle INTERCARE. Ces résultats fournissent des informations sur **le processus de mise en œuvre** et les conditions nécessaires à l'efficacité clinique et aux résultats de la mise en œuvre. L'étude a montré que les onze EMS ont effectivement mis en œuvre INTERCARE, ce qui veut dire que tous les EMS ont adopté le modèle (100% d'adoption). L'acceptabilité et la faisabilité ont été mesurées à l'aide de la « mesure d'acceptabilité de l'intervention » (« Acceptability of Intervention Measure (AIM) ») et de la « mesure de la faisabilité de l'intervention » (« Feasibility of Intervention Measure (FIM) »). Une étude séparée a également évalué **la fidélité** de la mise en œuvre du modèle, c'est-à-dire dans quelle mesure **les interventions ont été mises en œuvre conformément aux attentes** (Guerbaai et al. 2023).

L'étude INTERCARE a évalué **l'acceptabilité et la faisabilité** des **outils** basés sur des données probantes utilisés par le personnel des EMS pour réduire **les hospitalisations non-planifiées**. Pour recueillir le point de vue du personnel, des **questionnaires et des entretiens** en groupe ont été réalisés. Les résultats de l'étude ont montré que **l'instrument ISBAR et le rôle d'infirmier.e INTERCARE** étaient largement **acceptés et réalisables, alors que** l'outil Stop&Watch (recueil de changements dans l'état d'un.e résident.e par n'importe quel.le collaborateur.trice, voire par les proches) présentait un taux d'acceptation plus bas (Basinska et al. 2022).

Des facteurs tels que : **la mise à disposition d'informations, l'assistance quotidienne, la facilité d'utilisation et l'utilité des outils** ont influencé le **succès** de la mise en œuvre des éléments fondamentaux d'INTERCARE (Basinska et al. 2022). Afin d'optimiser les processus de mise en œuvre, il est recommandé d'avoir un **soutien quotidien** constant de la part de **personnes désignées et formées** au sein de l'EMS et des unités. **L'évaluation de la fidélité** à INTERCARE a permis de recueillir des informations précieuses sur sa mise en œuvre et son **effet** sur la réduction des hospitalisations non- planifiées.

Des **scores de fidélité plus élevés** étaient associés à des **taux plus faibles d'hospitalisations non-planifiées**, en particulier pour **la PAS** (Guerbaai et al. 2023). Cette étude a également souligné l'importance de **la collaboration** avec les médecins internes aux EMS lorsque un modèle qui intègre **des infirmier.e.s** qui occupent des postes à **compétences élargis** est en place (Guerbaai et al. 2023). Pour améliorer les études futures, il serait utile d'intégrer des éléments d'observation pour mieux comprendre comment les EMS mettent en œuvre INTERCARE et s'ajustent en cours de route. En ce qui concerne l'évaluation des stratégies de mise en œuvre, un sondage mené auprès de la direction des EMS et des infirmier.e.s INTERCARE a permis de déterminer que **le soutien continu pendant le projet** était la stratégie de mise en œuvre la plus **importante** dans le cadre de ce projet.

Chapitre 4 – Prochaines étapes

L'étude INTERCARE a **atteint avec succès ses résultats cliniques et de mise en œuvre**, dépassant les attentes. Les infirmier.e.s INTERCARE ont joué un **rôle central et ont été très bien acceptés et appréciés** par les EMS. La pandémie de SARS-COVID-19 a mis en évidence l'importance des infirmier.e.s INTERCARE dans la formation et le soutien aux mesures d'hygiène. Parmi les **défis** rencontrés, mentionnons les **changements de direction, la fluctuation du personnel et la charge de travail** des infirmier.e.s INTERCARE. **La participation des médecins a varié d'un EMS à l'autre**, et leur **soutien** a été crucial pour **la mise en œuvre des éléments-clés** tels que la PAS. Une communication régulière avec les dirigeants des EMS a été considérée comme essentielle pour la durabilité. Dans l'ensemble, l'étude a démontré **les avantages et le potentiel du modèle INTERCARE**.

Le modèle INTERCARE a été élaboré pour **réduire les transferts hospitaliers non planifiés** dans les EMS. Il a suivi le principe des sciences d'implémentation ce qui a contribué à **une mise en œuvre réussie et à une efficacité clinique**. Cependant, une analyse plus approfondie est nécessaire pour comprendre les raisons de son succès, les améliorations potentielles pour la diffusion du modèle INTERCARE et d'autres modèles de soins futurs. **Des études supplémentaires** sont nécessaires pour déterminer **les stratégies de mise en œuvre les plus efficaces** et les adapter aux différents EMS. Il est également important d'évaluer la fidélité à la mise en œuvre et **d'impliquer les résident.e.s et les proches** dans des études comme INTERCARE. Cibler certains types de transferts hospitaliers et l'utilisation **d'algorithmes** pour évaluer les admissions à l'hôpital pourraient améliorer davantage **les processus de soins** dans les EMS.

En Suisse, les EMS font face à **des défis pour recruter et maintenir en poste du personnel qualifié**, ce qui a des répercussions sur la qualité des soins. Bien que des initiatives telles que INTERCARE puissent apporter une assistance, la **durabilité à long terme** de ces solutions demeure incertaine. L'accès à une évaluation médicale en temps opportun et **les limites** des rôles des infirmier.e.s expert.e.s sont également des domaines qui nécessitent des clarifications. Le **système de santé décentralisé** de la Suisse pose **des défis** pour l'implémentation de rôles élargis comme celui d'**infirmier.e en pratique avancée (IPA)**.

INTERCARE offre une solution aux EMS, aux responsables des politiques publiques et aux parties prenantes qui cherchent à **renforcer l'expertise gériatrique** et à **réduire les transferts hospitaliers**. INTERCARE peut être mis en œuvre parallèlement à l'introduction future des **infirmier.e.s de pratique avancée**, en servant de tremplin pour leur mise en œuvre.

Chapitre 5 – Recommandation et conclusion

Les responsables des politiques publiques et les parties prenantes devraient s'efforcer **d'attirer et de retenir le personnel infirmier** en offrant une formation supplémentaire aux EMS. Cela peut se faire en intégrant davantage de formation en gériatrie dans les programmes d'études en sciences infirmières, et en créant des environnements d'apprentissage attrayants dans les EMS pour les différents postes d'infirmier.e.s. **L'amélioration des salaires, des conditions de travail** et des **modèles novateurs** comme INTERCARE peuvent également rendre les EMS plus attrayants. Il est essentiel de **reconnaître** et de **soutenir** les compétences des infirmier.e.s exerçant dans des rôles élargis, avec des possibilités de formation et d'encadrement. Il est nécessaire de **renforcer les partenariats** entre les EMS, les hôpitaux, les cabinets de médecins généralistes et les services d'urgence afin de traiter les réadmissions, **d'améliorer la communication et l'échange d'information** et d'élaborer des plans de soins appropriés. Le **soutien et la participation** de la direction, et en particulier de la part des responsables d'unités sont essentiels à la réussite de la mise en œuvre et à la pérennité des nouveaux rôles infirmiers. Il est important d'impliquer activement les acteurs locaux pour communiquer sur le modèle INTERCARE et pour intégrer et faciliter le nouveau rôle d'infirmier.e INTERCARE.



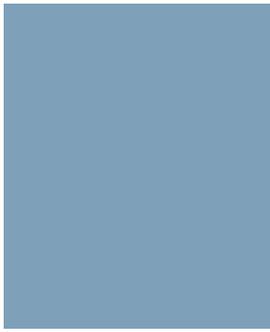
Acronymes et abréviations

AIM (en anglais seulement)	<i>Acceptabilité de la mesure d'intervention</i>
APN (en anglais seulement)	<i>Infirmier.e.s de pratique avancée</i>
ASSC	<i>Assistant.e en soins de santé communautaire</i>
EMS	<i>Établissement médico-social</i>
FIM (en anglais seulement)	<i>Faisabilité de la mesure d'intervention</i>
INTERCARE	<i>Améliorer les soins interprofessionnels pour de meilleurs résultats pour les résident.e.s</i>
ISBAR (en anglais seulement)	<i>Introduction, situation, contexte, évaluation, recommandation</i>
PAS	<i>Projet anticipé des soins</i>

Bibliographie

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Bartakova, J., Zúñiga, F., Guerbaai, R. A., Basinska, K., Brunkert, T., Simon, M., Denhaerynck, K., De Geest, S., Wellens, N. I. H., Serdaly, C., Kressig, R. W., Zeller, A., Popejoy, L., Nicca, D., Desmedt, M., & De Pietro, C. (2022). Health economic evaluation of a nurse-led care model from the nursing home perspective focusing on residents' hospitalizations. *BMC Geriatrics*, 22(496), 1-16.
- Basinska, K., Wellens, N. I. H., Simon, M., Zeller, A., Kressig, R. W., & Zúñiga, F. (2021). Registered nurses in expanded roles improve care in nursing homes: Swiss perspective based on the modified Delphi method. *J Adv Nurs*, 77(2), 742-754. <https://doi.org/10.1111/jan.14644>
- Basinska, K., Zúñiga, F., Simon, M., De Geest, S., Guerbaai, R. A., Wellens, N. I. H., Nicca, D., & Brunkert, T. (2022). Implementation of a complex intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a mixed-method evaluation of implementation processes and outcomes. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02878-y>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol*, 3, 000-000. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, Bericht des Bundesrates*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020a). *Pflegepersonal 2018*. Retrieved from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2020-0494.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020b). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2019 Standardtabellen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed.assetdetail.11647599.html>
- Castle, N. G. (2007). Nursing home staff turnover: impact on nursing home compare quality measures. *The Gerontologist*(5), 650-661.
- Colombo, F., Llena-Noza, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and paying for long-term care, OECD Health Policy Studies. Retrieved from: <https://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*, 50(3), 217-226. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182408812>
- Guerbaai, R. A., De Geest, S., Popejoy, L. L., Simon, M., Wellens, N. I. H., Denhaerynck, K., & Zúñiga, F. (2023). Evaluating the implementation fidelity to a successful nurse-led model (INTERCARE) which reduced nursing home unplanned hospitalisations. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09146-8>
- Hullick, C. J., Hall, A. E., Conway, J. F., Hewitt, J. M., Darcy, L. F., Barker, R. T., Oldmeadow, C., & Attia, J. R. (2021). Reducing hospital transfers from aged care facilities: a large-scale stepped wedge evaluation. *J Am Geriatr Soc*, 69(1), 201-209. <https://doi.org/10.1111/jgs.16890>
- International Council of Nurses (ICN) (2008). *The scope of practice, standards and competencies of the Advanced Practice Nurse*. Monograph, ICN Regulation Series: Geneva.
- Kane, R. L., Huckfeldt, P., Tappen, R., Engstrom, G., Rojido, C., Newman, D., Yang, Z., & Ouslander, J. G. (2017). Effects of an intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a randomized implementation trial of the INTERACT program. *JAMA Intern Med*, 177(9), 1257-1264. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.2657>
- Lerner, N. B., Johantgen, M., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., & Han, K. (2014). Are nursing home survey deficiencies higher in facilities with greater staff turnover. *J Am Med Dir Assoc*, 15(2), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.003>
- Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Retrieved from: <https://www.obsan.admin.ch>
- Muench, U., Simon, M., Guerbaai, R. A., De Pietro, C., Zeller, A., Kressig, R. W., Zúñiga, F., & Intercare Research Group. (2019). Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health*, 64(9), 1273-1281. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01294-1>
- Ouslander, J. G., Lamb, G., Tappen, R., Herndon, L., Diaz, S., Roos, B. A., Grabowski, D. C., & Bonner, A. (2011). Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: Evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 745-753. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03333.x>
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731-736. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>

- Plácido, S. (2021). Effects of a nurse-led model of care on the interprofessional collaboration between nurses and physicians in Swiss nursing homes. *University of Basel, Unpublished Master thesis.*
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., Glass, J. E., & York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Med Care Res Rev*, 69(2), 123-157. <https://doi.org/10.1177/1077558711430690>
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*, 36(1), 24-34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- Tena-Nelson, R., Santos, K., Weingast, E., Amrhein, S., Ouslander, J., & Boockvar, K. (2012). Reducing potentially preventable hospital transfers: results from a thirty nursing home collaborative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 651-656. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.06.011>
- Vogelsmeier, A., Popejoy, L., Canada, K., Galambos, C., Petroski, G., Crecelius, C., Alexander, G. L., & Rantz, M. (2021). Results of the Missouri quality initiative in sustaining changes in nursing home care: Six-year trends of reducing hospitalizations of nursing home residents. *Journal of Nutritional Health Aging*, 25(1), 5-12.
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implement Sci*, 12(108), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3>
- World Health Organization. (2015). *Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services*. Retrieved from: <https://www.euro.who.int/en>
- Zheng, Q., Williams, C. S., Shulman, E. T., & White, A. J. (2022). Association between staff turnover and nursing home quality – evidence from payroll-based journal data. *J Am Geriatr Soc*, 70(9), 2508-2516. <https://doi.org/10.1111/jgs.17843>
- Zúñiga, F., De Geest, S., Guerbaai, R. A., Basinska, K., Nicca, D., Kressig, R. W., Zeller, A., Wellens, N. I. H., De Pietro, C., Vlaeyen, E., Desmedt, M., Serdaly, C., & Simon, M. (2019). Strengthening geriatric expertise in Swiss nursing homes: INTERCARE implementation study protocol. *J Am Geriatr Soc*, 67(10), 2145-2150. <https://doi.org/10.1111/jgs.16074>
- Zúñiga, F., Guerbaai, R. A., De Geest, S., Popejoy, L., Bartakova, J., Denhaerynck, K., Trutschel, D., Basinska, K., Nicca, N., Kressig, R. W., Zeller, A., Wellens, N. I. H., De Pietro, C., Desmedt, M., Serdaly, C., & Simon, M. (2022). Positive effect of the INTERCARE nurse-led model on reducing nursing home transfers: a non-randomized stepped-wedge design. *J Am Geriatr Soc*, 70(5), 1546-1557.
- Zúñiga, F., Jenni, G., Wiesli, U., & Schwendimann, R. (2010). Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz. *Pflege*, 23(6), 375.



**Educating
Talents**
since 1460.

Universität Basel
Pflegerwissenschaft - Nursing Science
Department Public Health
Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Switzerland
nursing.unibas.ch