

La complessità dell'assistenza a domicilio

Guida
per i professionisti

che operano nel settore dell'assistenza e della cura a domicilio

«La complessità non deve essere un freno all'azione; ridà il libero arbitrio ai professionisti attraverso un agire «complesso, flessibile e agile.»⁽¹⁾

La complessità dell'assistenza a domicilio



Indice

4	Abbreviazioni
6	Presentazione edizione in lingua italiana
9	Prefazione
10	Introduzione
12	Obiettivi
12	Destinatari
13	Definizioni
14	Terminologia della complessità nelle cure
15	Strumenti di valutazione della complessità
16	Strumento specifico multidimensionale per la valutazione della complessità nella pratica infermieristica a domicilio: il COMID
17	Che cos'è il COMID?
17	Come compilare il COMID? Come utilizzarlo?
30	Come interpretare i risultati?
30	Dalla quantificazione alla ponderazione
31	Gli obiettivi del COMID
32	Validazione del COMID
32	Altre versioni del COMID
35	Indicatori di complessità e interRAI-HC ^{Suisse}
34	Ragionamento clinico e complessità delle cure
34	Definizioni
35	Le diverse fasi del ragionamento clinico di fronte a una situazione complessa
40	Le prestazioni
40	Definizioni
41	Prestazioni di coordinamento
44	Attuazione e condizione di utilizzo delle prestazioni
45	Percorso clinico della complessità
45	Principi generali
46	Risorse disponibili per ogni item del COMID e raccomandazioni per la pratica

SEZIONE 1 del COMID: stato du salute e prestazioni interprofessionali: item e risorse	47
SEZIONE 2 del COMID: ambiente socio-economico e prestazioni interprofessionali: items e risorse	48
SEZIONE 3 del COMID: salute mentale e prestazioni interprofessionali: items e risorse	49
SEZIONE 4 del COMID: lavoro di rete e interprofessionale: item e risorse	50
SEZIONE 5 del COMID: instabilità e prestazioni interprofessionali: items e risorse	51
SEZIONE 6 del COMID: attori del sistema sanitario e prestazioni interprofessionali: items e risorse	52
Conclusione	53
ALLEGATI	55
ALLEGATO 1: COMID	56
ALLEGATO 2: COMI-Utente	60
ALLEGATO 3: COMID-Inglese	68
ALLEGATO 4: COMID-Tedesco	71
ALLEGATO 5: COMID-Italiano	74
ALLEGATO 6: Foglio di sintesi, indicazioni per l'analisi e la preparazione della seduta di coordinamento	77
PER APPROFONDIRE LA TEMATICA	80
ARTICOLO scientifico 1: «Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité»	81
ARTICOLO scientifico 2: «Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) pour les infirmières à domicile»	96
ARTICOLO scientifico 3: «La complexité dans la pratique infirmière: vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers»	118
ARTICOLO scientifico 4: «Le raisonnement clinique dans la prise en soins des situations complexes à domicile»	136
ARTICOLO scientifico 5: «Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC»	146
Referenze bibliografiche Note	164

Abbreviazioni

IADL	Attività strumentali della vita quotidiana
ADS	Analisi di situazione
ADP	Analisi della pratica
AS	Assistente sociale
ACSS	Addetto alle cure sociosanitarie
AVQ	Attività della vita quotidiana
CAAP	Consultazione ambulatoriale delle dipendenze psichiatriche degli ospedali universitari di Ginevra (HUG)
CAPPA	Centro ambulatoriale di psichiatria e di psico-geriatria
CAPPI	Centro ambulatoriale di psichiatria e di psicoterapia integrate HUG
SPS	Servizio psico sociale
CCGC	Centro di competenza e gestione della carriera
CM	Case manager
COMID	Complessità multidimensionale dell'assistenza infermieristica a domicilio
CoSPa dom	Consultazione di cure palliative a domicilio
DCMD	Direzione dei centri di assistenza a domicilio/SPITEX
diet	Dietista
erg	Ergoterapista
ETP	Educazione terapeutica del paziente
Heds/ SUPSI	Scuola universitaria professionale: sanità
IC	Infermiere coordinatore

IEPA	Appartamenti a misura d'anziano
imad/SACD	Istituto ginevrino di assistenza e cura a domicilio/ Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio
inf	Infermiere, infermiere di legame
Inf réf	Infermiere di riferimento
interRAI-CMH	Resident assessment instrument Community Mental Health
ISD	Infermiere specialista in diabetologia
ISC	Infermiere specialista clinico
ISCSMP	Infermiere specialista clinico in salute mentale e psichiatria
PCC	Piano di cura condiviso
Radmin	Responsabile amministrativo
RAI-HC	Resident assessment instrument home care
CE	Capo équipe
RUD	Valutazione del rischio suicidale: Rischio, Urgenza, Pericolosità
Vice CE	Vice capo équipe
RAMI	Unità medica di accoglienza temporanea/RAMI
ST	Unità di accoglienza temporanea di sollievo/ Soggiorno temporaneo
GER	Unità di geriatria comunitaria degli HUG/ servizi di geriatria
RPP	Responsabile delle pratiche professionali

Presentazione edizione in lingua italiana

Il mantenimento a domicilio di un numero di persone sempre più alto porta con sé la modificazione dello svolgimento dell'assistenza infermieristica. A fronte di uno storico lavoro di cura maggiormente orientato alle cure standardizzate e prestazionali oggi viene richiesto a più voci di personalizzare i piani di cura, di mettere la persona al centro, e di rendere stabili e potenziare le risorse residue.

Da qui il bisogno di considerare le risorse degli utenti, dei loro familiari curanti e delle reti dei servizi. Ne deriva la necessità per gli infermieri di dotarsi di sistemi e strumenti di valutazione delle situazioni per raccogliere elementi di natura biografica, socioeconomica e di tipo clinico quale l'aumento della comorbilità delle persone assistite. Tutto questo permette di comprendere la complessità delle situazioni di cura che, ad oggi, non rappresenta più una sfida ma un pilastro fondamentale per evitare l'inappropriatezza delle cure con le documentate conseguenze. È a partire da questi aspetti che si è deciso di fare in modo che anche in Canton Ticino gli Spitex possano beneficiare di strumenti di indagine della complessità, quali il COMID, da applicare attraverso la metodolo-gia sistemica arricchita dal lavoro in team, dallo sviluppo di reti e dal ragionamento clinico. Il punto di partenza è stata la traduzione in lingua italiana della guida COMID, per permettere agli operatori che quoti-dianamente svolgono il lavoro di assistenza a domicilio di valutare e evidenziare le situazioni complesse per poi definire come agire. Inoltre, essa rappresenta un valido strumento per sviluppare programmi di formazione specifica per l'implementazione di un intervento sistemico come quello della valutazione della complessità.

Il processo posto in essere per mettere a disposizione una strumentazione (Guida e Questionario COMID) in lingua italiana e la formazione rivolta agli infermieri degli Spitex per prepararli all'utilizzo nella quotidianità hanno rappresentato un'importante connessione tra il mondo della didattica e quello della pratica professionale, tra "l'Accademia" ed i luoghi di lavoro.

Come docenti, ma in primo luogo come infermiere, auspichiamo che l'adozione di un approccio proattivo alla fragilità e alla complessità possa condurre a maggiori efficacia ed appropriatezza oltre che una migliore qualità delle cure sanitarie al domicilio. E, che possa contribuire a sviluppare e consolidare la motivazione del personale infermieristico che ha la possibilità di applicare aspetti disciplinari e teorici in modo concreto e pratico.

Monica Bianchi

Professoressa in
Interprofessionalità
nella formazione
e nella pratica
socio-sanitaria

Cesarina Prandi

Professoressa
Teoria e Prassi
delle relazioni
di Cura

Marina Santini

Esperta in gestione
dei servizi di
assistenza e cura
a domicilio

«Ogni azione ha senso solo nella misura in cui è basata sulla riflessione; ogni riflessione è utile solo nella misura in cui si incarna nell'azione.»⁽¹⁾

Prefazione

Il sistema sanitario sta attualmente subendo grandi mutamenti. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche contribuiscono ad accelerare il passaggio da un sistema di assistenza incentrato sulle malattie acute e sull'ospedalizzazione ad uno basato sull'assistenza ambulatoriale. Tuttavia, l'aumento del numero di persone con condizioni di co-morbidità rende gli interventi domiciliari sempre più complessi e richiede un adattamento dell'approccio domiciliare. In un cantone come Ginevra, che ha optato per un approccio ambulatoriale fin dagli anni '90, tale adattamento è essenziale.

Poiché per i professionisti non è sempre facile identificare la complessità delle situazioni dei pazienti a domicilio, l'istituzione ginevrina di assistenza domiciliare (imad) ha sviluppato uno strumento che aiuta a identificare e valutare la complessità specifica della pratica infermieristica nell'assistenza domiciliare, il COMID. La Guida che imad pubblica oggi per i professionisti dell'assistenza domiciliare è destinata a completare questo processo. Questa è infatti concepita quale supporto all'uso del COMID e per fornire linee guida su come ottimizzare la qualità delle cure per gli utenti complessi.

Questa guida si distingue per l'approccio multidimensionale che propone. Infatti, ogni situazione complessa ha molte sfaccettature e richiede una gestione interdisciplinare. La ricerca di un'assistenza coerente di fronte alla crescente complessità delle situazioni a domicilio richiede quindi lo sviluppo di nuove competenze nella valutazione e nell'analisi clinica e implica un maggiore coordinamento interprofessionale e una maggiore comunicazione tra gli attori della rete sociosanitaria.

Il miglioramento del coordinamento interprofessionale è coerente con la visione del Canton Ginevra, che è quella di sviluppare un'assistenza sicura e di qualità, di promuovere il benessere delle persone fragili e di ottimizzare i costi sanitari.

Speriamo che questa Guida contribuisca efficacemente al raggiungimento di questi obiettivi, consentendo una migliore gestione della complessità, una missione essenziale per i fornitori di assistenza domiciliare.

Marie Da Roxa
Direttrice generale

Olivier Perrier-Gros-Claude
Direttore delle operazioni

Introduzione

I termini «complesso» e «complessità» fanno parte della nostra vita quotidiana e sono usati in tutti i contesti settoriali. Il concetto di complessità è sia quantitativo che qualitativo e si applica a numerose discipline come la linguistica (persona complessa), la matematica (numero complesso), la biologia (complesso di Golgi), la geometria (complesso di linee), o la psicoanalisi (complesso di Edipo) tra le altre⁽²⁾. Sebbene la complessità sia stata integrata in tutte le discipline negli ultimi cinquant'anni, i criteri per descriverla fino ad oggi sono generalmente associati a imprecisione, vaghezza, casualità, instabilità, ambiguità, incertezza e imprevedibilità^(3,4).

In una società in continua evoluzione, dove il progresso tecnico o tecnologico è altrettanto veloce sia a livello micro che a livello macro, anche il campo della cura ne risente. La complessità può essere esaminata a diversi livelli: micro, a livello della cellula e del genoma (biologia), meso, con la persona nel suo stato salute, e macro, prendendo in considerazione la persona nel suo ambiente esterno, nella società e nella politica sanitaria⁽⁵⁾. La complessità nelle cure si esprime anche in modi diversi: complessità delle cure, complessità dei casi, complessità dei bisogni, pazienti complessi, bisogni complessi. La complessità non può essere padroneggiata da un punto di vista olistico, ma la sfida nella cura, come in altri campi, è quella di affrontare, gestire, comprendere le interazioni del paziente nel suo ambiente mobilitando le risorse del paziente, dei familiari curanti e dei professionisti, così come delle organizzazioni sanitarie (gestione della prossimità e dei sistemi sanitari).

Di fronte a un'organizzazione assistenziale che si prende cura di persone sempre più fragili e vulnerabili in un ambiente non sempre favorevole, i professionisti del settore socio-sanitario svolgono un ruolo chiave nell'identificare e valutare la complessità, determinare obiettivi mirati e realizzare azioni coordinate. La complessità ci costringe a ridefinire costantemente i problemi, a stabilire delle priorità, a trovare delle soluzioni e ad attivare le risorse disponibili. Inoltre ci obbliga ad affrontare costantemente contraddizioni e soluzioni.

Il modello di complessità proposto in questa Guida mira ad avere un approccio multidimensionale integrato, incoraggiando il lavoro collaborativo con tutte le parti interessate. Questa Guida si propone di comprendere meglio la complessità delle cure nella pratica clinica a domicilio con uno strumento per identificare la complessità delle cure infermieristiche a domicilio (COMID), che integra il Resident Assessment Instrument Home

Care. Un'attenzione particolare viene data anche all'importanza di un ragionamento clinico strutturato e sistematico, così come all'attuazione di azioni mirate ed individualizzate.

Obiettivi

Lo scopo di questa Guida è di orientare ed aiutare i professionisti nella gestione a domicilio di situazioni complesse.

Si basa su principi etici, regole deontologiche e modelli di cure individualizzate, integrate, continue e coordinate.

Questa Guida si propone di:

- Integrare l'identificazione della complessità nella pratica dell'assistenza domiciliare
- Elencare le prestazioni mirate basate su una valutazione globale e specifica utilizzando il COMID secondo:
 - Gli item della versione professionale del COMID e della versione per utenti del COMID (COMID-P) (Allegati 1 e 2);
 - La competenza clinica/sociale dei professionisti di riferimento della prima linea (infermiere, ergoterapista, dietista, assistente sociale);
 - La competenza clinica/sociale dei professionisti dell'assistenza e delle cure a domicilio e dei professionisti di riferimento di seconda linea (infermiere specialista clinico, case manager, vicecapo équipe, capo équipe).
- Orientare i professionisti dell'assistenza e della cura a domicilio verso altri professionisti sanitari e sociali esperti.

Destinatari

Infermieri, ergoterapisti, dietisti, infermieri clinici specializzati, infermieri di famiglia e comunità (IFeC), infermieri in salute mentale e psichiatria, assistenti sociali, coordinatori infermieri*/vicecapi équipe, case manager*, capi équipe, altri professionisti sanitari e sociali.

*professioni che possono essere esercitate all'interno del Servizio o all'esterno dello stesso

Definizioni

● **COMPLESSITÀ**

La complessità può essere definita come l'impatto globale di una malattia considerando anche gli aspetti non direttamente legati alla malattia primaria⁽⁶⁾. Questi aspetti variano a seconda delle discipline e dei modelli sanitari^(7,8), ma tutti includono, in diversa misura, le difficoltà nel processo decisionale medico inerente la situazione sanitaria (ricovero, consultazioni), il coordinamento delle cure con molteplici attori sociali e sanitari, così come l'esistenza di patologie concomitanti di salute mentale (dipendenza: alcol, droghe), malattie psichiatriche e/o patologie neurodegenerative e la precarietà delle risorse socioeconomiche.

«Il termine complessità è usato per descrivere la situazione di un paziente per il quale il processo decisionale clinico e di cura non può essere di routine o standard. Una situazione complessa può essere definita come una situazione in cui la presenza simultanea di una moltitudine di fattori medici, psicosociali, culturali, ambientali e/o economici è suscettibile di ostacolare o rimettere in discussione la cura di un paziente, o addirittura aggravare il suo stato di salute. Il paziente è così esposto a un rischio maggiore di ospedalizzazione non programmata e di interruzioni nel suo percorso di cura.»⁽⁹⁾

● **COORDINAMENTO**

Le situazioni complesse richiedono un'attenzione speciale da parte di tutti i fornitori di assistenza (utenti, familiari curanti, operatori sanitari) che «contribuiscono alla comprensione comune della situazione valorizzando le loro competenze e valutazioni» durante un incontro di rete. Questo processo di messa in comune porta a un consenso sulle priorità e gli obiettivi, migliora la coerenza e la proattività delle cure e definisce i ruoli. Concentrandosi sui bisogni dell'utente, questo approccio riduce la complessità, o almeno permette di condividerla come una squadra e di «remare nella stessa direzione»⁽¹⁰⁾.

● **INTERPROFESSIONALITÀ**

Interprofessionalità significa «stretta collaborazione tra professionisti di diverse discipline e professioni» al fine di coordinare la cura dell'utente, garantire la continuità delle cure, affrontare i problemi al di là delle competenze di ogni singola professione, «ottimizzare la qualità delle cure e aumentare l'efficienza economica»⁽¹¹⁾.

● **PERCORSO CLINICO**

Si definisce percorso clinico «un insieme di metodi e strumenti che permettono ai membri di un'équipe multidisciplinare e interprofessionale di trovare un accordo in merito ai compiti da svolgere per una specifica popolazione di pazienti. È la concretizzazione di un piano di cura che ha l'obiettivo di assicurare la qualità e l'efficienza dell'assistenza»⁽¹²⁾.

Terminologia della complessità delle cure

Il termine «complessità» è generalmente utilizzato in tutti i settori della società. Nell'ambito delle cure appare in diverse forme e con varie definizioni⁽¹³⁾.

Tabella *Sintesi delle diverse terminologie relative alla complessità delle cure.*

1

Terminologia «complesso»	Definizioni e elementi di comprensione nelle cure
Utente complesso o «Complex patient»	Persona con diverse patologie croniche, anziana, che utilizza molte risorse mediche e assistenziali, con frequenti ricoveri per lunghi periodi di tempo, che assume numerosi farmaci, limitata nelle ADL a causa di problemi fisici, mentali o psicosociali con conseguenti elevati costi sanitari ⁽¹⁴⁾ . Le 4 aree per identificare gli utenti complessi ⁽¹⁵⁾ sono: processo decisionale medico (aspetti cognitivi), coordinamento delle cure, caratteristiche personali dell'utente, ambiente socioeconomico dell'utente ⁽¹⁶⁾ .
Caso complesso o «Case complexity»	L'insieme di condizioni e disturbi manifestati da un utente. L'insieme delle capacità dell'utente da un punto di vista con sanitario, socioeconomico, mentale e comportamentale. Spesso associato ai termini: comorbidità, polipatologia, polimorbidity ^(17, 18, 19) .
Complessità del case-mix o «Case mix complexity»	«Complessità del case-mix»: usato da clinici e amministratori per definire i pazienti ricoverati, un insieme di diverse caratteristiche che include, oltre alla comorbidità, la gravità della malattia, il rischio di morte, la prognosi, le difficoltà di trattamento, la necessità di intervento, l'intensità delle risorse. ⁽²⁰⁾
Cure complesse o «Care complexity»	Insieme degli attori che compongono un sistema sanitario e che forniscono prestazioni di assistenza e cura. ⁽²¹⁾
Complessità dei bisogni o «Needs complexity»	Caratteristiche del sistema di assistenza allocato per un paziente che utilizza una quota sproporzionata di risorse sanitarie umane o finanziarie (ad esempio, necessità di assistenza infermieristica, medica, chirurgica, terapie, attrezzature). ⁽²²⁾
Complessità della pratica infermieristica o «Nursing practice complexity»	Inserisce la complessità al centro della pratica infermieristica riflessiva. Concezione sistemica della pratica infermieristica ⁽²³⁾ e, anche sinonimo d'intensità di cura o carico di lavoro infermieristico ⁽²⁴⁾ .

<p>Condizioni complesse</p>	<p>Le «condizioni complesse» sono definite da tre caratteristiche concomitanti. 1) Sono determinate da una serie di cause che interagiscono attraverso il quadro biologico, psicologico e sociale. 2) Le condizioni complesse sono croniche. 3) I problemi di salute complessi sono altamente specifici nel modo in cui si manifestano e persistono negli individui. Così, individui diversi con gli stessi sintomi, di solito hanno una costellazione unica (unicità) di processi causali che favoriscono il perdurare dei loro processi di malattia nel tempo.⁽²⁵⁾</p>
<p>Interventi complessi</p>	<p>«Tutti gli interventi complessi hanno in comune due caratteristiche: possiedono componenti multiple (<u>complessità dell'intervento</u>) e percorsi causali complicati/multipli, cicli di feedback, sinergie e/o mediatori e moderatori dell'effetto (<u>complessità del percorso</u>). Inoltre, possono anche avere una o più di tre caratteristiche aggiuntive: rivolgersi a più partecipanti, gruppi o livelli organizzativi (<u>complessità della popolazione</u>); richiedere strategie sfaccettate di adozione, assimilazione o integrazione (<u>complessità dell'implementazione</u>); o lavorare in un ambiente dinamico e multidimensionale (<u>complessità del contesto</u>)».⁽²⁶⁾</p>

Sintesi delle diverse terminologie relative alla complessità nell'assistenza adattata da (Busnel, Ludwig, & Da Rocha Rodrigues, 2020)

Strumenti di valutazione della complessità

Esistono diversi strumenti per valutare la complessità:

- Intermed, strumento semi-strutturato (20 items)⁽²⁷⁾
- Intermed Elderly Assessment (4 aree)^(28, 29)
- PCAM: Patient Centered Assessment Method (4 aree, 12 items)⁽³⁰⁾
- MCAM: Minnesota Complexity Assessment Method (5 aree)⁽³¹⁾
- OCCAM: Oxford Case Complexity Assessment Measure⁽³²⁾
- COMPRI: Complexity Prediction Instrument⁽³³⁾

Si riferiscono generalmente al contesto ospedaliero e medico.



Per approfondire,
leggere l'articolo scientifico 3 (p. 118) della guida «La complexité dans la pratique infirmière: vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers»

Strumento multidimensionale di valutazione della complessità per le cure a domicilio: il **COMID**



Figura 1 *Rappresentazione delle sei sezioni del COMID*



Attori

numerose parti interessate, incoerenza terapeutica, problemi assicurativi, carico emotivo, o fisico



Stato di salute

malattie, dolori, polimedicazione, disturbi cognitivi



Fattori Socio-economici

difficoltà finanziarie, assenza o esaurimento del familiare curante, isolamento sociale



Instabilità

Deterioramento dello stato di salute, modifica del grado d'indipendenza, modifica delle capacità cognitive



Comportamento

sollecitazioni ricorrenti, comunicazione ambivalente, aggressività, opposizione



Salute mentale

depressione, malattia psichiatrica, dipendenza, ansietà o angoscia

Che cos' è il COMID?

Lo strumento di valutazione specifico della **complessità multidimensionale** per la pratica **infermieristica a domicilio**: il COMID ^(34, 35) (Allegato 1) include 30 item divisi in 6 sezioni (Figura 1) con delle domande chiuse (no = 0 e sì = 1). La compilazione del COMID origina un punteggio che può variare tra 0 e 30. Lo strumento può essere completato in pochi minuti ed essere utilizzato periodicamente quando la situazione lo richiede.

«La valutazione della complessità è un passo essenziale per implementare rapidamente strategie mirate al fine di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, ridurre i ricoveri inappropriati e le riospedalizzazioni premature, contribuendo così a mantenere gli utenti a domicilio»⁽³⁴⁾.

Come compilare il COMID? Guida per l'utente

comid.imad-ge.ch

Il COMID è compilato da un professionista esperto nella valutazione e che conosce bene la situazione dell'utente in seguito alla valutazione globale standardizzata (RAI-HC) e/o in preparazione di una riunione per la dimissione o di coordinamento interprofessionale.

Ogni voce deve essere compilata con «sì» o «no». Se c'è qualche esitazione o dubbio tra le risposte «sì» e «no», è preferibile dare risposta più alta al fine di identificare gli elementi che devono essere discussi dall'équipe di assistenza domiciliare e/o dalla rete interprofessionale, permettendo così la realizzazione di azioni specifiche e mirate.

Questo strumento vuole essere un aiuto decisionale per identificare gli elementi di complessità e non uno strumento per classificare la complessità. Lo strumento completa anche gli allarmi e le scale RAI-HC.

La complessità è considerata nel COMID come una raccolta di fattori multidimensionali che interagiscono in modo dinamico e molto spesso imprevedibile.

Il COMID comprende sei sezioni e ogni sezione ha cinque item. Per ogni item è prevista una breve descrizione.



STATO DI SALUTE

Fattori dello stato di salute	NO	SÌ
Diverse malattie croniche (>2) e/o sintomi inspiegabili ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolori cronici ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie e/o intolleranze ai farmaci ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assunzione di più farmaci (>5) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi cognitivi ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diverse malattie croniche (>2) e/o sintomi inspiegabili ✓

Malattie croniche

Patologie di lunga durata che evolvono lentamente

Esempi: cardiopatie, ictus, tumori, patologie respiratorie croniche, diabete, ecc. (Organizzazione Mondiale della Salute, 2018).

Sintomi inspiegabili

Manifestazioni espresse e/o vissute dagli utenti relative a condizioni che non possono essere identificate oggettivamente dall'esame fisico e/o da altri test diagnostici (Park & Gilmour, 2017).

Esempi: colon irritabile, stanchezza cronica, fibromialgia, ecc.

Dolori cronici ✓

“Esperienza sensoriale ed emotiva [persistente o ricorrente] spiacevole, causata da un danno tissutale esistente o potenziale, o descritta in termini che lo evocano, che è in corso da tre a sei mesi e/o che può influenzare negativamente il comportamento o il benessere dell'utente.” (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 1999).

Ha delle conseguenze sulle capacità funzionali e relazionali dell'utente nelle sue attività della vita quotidiana.

Esempi: artrosi, neuropatie diabetiche, herpes zoster, dolori post ictus, ecc.

Allergia e/o intolleranza ai medicinali ✓

Reazione anormale e specifica del corpo a una sostanza estranea (allergene) che non causa alcun disturbo nella maggior parte delle persone (Larousse, S.d.).

Le reazioni allergiche possono essere di tipo immediato, con sintomi che compaiono entro pochi minuti dall'assunzione del farmaco, o di tipo ritardato. I disturbi legati a una reazione allergica tardiva appaiono con un ritardo di diversi giorni o addirittura di diverse settimane (Centre d'allergie suisse, 2017).

Esempi: reazioni allergiche di tipo immediato: rossore, orticaria, gonfiore della pelle o delle mucose (angioedema), sintomi simili al freddo (rinite), problemi respiratori.

Reazioni allergiche di tipo tardivo: manifestazioni cutanee simili al morbilli (esantema maculopapulare) con forte prurito e parziale formazione di vesciche (forma bollosa), talvolta arrossamenti dolorosi con infiltrazioni di sangue (petecchie), sensazione generale di malattia con febbre e stanchezza.

Assunzione di più farmaci (>5) ✓

La somministrazione di molti farmaci contemporaneamente o la somministrazione di un numero eccessivo di farmaci (Bjerrum, Rosholm, Hallas & Kragstrup, 1997).

È comune negli anziani, legato alla polipatologia e alle malattie croniche. Può anche essere inappropriato e comportare rischi di effetti avversi o interazioni farmacologiche, aumentare il rischio di cadute e persino aumentare la mortalità. È considerata polimedicazione la somministrazione di più di cinque sostanze diverse in sette giorni, da parte del paziente stesso e/o del suo familiare curante e/o di un professionista dell'assistenza (Frazier, 2005; Monegat, Sermet, Perroin & Rococo, 2014).

Disturbi cognitivi ✓

Diminuzione della capacità intellettuale associata o meno a un danno cerebrale (Delaloye, 2010): Consiste in una definizione di una diagnosi medica e/o di una sintomatologia.

Esempi: problemi di memoria, attenzione/concentrazione, percezione, giudizio, pensiero rallentato, difficoltà di organizzazione, difficoltà di risoluzione di problemi. E' consigliabile porsi la domanda: se la presenza di uno o più disturbi cognitivi hanno un impatto sulle ADL e/o IADL?



FATTORI SOCIO-ECONOMICI

Fattori socio-economici che aggravano lo stato di salute	NO	SÌ
Difficoltà finanziarie e/o incapacità di sostenere economicamente le prestazioni sanitarie, di assistenza e/o cura e/o di mezzi ausiliari e/o i trasporti e/o l'alimentazione ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assenza o sfinimento del caregiver (famigliare che assiste il paziente) e/o tensioni familiari ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà nella comprensione linguistica dovuta a problemi di analfabetismo e/o barriere culturali ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isolamento sociale ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitazione inadeguata e/o presenza di barriere architettoniche ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Difficoltà finanziarie e/o incapacità di sostenere economicamente le prestazioni sanitarie, di assistenza e/o cura e/o di mezzi ausiliari e/o i trasporti e/o l'alimentazione ✓

Difficoltà e/o incapacità a gestire l'amministrazione ordinaria, a effettuare i suoi pagamenti ed eventualmente quelli della sua famiglia senza supporto sociale/familiare/di rete. Reddito finanziario insufficiente, vulnerabilità. Assenza di richiesta di assistenza finanziaria.

Esempi: Indennità d'invalidità. Osservazioni che possono aiutare a identificare le difficoltà finanziarie: ritardi nei pagamenti, frigorifero vuoto, varietà e quantità limitata di cibo, condizione orale alterata, abbigliamento precario, rifiuto di servizi essenziali e/o ordinazione di materiale, ecc.

Assenza o esaurimento del caregiver (familiare che assiste il paziente) e/o tensioni familiari ✓

Il caregiver è una persona (familiare, amico, vicino, conoscente) che fornisce regolarmente cura e/o assistenza e supporto in modo non professionale per un periodo di tempo significativo e/o in modo intenso in relazione alla famiglia. L'esercizio di questo ruolo può portare a tensioni, incomprensioni e conflitti nella relazione, così come nelle persone intorno a loro.

L'esaurimento del caregiver si può manifestare in modi diversi, tra cui il deterioramento della salute, la fatica, l'ansia e/o lo stress cronico significativo, il disagio fisico e/o psicologico (depressione, rabbia o conflitto sull'assistenza fornita), il bisogno di stacco, la paura di non essere più in grado di continuare a erogare l'assistenza fornita, una sensazione di isolamento sociale e difficoltà finanziarie.

Difficoltà nella comprensione linguistica dovuta a problemi di analfabetismo e/o barriere culturali) ✔

«L'attitudine a comprendere e utilizzare le informazioni per raggiungere obiettivi personali e per aumentare le proprie conoscenze e capacità» (Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2000).

Esempi: immigrati appena arrivati, persone la cui lingua madre non è la lingua ufficiale del paese di cura, basso livello di istruzione.

Isolamento sociale ✔

Esclusione involontaria dalla vita sociale e dai legami sociali (famiglia, amici, vicini, attività sociali, ecc.). Una persona che si ritira dalla vita sociale per scelta non è isolata.

Domande che possono aiutare a identificare l'isolamento sociale: la persona ha contatti con amici, familiari, visitatori, contatti telefonici, e-mail, ecc.?

Cosa gli piace fare socialmente? Vorrebbe un maggior contatto sociale?

Abitazione inadeguata e/o presenza di barriere architettoniche ✔

Qualsiasi tipo di problema nell'abitazione e nelle sue immediate vicinanze che potrebbe rendere la vita difficile o pericolosa per l'utente

Esempi: cucina disordinata, frigorifero non funzionante, presenza di topi, scarafaggi, cimici, pavimenti scivolosi, soglie, accesso difficile all'abitazione, assenza di ascensore, assenza di rampa di accesso, violenza nel quartiere, ecc.



SALUTE MENTALE

Fattori di salute mentale aggravanti lo stato di salute	NO	SÌ
Depressione e/o intenti suicidi ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malattie psichiatriche e/o disturbi psichici (delirio, allucinazioni, ecc.) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dipendenze ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stato di ansia o angoscia che rende confuso il quadro clinico ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funzioni mentali instabili che variano nell'arco della giornata ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Depressione e/o intenti suicidi ✓

La depressione è un disturbo mentale comune caratterizzato da tristezza, perdita di interesse o piacere, senso di colpa o bassa autostima, con alterazioni del sonno o dell'appetito, affaticamento e mancanza di concentrazione. La depressione può durare nel tempo o essere ricorrente, compromettendo sostanzialmente la capacità di un individuo di affrontare la vita quotidiana. Nel peggiore dei casi, può portare al suicidio. (Organizzazione Mondiale della Salute, 2018).

Questo item sarà evidenziato se i sintomi sono oggettivabili. Un episodio depressivo passato per il quale non c'è più alcun trattamento in corso non viene preso in considerazione.

Malattie psichiatriche e/o disturbi psichici (delirio, allucinazioni ecc.) ✓

Diagnosi medica accertata e/o sintomatologia oggettivabile.

Esempi: percezione disturbata di sé o della realtà, disturbi dell'umore, relazioni interpersonali disturbate, processi di pensiero disturbati, autonomia limitata e/o livello di dipendenza nella gestione della vita quotidiana.

Dipendenze ✔

Relazione patologica di una persona con una sostanza o un comportamento; in astinenza o meno, con trattamento sostitutivo o meno, con riduzione e controllo del consumo o meno.

Esempi: dipendenza da sesso, videogiochi, sostanze legali o illegali, medicinali.

Stato di ansia o angoscia che rende confuso il quadro clinico ✔

Sensazione di disagio, apprensione e preoccupazione, la cui origine può essere inconscia o meno. Percezione di un pericolo, reale o soggettivo.

Funzioni mentali instabili che variano nell'arco della giornata ✔

Manifestazioni comportamentali e/o stati d'animo che variano durante la giornata. Labilità emotiva (cambiamenti d'umore rapidi e significativi, variabilità e instabilità).

Esempi: esplosioni di gioia, tranquillità e eclatanti esplosioni di rabbia o lacrime.



COMPORAMENTO

Fattori comportamentali del paziente	NO	Sì
Frequenti sollecitazioni della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicazione ambivalente e/o conflittuale con un membro della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preoccupazione per i propri sintomi e/o per il proprio stato di salute e/o per le informazioni mediche ricevute ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aggressività (verbale e/o fisica) o mutismo ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resistenza o opposizione, siano esse attive o passive, alle cure ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frequenti sollecitazioni della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✔

Richieste di aiuto, di sostegno, di presenza, di informazione, frequenti/ripetute, più o meno importanti, espresse o meno dall'utente a professionisti e non, al suo familiare curante o caregiver o a qualsiasi persona intorno a lui.

Esempi: telefonate frequenti, bisogno di assicurazione...

Comunicazione ambivalente e/o conflittuale con un membro della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✔

Proposte e/o atteggiamenti oggettivati come contraddittori e/o variabili e/o conflittuali riguardo ai suoi bisogni, ai suoi problemi di salute e/o ai suoi obiettivi di salute o di vita, nei confronti della rete primaria o secondaria. Possono alterare la relazione curante-utente e la relazione con la rete primaria.

Preoccupazione per i propri sintomi e/o il proprio stato di salute e/o per le informazioni mediche ricevute ✓

Preoccupazione per l'evoluzione della propria malattia e/o una recidiva (tumore o altro) attraverso l'interrogazione del caregiver sulla propria patologia, i propri sintomi, il proprio stato di salute. Questo riguarda la salute fisica e/o psicologica dell'utente.

Aggressività (verbale e/o fisica) o mutismo ✓

Modalità di comunicazione minacciose, svalutanti, squalificanti, destabilizzanti e/o parole e/o gesti e/o comportamenti (attivi o passivi) da parte dell'utente verso la rete primaria e/o secondaria.

Resistenza o opposizione, siano esse attive o passive, alle cure ✓

Frequenti negoziazioni per uno o più trattamenti, o rifiuto assoluto, o ripetuti episodi di rifiuto, o sviluppo di strategie di evitamento.

Esempi: annullamento di prestazioni, assenza, fallimento di proposte e/o azioni di assistenza e/o cura.



INSTABILITÀ

Fattori di Instabilità	NO	SÌ
Percezione da parte del paziente di un recente peggioramento dello stato di salute ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambiamento globale del grado di autonomia (ADL/IADL) nel corso dell'ultimo mese ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Periodo di transizione (ad esempio: annuncio della diagnosi, nuova ospedalizzazione, morte del caregiver o del familiare che assisteva, divorzio, problemi di lavoro, ecc.) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambiamento acuto delle capacità cognitive ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imprevedibilità dello stato di salute (ad esempio: apparizione di sintomi inabituali, scompenso di una patologia cronica, ferite, dolori, ecc.) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Percezione da parte del paziente di un recente peggioramento dello stato di salute ✓

Percezione dell'utente, del suo stato di salute, verbalizzato come più precario da meno di un mese.

Cambiamento globale del grado di autonomia (ADL/IADL) nel corso dell'ultimo mese ✓

Esempi: diminuzione della partecipazione alle ADL/IADL, difficoltà a seguire i consigli di cura, diminuzione del livello di indipendenza, ecc.

Periodo di transizione, ad esempio: annuncio della diagnosi, nuova ospedalizzazione, morte del caregiver (familiare che lo assisteva), divorzio, problemi di lavoro, ecc. ✓

Un periodo della vita o della malattia in cui avvengono diversi cambiamenti. Una transizione indica che c'è un cambiamento nello stato di salute, nei ruoli e nelle relazioni, nelle aspettative o nelle capacità. Significa che c'è un cambiamento nei bisogni della persona in tutti gli ambiti/systemi e in tutte le dimensioni. La transizione richiede che la persona integri:

- nuove conoscenze,
- comportamenti diversi,
- che modifichi il modo in cui si definisce nel contesto sociale, in relazione alla sua salute o malattia, o ai suoi bisogni personali e ambientali che influenzano il suo stato di salute (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Esempi: annuncio di una diagnosi, rientro dall'ospedale, ricovero in ospedale del caregiver, decesso del caregiver, divorzio, licenziamento, ecc.

Cambiamento acuto delle capacità cognitive ✓

Rapido cambiamento del comportamento abituale dell'utente (Haute Autorité de santé, 2009).

Esempi: inversione recente del ritmo circadiano (sonno/veglia), disturbi della memoria e del pensiero, distraibilità, linguaggio disturbato, disorientamento, percezione alterata dell'ambiente, agitazione, irritabilità, impazienza, wandering, euforia, mancanza di attenzione, diminuzione della vigilanza, letargia, apatia, ecc...

Imprevedibilità dello stato di salute, ad esempio: apparizione di sintomi inabituali, scompenso per una patologia cronica, ferite, dolore, ecc. ✓

Incertezza e/o impossibilità di prevedere l'evoluzione dello stato di salute e/o dei comportamenti dell'utente nei giorni o nelle settimane a venire.

Esempi: frequenti cambiamenti di trattamento e/o dosaggio, instabilità fisica e/o psicologica, uno o più ricoveri d'urgenza e/o soggiorno temporaneo/RAMI negli ultimi tre mesi. Se uno degli esempi è validato, la nozione di imprevedibilità deve essere presa in considerazione (HAS, 2014)



OPERATORI COINVOLTI E RETE SANITARIA

Fattori relativi agli operatori coinvolti e alla rete sanitaria	NO	SÌ
Moltitudine di operatori nella rete secondaria (formale) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assenza o basso grado di collaborazione tra i vari attori della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percezione, da parte del professionista, della presenza di incoerenze terapeutiche e/o di una presa in carico priva di senso ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi assicurativi. Esempio: limitazione del rimborso delle spese ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percezione da parte dei membri della rete secondaria (formale) di stanchezza emotiva e/o fisica della presa in carico ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Moltitudine di operatori nella rete secondaria (formale) (medico curante, specialista, curante, curatore, ecc.) ✓

Numero di professionisti +3 (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.) che intervengono e interagiscono regolarmente nella situazione del paziente.

Assenza o basso grado di collaborazione tra i vari attori della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✓

Assenza o legame debole dovuto alla mancanza di comunicazione o di conoscenza delle parti interessate.

Percezione, da parte del professionista, della presenza di incoerenze terapeutiche e/o di una presa in carico priva di senso ✓

Mancanza di logica, comprensione, continuità, coordinazione tra pensiero, espressione e azione nella cura fornita al paziente.

Esempi: disaccordi, contraddizioni, incomprensioni, differenze di opinione tra i caregiver e/o il paziente, perdita di significato nella cura, visioni diverse tra il paziente, i familiari curanti, il medico, l'infermiere, ecc.

Problemi assicurativi. Esempio: limitazione del rimborso delle spese 🟢

Problemi assicurativi che hanno un impatto sulle cure.

Esempi: limitazione del rimborso delle spese, limitazione della copertura da parte dell'assicurazione del paziente, il mancato rimborso delle spese mediche.

Percezione, da parte dei membri della rete secondaria (formale), di stanchezza emotiva e/o fisica della presa in carico 🟢

Carico emotivo

Sensazione/sentimento di impotenza, perdita di controllo, tristezza, dolore, rabbia, ansia, sentirsi attaccati o perseguitati, invasione emotiva della propria sfera privata.

Carico fisico

Situazione che richiede l'utilizzo importante della forza fisica e un dispendio di essa in maniera ricorrente in aggiunta ai mezzi ausiliari, passaggi multipli durante il giorno, assenza di mezzi ausiliari o mezzi ausiliari inadeguati, ecc.

Referenze in linea con gli item del COMID

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (1999). Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
- Bjerrum, L., Rosholm, J. U., Hallas, J. & Kragstrup, J. (1997). Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 53(1), 7-11.
- Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123.
- Centre d'Allergie Suisse. (2017). Aha! Centre d'Allergie Suisse - Allergie médicamenteuse.
- Delaloye, C. (2010). Interpréter les troubles cognitifs dans les troubles thymiques de l'âge avancée. *Revue medicale suisse*, 6, 754-757.
- Frazier, S. C. (2005). Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 4-11.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risques de perte d'autonomie (PAERPA). Accès Haute Autorité de Santé (HAS). (2009). Confusion aigue chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation (recommandations).

Larousse. (S.d.). Définitions: allergie - Dictionnaire de français Larousse.

- Meleis, A. I., Sawyer, I. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Monegat, M., Sermet, C., Perronin, M. & Rococo, E. (2014). La polymédication: définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et test de mesure. Institut de recherche et documentation en économie de la santé*, 204, 1-8.
- Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). (2000). La littératie de l'ère de l'information - Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). OMS / Maladies chroniques.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). OMS / Europe / Santé mentale - Définition de la dépression.
- Park, J., & Gilmour, H. (2017). Symtômes physiques médicalement inexpliqués chez les adultes au Canada: comorbidité, recours aux soins de santé et emploi.
- HAS. (2014). Note méthodologique et de synthèse documentaire: "Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires?". Retrievé from Saint-Denis La Plaine: France

comid.imad-ge.ch

Come interpretare i risultati

La presenza di molte risposte affermative in almeno tre sezioni indica un potenziale di complessità. Tuttavia, il punteggio COMID non può essere interpretato come un grado di complessità di per sé, ma dovrebbe essere usato per identificare situazioni potenzialmente complesse.

Indicativamente:

- Un punteggio inferiore a **5** può essere considerato come **non complesso**
- Un punteggio **tra 6 e 9** può essere considerato come **a rischio di complessità**
- Un punteggio **superiore a 10** può essere considerato come **complesso**.

→ **Il punteggio ottenuto è un'indicazione che deve portare ad un'analisi approfondita della situazione per item e per sezione in base alla conoscenza che il professionista ha della situazione e della sua evoluzione nel tempo.**

Dalla quantificazione alla ponderazione

Il COMID costituisce un aiuto per identificare la complessità: i sottopunti e il punteggio complessivo indicano una quantificazione della complessità. Tracciare i punteggi su una raggiera come proposto qui sotto permette di vedere in modo sintetico l'insieme o somma di elementi che contribuiscono al punteggio totale.

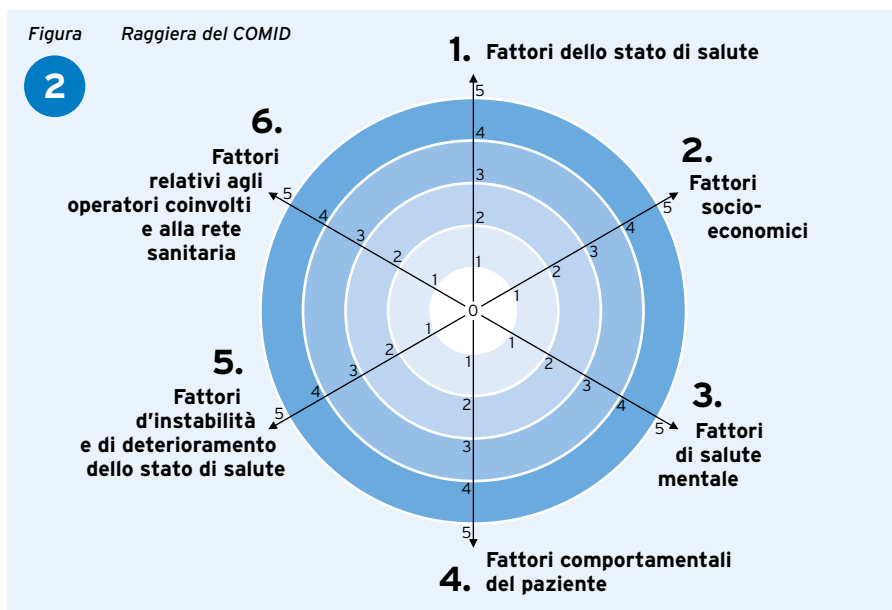


Figura 2 : Fonte Istituto ginevrino di mantenimento a domicilio (imad), 2017.

Deve essere compilato dal professionista per ponderare la complessità della situazione valutata dopo la compilazione del campo corrispondente.

Considera questa situazione come complessa?

Per niente
complessa

Un po'
complessa

Mediamente
complessa

Molto
complessa

Estremamente
complessa



La valutazione complessiva è costituita dall'insieme degli elementi rilevati e dalla conoscenza della situazione che permettono di qualificarla in semplice o complessa e di precisarne l'instabilità.

La ponderazione avviene in base:

- ✓ al ragionamento/alla valutazione clinica del professionista (cf. capitolo seguente)
- ✓ alla temporalità della cura;
- ✓ alle azioni messe in atto;
- ✓ alle priorità definite dagli attori della rete (incluso il paziente);
- ✓ ai risultati attesi e raggiunti (gap).

Situazione valutata

Semplice

Complessa



Stabile

Instabile



Gli obiettivi del COMID

Il COMID permette di:

- ✓ sintetizzare gli elementi di complessità di una situazione;
- ✓ analizzare il livello di stabilità di una situazione;
- ✓ aiutare il referente a valutare il livello di complessità di una situazione;
- ✓ costituire un supporto per lo scambio e la discussione tra colleghi, con il capo équipe, con il medico;
- ✓ attivare l'implementazione di un processo interprofessionale dopo l'analisi del livello di complessità.

Ottimizzare la gestione di un utente in una situazione complessa richiede l'attuazione di un processo interprofessionale caratterizzato da quattro temi principali:

- ✓ Valutazione;
- ✓ Analisi clinica approfondita;
- ✓ Partnership tra paziente, medico, familiare curante e caregiver;
- ✓ Facilitazione dello scambio di informazioni tra tutti i partner e tracciabilità del monitoraggio.

Validazione del COMID

Con un tasso di accettabilità professionale >91%⁽³⁴⁾ (Allegato 6), una consistenza interna accettabile $\alpha=0,797$ e un ottimo accordo inter-rater sul punteggio totale CCI=0,839 (35) (Allegato 6), il COMID ha un buon potenziale per aiutare a identificare la complessità dell'assistenza infermieristica a domicilio.

IL COMID è stato integrato nella ricerca fraXity⁽³⁶⁾. I risultati ottenuti in questo ambito ne confermano la sua forza.⁽³⁷⁾



Per approfondire,

leggere gli articoli scientifici 1 e 2 della guida «Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité» «Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) pour les complexités multidimensionnelles (COMID) pour les infirmières à domicile»

Altre versioni del COMID

● **IL COMID UTENTE (COMID-P)**

Se la percezione dei professionisti infermieri sulla complessità dell'assistenza domiciliare può essere basata sul COMID, sembra legittimo proporre ai pazienti uno strumento come quello sviluppato da INTERMED (IM-E-SA)¹ (questionario di 15 domande a scelta con risposte diversificate e/o multiple)⁽³⁸⁾. Permettere ai pazienti di dare il loro punto di vista sulla loro situazione significa includerli veramente in una partnership attiva. In questa ottica, il COMID inizialmente usato dagli infermieri, è stato adattato ai pazienti e si chiama COMID-P (COMID utente). Come il COMID, il COMID-P è composto da sei sezioni (salute fisica, socio-economico, salute mentale, comportamento, instabilità e sistema sanitario), ciascuno composto da cinque item per un totale di 30 item. Ogni domanda è codificata in modo binario (no = 0; sì = 1), per un punteggio totale di 30. Il COMID-P include una domanda dopo i 30 item: «Considera la sua situazione semplice o complessa?»

L'obiettivo del COMID-P è di permettere ai pazienti di quantificare e anche di valutare in modo autonomo la complessità della loro situazione (autovalutazione), guidati dalle istruzioni date dall'infermiere (etero-somministrazione). Il COMID-P permette di considerare il punto di vista del paziente rispetto alla sua situazione (Allegato 2). I risultati ottenuti contribuiscono alla negoziazione e all'elaborazione condivisa degli obiettivi e delle azioni realizzate.

Il COMID-P è stato utilizzato nell'ambito della ricerca fraXity.⁽³⁶⁾

● **IL COMID VERSIONE INGLESE**

Esiste anche una versione inglese del COMID – Multidimensional Complexity Assessment Instrument of Home Nursing Practice: COMID English (COMID-E) (Allegato 3).

Sette esperti (due clinici, tre ricercatori, due manager) hanno partecipato a un

1: The INTERMED for the Elderly Self Assessment (IM-E-SA): questionario costituito da 15 domande a scelta con risposte diversificate e/o multiples www.intermedconsortium.com/instrument/

processo di traduzione in quattro fasi che comprendeva (1) traduzioni dal francese all'inglese; (2) traduzioni alla cieca dall'inglese al francese; (3) confronto tra le diverse traduzioni dal francese all'inglese; e (4) viceversa. Le fasi 3 e 4 erano basate sul metodo Delphi² (39, 40) utilizzato per raggiungere un consenso tra tutti gli esperti. Questa versione inglese è usata per la ricerca internazionale e per rendere visibili i risultati.

● **IL COMID VERSIONE TEDESCA**

È disponibile anche una versione tedesca del COMID – Multidimensionales Komplexitätsbewertungs – instrument für die häusliche Pflegepraxis (COMID-Deutsch). Per elaborare la versione tedesca è stato usato lo stesso processo di traduzione della versione inglese (Allegato 4).

● **IL COMID VERSIONE ITALIANA**

La versione italiana del COMID è disponibile negli allegati (allegato 5). Per la versione italiana è stato utilizzato lo stesso processo di traduzione della versione inglese e tedesca.

Indicatori di complessità e interRAI-HC^{Svizzera}

L'interRAI-HC^{Svizzera} – strumento di valutazione globale standardizzato – offre ai professionisti 24 protocolli di valutazione clinica (PVU) e 18 scale cliniche attivate da algoritmi multi-item⁽⁴⁰⁾. Questa ampia scelta è un aiuto per i professionisti per analizzare meglio la situazione di ogni utente e sviluppare obiettivi di cura personalizzati. Tuttavia, l'interRAI-HC^{Svizzera} non propone indicatori per valutare prioritariamente la complessità. Lo studio fraXity condotto a Ginevra (tra il 2018 e il 2020) per documentare la fragilità e la complessità dell'assistenza domiciliare nel cantone⁽³⁵⁾ ha sviluppato tra l'altro un indicatore di complessità derivato dall'interRAI-HC^{Svizzera}⁽⁴²⁾ (articolo 5). Imad ha scelto di implementarlo nella sua cartella clinica computerizzata e di creare un PVU specifico. Questo PVU comprende un livello di non attivazione e 2 livelli di attivazione (allegato 6). Questi tre livelli sono basati sulla logica del COMID, che è considerato lo strumento clinico gold standard. In caso di dubbio sull'attivazione o meno dell'allarme nella valutazione interRAI-HC^{Svizzera}, il professionista può utilizzare il COMID per confermare o meno l'attivazione. Per questo il COMID può essere completato in qualsiasi momento, insieme o separatamente all'interRAI-HC^{Svizzera}.

Allegato 5 Criteri per l'attivazione all'Imad

Complessità	Attivazione di un Caps complessità	<ul style="list-style-type: none">• <u>Non attivato</u>: non complesso (da 0 a 5)• <u>Attivato per prevenire la complessità delle cure</u>: a rischio di Complessità (da 6 a 9)• <u>Attivato per diminuire la complessità delle cure</u>: complesso (≥10)

2: Il metodo Delphi ha lo scopo di ottenere un parere finale unico e convergente da parte di tutto il gruppo di esperti.

Ragionamento clinico e complessità delle cure

Definizioni

Il **pensiero «complesso»** è prima di tutto il pensiero che collega. Questo è il significato più prossimo al termine «complexus» (ciò che è intrecciato). Ciò significa che rispetto al modo tradizionale di pensare, che divide i campi di conoscenza in discipline e li compartimenta, il pensiero complesso è un modo di collegare³. Non isola dunque i diversi modi di conoscenza; li contestualizza e, se possibile, li integra nella globalità di cui fanno parte⁽⁴⁾.

→ Il **ragionamento clinico** è:

- L'insieme dei processi di pensiero e decisionali che permettono al clinico di definire le azioni più appropriate in uno specifico contesto di risoluzione dei problemi di salute⁽⁴³⁾.
- Un processo di identificazione dell'intera gamma di problemi di salute reali e potenziali di una persona, ma anche delle capacità⁽⁴⁴⁾.
- Una scomposizione analitica dei dati per una ricostruzione globale⁽⁴⁵⁾ al fine di definire un piano di cura individualizzato.

→ Il **ragionamento clinico è un approccio singolare**⁽⁴⁶⁾

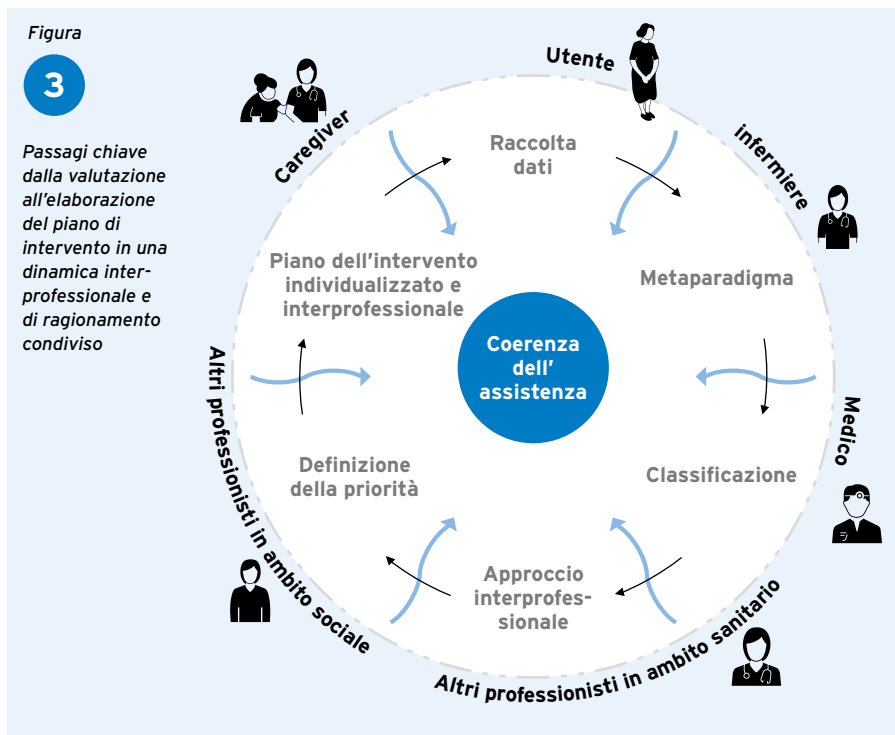
Esistono diversi tipi di ragionamento clinico⁽⁴⁶⁾:

- il ragionamento procedurale, che si concentra sul problema di salute e la disabilità e il cui obiettivo è quello di limitare la disabilità, di risolvere il problema;
- il ragionamento interattivo che si sviluppa in collaborazione con la persona;
- il ragionamento condizionato che guarda al futuro e alla possibile evoluzione della persona rispetto al suo stato di salute;
- il ragionamento narrativo, che combina i tre tipi precedenti e si avvicina a una visione olistica della persona e del suo ambiente;
- il ragionamento pragmatico che sviluppa un approccio sistemico, identificando e prendendo in considerazione l'ambiente (famiglia, lavoro, ecc.), i valori, le rappresentazioni, le risorse (finanziarie, sociali, ecc.) della persona.

3: Concetto di «Reliance» dipendenza(?), «l'atto di collegare ed essere collegati e il suo risultato». Sottolinea il legame vivente tra «pensare bene» e «agire bene»: «Il pensiero complesso è il pensiero che collega. «Linked» è passivo, «linking» è partecipativo, «linking» è attivante.» (Morin, 2004, p. 239)

Le diverse fasi del ragionamento clinico in una situazione complessa

«Nell'ambito delle cosiddette situazioni complesse che richiedono cure e che hanno bisogni speciali⁽²⁾, è essenziale integrare tutti gli elementi della valutazione globale e specifica del paziente, il suo percorso di vita, i vari approcci terapeutici possibili e la cura prevista. I fattori contestuali, le dinamiche dei diversi attori (paziente, caregiver, medico, infermiere, professionisti sanitari e sociali) e le preferenze del paziente sono punti cruciali da integrare nell'analisi clinica⁽⁴⁷⁾ al fine di sviluppare scenari distinti in funzione dell'urgenza della situazione (acuta, cronica, palliativa, per esempio), della gravità, della temporalità, delle conseguenze prossimali o distali come gli impatti sulla famiglia, il lavoro, l'ambiente (alloggio) e i bisogni di cura. La valutazione della complessità aiuta a identificare gli elementi problematici che richiedono una valutazione più precisa. Questa valutazione costituisce un aiuto per l'attuazione di azioni mirate, individualizzate e multidisciplinari da parte di tutti coloro che sono coinvolti nella cura e nell'assistenza (infermiere, medico di base, professionisti della cura e dell'assistenza, assistenti sociali, ecc.)» (articolo 4)



● LA VALUTAZIONE GLOBALE

Il COMID vuole essere un aiuto alla decisione per identificare gli elementi di complessità, completa altri strumenti di valutazione globale clinica come il **RAI-HC** (Resident Assessment Instrument Home-Care) e riassume gli elementi di complessità identificati dall'operatore sanitario.

Figura Collegamenti tra il processo RAI-HC e il COMID

4

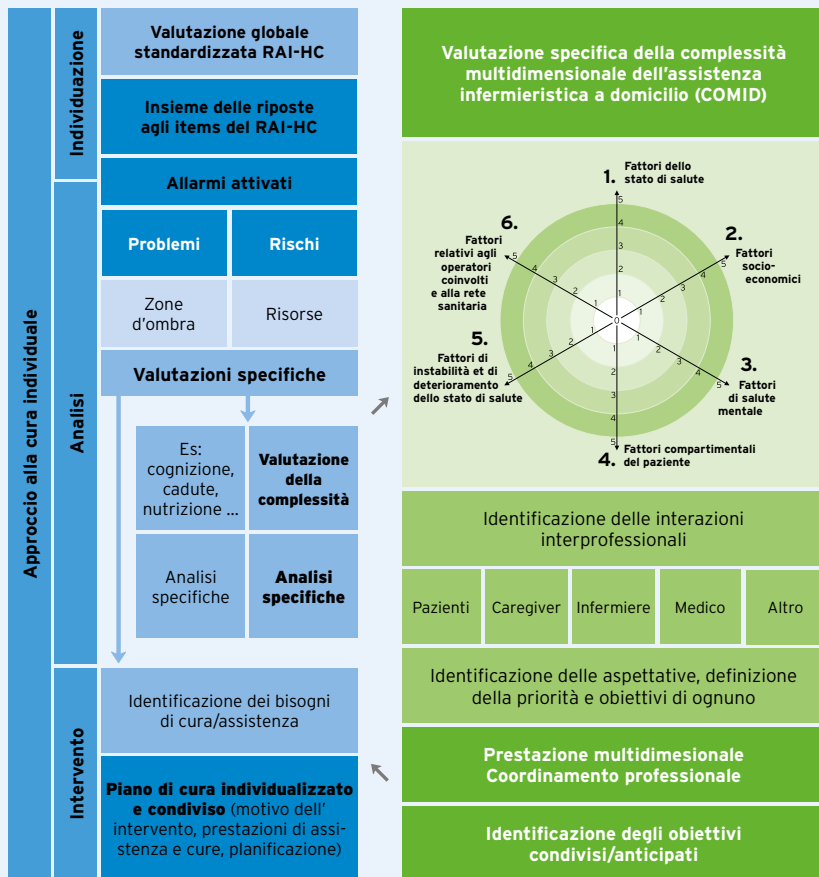


Figura adattata dall'articolo (Busnel, Mastromauro, Zecca, & Ludwig, 2017).

● IL METAPARADIGMA INFERMIERISTICO

I dati raccolti possono essere riorganizzati secondo il metaparadigma di Fawcett⁽⁴⁸⁾ che fornisce una visione sintetica della salute del paziente attraverso quattro concetti centrali: la persona, il suo ambiente, la salute e la cura (Tabella 2). Questi quattro assi permettono di rispondere alle domande: Chi è? Dove vive e in quali condizioni? Di cosa soffre la persona? Quali servizi di assistenza e cura riceve la persona? (Allegato 6)

Tabella 2 Il metaparadigma delle cure infermieristiche di Fawcett

2

Persona Storia di vita, abitudini di vita, storia della malattia, progetti, risorse personali, deficit, abilità, comportamento, risorse finanziarie	Ambiente Rete primaria, secondaria, natura dell'assistenza e dei collegamenti, ambienti domestici, condizioni di vita
Salute Diagnosi mediche Problemi di salute antecedenti	Cure Natura e frequenza dell'assistenza e delle cure formali e informali

● LA CLASSIFICAZIONE IN QUATTRO SEZIONI: PROBLEMI, RISCHI, ZONE GRIGIE E RISORSE

La seconda tappa è quella di poter classificare gli elementi emblematici (Tabella 3) considerando sia i problemi e i rischi sociali della salute che le zone grigie (il non detto, l'incomprensione, i dubbi, ecc.) e le risorse come le capacità intrinseche ed estrinseche del paziente.

A seconda della situazione del paziente (acuta, rischio di morte), e se la cura è cronica o meno, l'ambito di intervento sarà diverso?. Questa strutturazione più precisa delle informazioni sanitarie ottenute facilita lo sviluppo di scenari secondo l'identificazione delle priorità e degli obiettivi dei professionisti (Allegato 6).

3

Problemi	Aree grigie
Rischi	Risorse

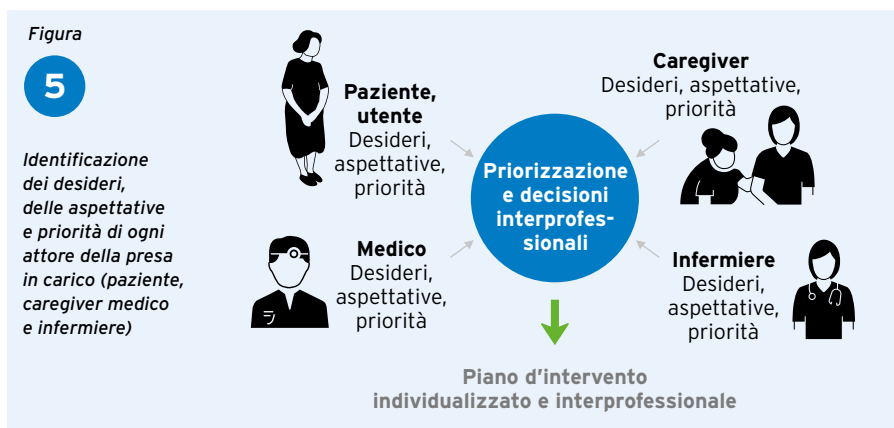


Dare priorità alle aree di cura

Fonte: institution genevoise de maintien à domicile (imad), 2017.

● **LA DETERMINAZIONE DELLE PRIORITÀ E LA DECISIONE INTERPROFESSIONALE**

La determinazione collettiva delle priorità richiede una negoziazione tra tutti gli attori (paziente, familiare, medico, professionisti sanitari e sociali). Il coordinamento interprofessionale permette di chiarire l'opinione di tutti (il paziente, familiare curante e le varie parti interessate). Questa inoltre permette di discutere gli obiettivi e le azioni da intraprendere congiuntamente (Figura 5). Ogni attore ha l'opportunità di condividere la sua visione, discutere le difficoltà e le paure, e presentare i suoi obiettivi e le prospettive desiderate. Questa fase sostituisce lo «stare insieme» e il «fare insieme»; mobilita gli elementi chiave della collaborazione, della cooperazione e della comunicazione e permette di evidenziare le dissonanze, i disaccordi o i punti comuni che riguardano le conoscenze o le rappresentazioni dell'utente e di coloro che lo circondano. Questo incontro collettivo assicura che gli elementi chiave della cura siano conosciuti, compresi e convalidati da tutti.



«La valutazione della complessità è una fase essenziale per implementare rapidamente strategie mirate per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, ridurre i ricoveri inappropriati e le ri-ospedalizzazioni premature, contribuendo così a mantenere gli utenti a domicilio»⁽³⁴⁾.

● IL PIANO D'INTERVENTO

In una situazione in cui si accumulano i problemi multidimensionali, questa fase permette di strutturare e consolidare la presa in carico rendendo visibili obiettivi e azioni mirate e personalizzate.

Gli obiettivi SMART:

- **S**pecifico,
- **M**isurabile,
- **A**chievable/Realizzabile
- **R**elevant/pertinente
- **T**ime/definito nel tempo

Il piano d'intervento promuove la coerenza delle azioni attraverso l'implementazione di servizi combinati e multipli come l'istituzione di un piano di educazione terapeutica del paziente (TPE) o un piano di assistenza preventiva (ACP). Questa fase può anche essere definita come una «contrattualizzazione» degli obiettivi individuali e collettivi perseguiti e delle prestazioni da realizzare.



Per approfondire,

leggere gli articoli scientifici 3 e 4 della guida
«La complexité dans la pratique infirmière: vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers»
«Le raisonnement clinique dans la prise en soins des situations complexes à domicile»

Le prestazioni

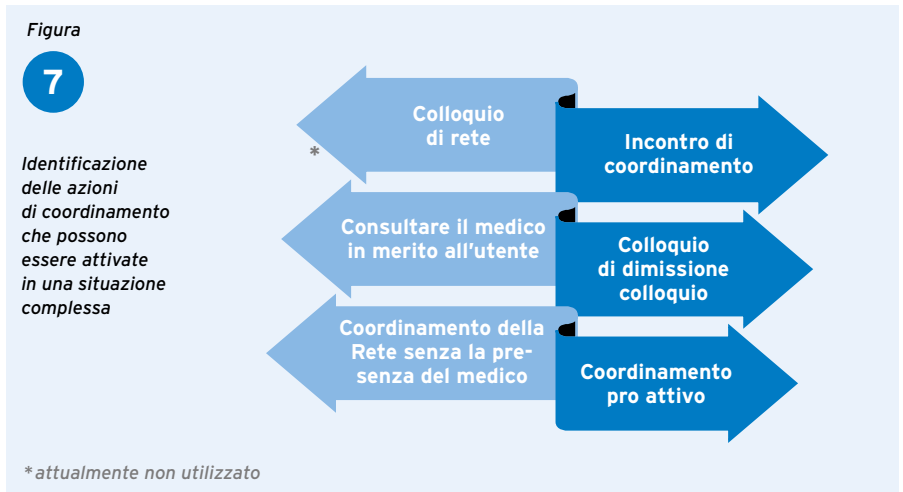
Definizioni

Una prestazione è un insieme di interventi professionali (erogati da infermieri, ergoterapisti, addetti alle cure socio-sanitarie (ACSS), aiuto familiari, assistenti di cura, servizio pasti, direttore sanitari, assistenti sociali, dietisti, personale notturno, ecc.) che favoriscono il mantenimento a domicilio e rispondono ai bisogni dei beneficiari.



Prestazioni di coordinamento

Per esempio, **una prestazione di coordinamento** comprende varie **procedure** che possono essere realizzate internamente o esternamente, quali:



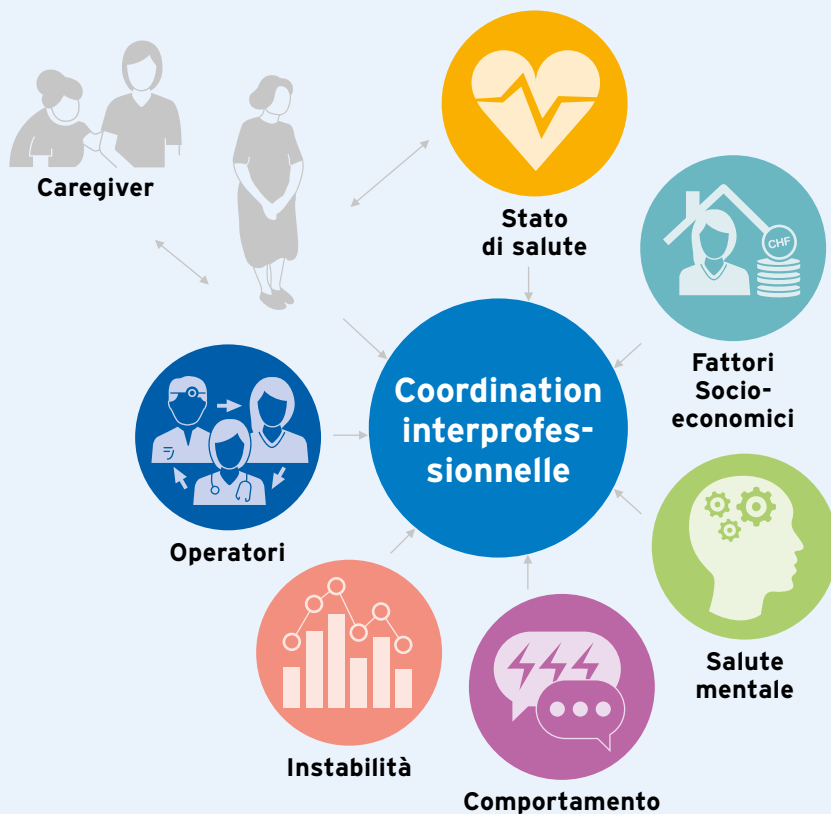
Le prestazioni di coordinamento hanno l'obiettivo di:

- Migliorare l'autonomia e il benessere della persona;
- Ottimizzare la presa in carico e la continuità nella traiettoria di vita della persona;
- Favorire l'espressione delle possibili divergenze e trovare il miglior compromesso;
- Rendere visibili gli obiettivi della presa in carico per esempio con un piano d'intervento condiviso;
- Ridurre gli eventi avversi (ricoveri non elettivi, accessi al pronto soccorso);
- Condividere il carico emotivo attraverso il supporto interpersonale all'interno del team interprofessionale;
- Migliorare la qualità delle cure.

L'insieme delle aree problematiche e delle risorse contribuiscono al coordinamento interprofessionale.

Figura 8 Identificazione degli assi relativi alla complessità che interagiscono nell'ambito di un coordinamento interprofessionale

8



La riunione di coordinamento interprofessionale comprende diverse fasi:

- ✓ l'elaborazione degli obiettivi;
- ✓ l'organizzazione;
- ✓ la realizzazione;
- ✓ e l'aggiornamento degli obiettivi e del piano d'intervento.

La scelta del luogo per il coordinamento è importante (nella sede del servizio? nell'ufficio del medico? a casa del paziente? a casa del caregiver o altro). Il domicilio è un luogo di vita e può essere un luogo di cura.

È essenziale che gli elementi discussi e le decisioni collettive prese in seguito al coordinamento interprofessionale siano condivisi. Vedi in allegato un esempio di come strutturare una sessione di coordinamento (Allegato 3).

Riunione di coordinamento		
Cognome e nome dell'utente:	N° utente:	Data:
Membri dell'équipe interprofessionale:		
Persone presenti:		
Ordine del giorno della riunione:		
Elementi discussi nella riunione		
Cognome di chi interviene		
Decisioni condivise (obiettivi, compiti, azioni e attribuzioni)		
Adeguamento degli obiettivi d'intervento nel piano di cura infermieristico		
È necessario adeguare gli obiettivi d'intervento?		<input type="radio"/> = Sì <input type="radio"/> = No
Motivo dell'intervento	Obiettivo	
-		
-		
-		
-		
Prossima riunione di coordinamento:		
Data:		
Organizzata da:		

Fonte: institution genevoise de maintien à domicile (imad), 2017.

Attuazione e modalità di utilizzo delle prestazioni

Tutte le situazioni, e in particolare quelle complesse, richiedono interventi mirati e numerose azioni specifiche gestite da diversi professionisti sanitari e sociali.

Di fronte a una molteplicità di problemi multidimensionali, la gestione di una situazione complessa a domicilio può essere analizzata nel modo seguente:

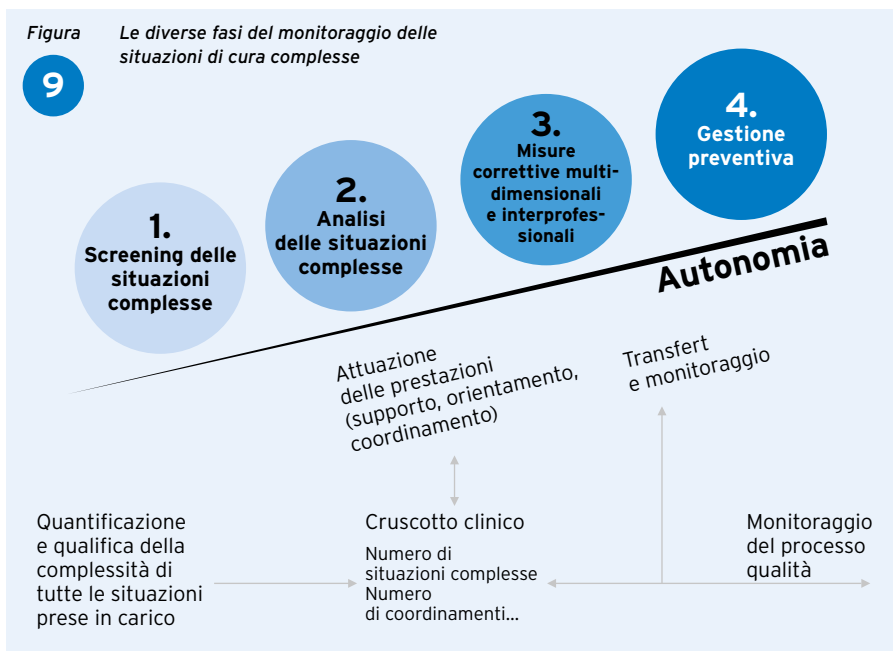
- **Questa prestazione è prevista? Se sì, da chi?**
- **Questa prestazione è accettata dall'utente?**
- **È una priorità? Per l'utente? Per il familiare curante/caregiver? Per il medico? Per i professionisti sanitari e sociali?**
- **Chi la organizza? Per quanto tempo?**
- **Quali sono i risultati?**

Percorso clinico della complessità

Principi generali

Il termine complessità è usato per descrivere la situazione di un paziente per il quale il processo decisionale clinico e di cura non può essere di routine o standard⁽⁹⁾.

Un percorso clinico (PC) è un intervento complesso⁽⁴⁸⁾ volto a realizzare un processo decisionale collettivo e a organizzare un processo di cura per un gruppo definito di pazienti in un periodo di tempo determinato⁽⁴⁹⁾.



Individuare, identificare e analizzare i fattori di complessità sono tappe essenziali. Prendere in considerazione la complessità nelle cure richiede all'équipe di mobilitare numerose risorse interne ed esterne.

Di seguito si propone di elencare le competenze, le risorse di prima e seconda linea secondo ogni voce COMID al fine di trovare azioni mirate e personalizzate.

Risorse disponibili per ogni item del COMID e raccomandazioni per la pratica





SEZIONE 1 DEL COMID

Stato di salute e prestazioni interprofessionali: item e risorse

1a > 2 Malattie croniche, sintomi inspiegabili	1b Dolori cronici	1c Allergie. Intolleranze ai farmaci	1d Assunzione di più farmaci > 5	1e Disturbi cognitivi
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione clinica globale (interRAI-HC) e specifica (scale in relazione all'esame clinico)</i> ✓ <i>IRD: monitoraggio specifico (diabetologia)</i> ✓ <i>Dietista: valutazione nutrizionale</i> ✓ <i>ISC: formazione all'azione, atelier di valutazione clinica</i> ✓ <i>ACSS: controllo e misurazione dei parametri (prestazioni non autorizzate in Ticino)</i> ✓ <i>CCGC: formazione: catalogo, post-grado</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione clinica globale (interRAI-HC) e specifica (scale in relazione con l'esame clinico, monitoraggio della terapia, assunzione della terapia in riserva (EVA, BEES))</i> ✓ <i>ACSS: controllo e misurazione dei parametri (non presenti in Ticino)</i> ✓ <i>ISC: formazione pratica, atelier di valutazione clinica</i> ✓ <i>Ergo: adattamento e riabilitazione, valutazione occupazionale e riabilitativa</i> ✓ <i>CCGC: formazione: catalogo, post-grado</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf ref</i> : ricercare le allergie e le diverse intolleranze Assicurare l'aggiornamento delle informazioni nella cartella clinica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: domande/verifica sull'assunzione e sull'efficacia dei trattamenti</i> Esplorare le conoscenze e le rappresentazioni del paziente. Indagare l'automedicazione. Rinvio al medico, al farmacista e coordinamento se presenza di diversi prescrittori ✓ <i>Dipendenza farmacologica:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Infermiere specialista clinico in salute mentale e psichiatria di riferimento per l'équipe</i> ✓ <i>ISCSMP: Valutazione interRAI-CMH</i> ✓ <i>ISC: Analisi di situazione (ADS)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: Valutazione globale (interRAI-HC) e specifica (scale in relazione all'esame clinico, identificazione di cambiamenti cognitivi improvvisi o cronici, disturbi della memoria, esplorazione: afasia, aprassia, agnosia), identificazione di difficoltà significative (importanti e ripetute).</i> ✓ <i>Valutazione dell'ambiente e dei rischi domestici, adattamento dei servizi di assistenza e cura, valutazione del carico di lavoro e delle possibili difficoltà dei familiari curanti</i> ✓ <i>Ergoterapista: adattamento e riabilitazione, valutazione occupazionale e riabilitativa</i> ✓ <i>SC: ADS, ADP, formazione pratica, atelier di valutazione clinica specifica, sensibilizzazione all'approccio terapeutico e relazionale</i> ✓ <i>CCGC: formazione: catalogo, post-grado</i>
Rinvio al: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico: diagnosi, esame clinico, servizi di geriatria ➔ Associazione dei pazienti 	Rinvio al: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico: terapia, prescrizione ➔ Consultazione di cure palliative (Hospice, Triangolo) 	Rinvio al : <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico: valutazione, informazione ➔ Farmacista: analisi, interazioni medicamentose e fornitura 	Rinvio al: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico: prescrizione ➔ Farmacista: analisi, interazioni medicamentose e fornitura 	Orientamento al: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Psicologo, neuropsicologo: Valutazione specialistica, consultazione sulla memoria ➔ Medico: diagnosi ➔ Altri: centri diurni terapeutici ➔ Associazioni di pazienti e familiari curanti

- ➔ **Questa prestazione/azione è prevista? Se sì, da chi?**
- ➔ **Questa prestazione/azione è accettata dall'utente?**
- ➔ **È prioritaria? Per l'utente? Per il familiare curante? Per il medico? Per i professionisti sanitari e sociali?**
- ➔ **Chi la organizza? Per quanto tempo?**
- ➔ **Quali sono i risultati?**



SEZIONE 2 DEL COMID

Ambiente socio-economico e prestazioni interprofessionali: item e risorse

2a Difficoltà finanziarie	2b Assenza o sfinimento dei caregiver (familiare che assiste il paziente)	2c Comprensione linguistica	2d Isolamento sociale	2e Abitazione inadeguata
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: identificazione delle difficoltà di assistenza e cura, attivazione della valutazione sociale tramite interRAI-HC</i> ✓ <i>AS: valutazione sociale, domanda di assegno di invalidità, altro</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Tutti i professionisti dell'assistenza e delle cure: identificazione</i> ✓ <i>Inf: valutazione specifica delle dinamiche familiari (motivazioni, bisogni, risorse, difficoltà) (GEPA, Zarit) e della rete, orientamento per il sostegno/ indicazioni</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: Identificazione delle conoscenze, capacità di comprensione, espressione verbale e non verbale. Adattamento dei messaggi e valutazione della comprensione da parte di tutte le persone coinvolte, mobilitazione di aiuti alla comprensione</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione specifica (fattori fisici, psicologici e sociali che contribuiscono, impatti e rischi), orientamento verso case anziani, appartamenti a misura di anziano (IEPA)</i> ✓ <i>ISCSMP: valutazione specifica interRAI-CMH, obiettivi e prestazioni riabilitativi</i> ✓ <i>Pasti a tavola</i> ✓ <i>AP: accompagnamento (passeggiate, acquisti, appuntamenti)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: Identificare le barriere architettoniche, gli impatti, i rischi e i pericoli relativi alle ADL e alle IADL. Attivazione dell'ergoterapista</i> ✓ <i>Ergoterapista: adattamento e riabilitazione, valutazione della riabilitazione occupazionale (gerontotecnica)</i> ✓ <i>Servizio di geriatria (temporaneamente)</i> ✓ <i>IEPA</i>
Rinvio al: <ul style="list-style-type: none"> → Curatore generale, curatore → Attori sociali: Pro Senectute, SOS Ticino, Caritas Ticino, Progetto Rebus → Medico → Altro: comuni, associazioni 	Rinvio al: <ul style="list-style-type: none"> → Medico → Rinvio alla rete di sostegno associativo 	Rinvio al: <ul style="list-style-type: none"> → Medico → Associazione «Leggere e scrivere» 	Rinvio al: <ul style="list-style-type: none"> → Associazioni, centri socio-assistenziali Prosenectute, associazioni di quartiere → Clubs sportivi, per il tempo libero → Volontari 	Orientamento verso: <ul style="list-style-type: none"> → agenzia immobiliare

- Questa prestazione/azione è prevista? Se sì, da chi?
- Questa prestazione/azione è accettata dall'utente?
- È prioritaria? Per l'utente? il familiare curante? il medico? i professionisti sanitari e sociali?
- Chi la organizza? Per quanto tempo?
- Con quali risultati?



SEZIONE 3 DEL COMID

Salute mentale e prestazioni interprofessionali: item et risorse

3a Depressione, intenti suicidi	3b Malattie psichiatriche	3c Dipendenze	3d Stato di ansia o di angoscia	3e Funzioni mentali instabili
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione clinica del rischio suicidario (RUD: Risk Urgency, Dangerousness), valutazione dei sintomi depressivi (BECK short form scale), valutazione di monitoraggio con indicatori clinici personalizzati</i> ✓ <i>ISMSP: valutazione interRAI-CMH e obiettivi riabilitativi (piano personale di recupero)</i> ✓ <i>ISC: ADS, APP, formazione-azione, sensibilizzazione sulle crisi suicidali e valutazione clinica (RUD), approccio terapeutico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione: autovalutazione dello stato di consapevolezza dei disturbi e della sintomatologia, in correlazione con la valutazione HC, psicoeducazione, intervista di valutazione standardizzata in salute mentale e psichiatria secondo i 7 indicatori (aspetto, comportamento, motorio, linguaggio, stato emotivo, funzionamento del pensiero, percezione funzioni cognitive). Ottimizzazione del monitoraggio di follow-up</i> ✓ <i>Infermiere risorsa équipe (Diploma of Advanced Studies in salute mentale e psichiatria)</i> ✓ <i>ISCSMP: valutazione interRAI-CMH e obiettivi riabilitativi (piano personale di recupero), coordinamento interprofessionale</i> ✓ <i>ISC: Formazione nella valutazione clinica dello stato mentale. Conoscenza dei concetti di salute mentale, recupero e riabilitazione psicogeriatrica, grandi categorie e o famiglie di patologie (disturbo dell'umore, disturbo psicotico, disturbo di personalità, ecc.). Consapevolezza dei diversi approcci relazionali, concetti psicologici (meccanismi difensivi, strategie di coping, il legame, distanza vs. vicinanza e attaccamento). Conduzione di interviste. Informazioni sulla rete di assistenza ed evoluzione clinica dello stato mentale</i> ✓ <i>CCGC: formazione</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: rinvio al medico specialista</i> ✓ <i>Infermiere risorsa équipe (Diploma of Advanced Studies in salute mentale o altra formazione)</i> ✓ <i>ISMSP: valutazione interRAI-CMH, réhabilitation, rete con CAAP SPS, Fondazione Ingrado</i> ✓ <i>ISC: ADS, APP, formazione - azione: Consapevolezza del concetto di ETP e dell'approccio motivazionale, consapevolezza della valutazione clinica dei segni di astinenza a seconda delle sostanze (rispetto a sotto e sovradosaggio), fattori di ricaduta/protezione. Politica di riduzione dei rischi.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione globale e specifica, valutazione standardizzata basata su sintomi fisiologici, cognitivi e psicosociali.</i> <i>Stabilire atteggiamenti terapeutici nel processo di cura</i> ✓ <i>ISCSMP: valutazione interRAI-CMH e obiettivi riabilitativi e di assistenza</i> ✓ <i>ISC: ADS, APP, formazione all'azione, sui diversi disturbi d'ansia, TOC, ansia da trauma e terapie, valutazione dei sintomi e atteggiamenti terapeutici</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione e adattamento delle prestazioni</i> ✓ <i>Projet AP-Psy: ISCSMP: coordinamento, contatto con lo psichiatra, monitoraggio del piano di recupero personale</i> ✓ <i>ISC: ADS, APP, formazione all'azione/pratica</i>
<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medico per una valutazione della situazione e l'eventuale invio a specialisti → Psichiatra, curante Attivazione dei servizi territoriali ambulatoriali e stazionari dell'Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale, tramite il centro di contatto 0848 062 062, Cliniche psichiatriche private, Pro mente Sana, Vask Ticino (Associazione famigliari di persone con problemi psichici) → Altro: Urgenze 144 Telefono amico 143 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medico per una valutazione della situazione e l'eventuale invio a specialisti → Psichiatra, curante Attivazione dei servizi territoriali ambulatoriali e stazionari dell'Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale, tramite il centro di contatto 0848 062 062, Cliniche psichiatriche private, Pro mente Sana, Vask ticino (Associazione famigliari di persone con problemi psichici) → Altro: Urgenze 144 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medico per una valutazione della situazione e l'eventuale invio a specialisti → Psichiatra, curante INGRADO per dipendenze alcoliche e da sostanza, per i pazienti residenti nel Sottoceneri Antenna Icaro per dipendenze da sostanza per pazienti residenti nel Sopraceneri Attivazione dei servizi territoriali ambulatoriali e stazionari dell'Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale, tramite il centro di contatto 0848 062 062 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medico per una valutazione della situazione e l'eventuale invio a specialisti → Psichiatra, curante Attivazione dei servizi territoriali ambulatoriali e stazionari dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale, tramite il centro di contatto 0848 062 062, Cliniche psichiatriche private, Pro mente Sana, Vask ticino (Associazione famigliari di persone con problemi psichici) → Altro: Urgenze 144 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medico per una valutazione della situazione e l'eventuale invio a specialisti → Psichiatra, curante Attivazione dei servizi territoriali ambulatoriali e stazionari dell'Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale, tramite il centro di contatto 0848 062 062, Cliniche psichiatriche private, Pro mente Sana, Vask ticino (Associazione famigliari di persone con problemi psichici) → Altro: Urgenze 144

- Questa prestazione /azione è prevista? Se sì, da chi?
- Questa prestazione/azione è accettata dall'utente?
- È prioritaria? Per l'utente? il familiare curante? il medico? i professionisti sanitari e sociali?
- Chi la organizza? Per quanto tempo?
- Con quali risultati?
- Altro



SEZIONE 4 DEL COMID

Lavoro di rete e interprofessionale: item e risorse

4a Frequenti sollecitazioni della rete	4b Comunicazione ambivalente/ conflittuale	4c Preoccupazione per i propri sintomi	4d Aggressività (verbale e/o fisica) o mutismo	4e Resistenza o opposizione alle cure
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione complessiva, organizzazione del coordinamento interprofessionale, comunicazione con il medico</i> ✓ <i>ISC: ADS, APP, preparazione del coordinamento e precisazione degli obiettivi con la rete - valutazione con la rete delle azioni da intraprendere</i> ✓ <i>CE/RPP/DCMD: contratto di cura</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione globale e specifica, esplicitazione delle difficoltà, comunicazione con il paziente, i caregivers</i> <i>Determinazione delle modalità di comunicazione</i> ✓ <i>RE/RPP/DCMD: contratto di cura</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: Identificazione dei fattori che la provocano e degli effetti.</i> <i>Spiegazione, rassicurazione, riformulazione, esplorazione, focalizzata sulla persona o sulla soluzione</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: valutazione, identificazione dei fattori psicosocio-ambientali, farmacologici e patologici. Valutazione e adattamento delle prestazioni</i> ✓ <i>ISCSMP: supporto dell'équipe, accompagnamento dell'équipe per creare un legame di fiducia con l'utente</i> ✓ <i>ISC: ADS, APP, formazione pratica sui fattori scatenanti dell'aggressività/atteggiamenti terapeutici/concetti psicologici in un workshop, approcci relazionali e ambientali, analisi funzionale del comportamento nella cura, mobilitazione di scale specifiche (per esempio scala Cohen-Mansfield, inventario Neuropsicologico (NPI), (orientamento psicogeriatrico))</i> ✓ <i>RE/RPP/DCMD: contratto di cura</i> ✓ <i>Consultazione del Comitato Etico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf: Valutazione e identificazione dei fattori psico-socio-ambientali e farmacologici. Adattamento delle prestazioni, coordinamento e obiettivi chiariti con la rete - valutazione delle corresponsabilità con la rete e comportamento, atteggiamento da tenere verso la resistenza. Approccio clinico</i> ✓ <i>Projet AP-Psy-ISMP: supporto dell'équipe, accompagnamento dell'équipe per creare un legame di fiducia</i> ✓ <i>ISD/ISC: approccio educativo</i> ✓ <i>ISC: ADS, APP, formazione pratica, coordinamento e obiettivi chiariti con la rete, valutazione, definizione di protocolli e di raccomandazioni di cura</i> <i>Accompagnamento in un processo di valutazione dei rischi/benefici, di definizione delle corresponsabilità con la rete e comportamento da tenere di fronte alla resistenza. Approccio clinico</i> ✓ <i>Consultazione del comitato etico</i>
<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico → Psichiatra → Psicologo → Altri 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico → Psicologo → Psichiatra → Altri: associazioni arte terapia, meditazione, mindfulness, terapie complementari 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico → Psichiatra, CAPPI, CAPP, SPS, Clinica psichiatrica → Psicologo → Altri: Pro Senectute, servizio promozione qualità di vita, prevenzione maltrattamenti e abusi 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico → Psichiatra → Psicologo → Altri

- Questa prestazione/azione è prevista? Se sì, da chi?
- Questa prestazione/azione è accettata dall'utente?
- È prioritaria? Per l'utente? il caregiver?
il medico? i professionisti sanitari e sociali?
- Chi la organizza? Per quanto tempo?
- Con quali risultati?



SEZIONE 5 DEL COMID

Instabilità e prestazioni interprofessionali: item e risorse

5a Recente peggioramento dello stato di salute	5b Cambiamento globale del grado di autonomia (ADL/IADL)	5c Periodo di transizione	5d Cambiamento acuto delle capacità cognitive	5e Imprevedibilità dello stato di salute
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf</i>: valutazione globale (interRAI-HC) e specifica (scale relative all'esame clinico, COMID, COMID-P), informazione al medico curante, coerenza delle cure da definire ✓ <i>CE/Vice CE</i>: punto della situazione, colloquio d'équipe, coordinamento interprofessionale In Ticino organizzazioni diverse nei servizi ✓ <i>Ergo</i>: adattamento e riabilitazione, valutazione occupazionale e riabilitativa ✓ <i>Diét</i>: valutazione nutrizionale ✓ <i>Altre prestazioni</i>: servizio pasti, spesa, economia domestica, teleallarme ✓ Residenze medicalizzate per anziani/appartamenti a misura d'anziano 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf</i>: Valutazione globale e specifica, adattamento dei servizi di assistenza e cura (scale relative all'esame clinico, COMID, COMID-P) ✓ <i>IC/Vice CE</i>: punto della situazione, colloquio d'équipe ✓ <i>Ergo</i>: adattamento e riabilitazione, valutazione occupazionale e riabilitativa ✓ <i>Diét</i>: valutazione nutrizionale ✓ <i>Altre prestazioni</i>: servizio pasti, spesa, economia domestica, teleallarme 	<p>Se l'utente è noto per essere complesso e il ricovero è in corso</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf ref</i>: colloquio di dimissione/uscita ✓ <i>Inf di legame</i>: colloquio di dimissione foglio di trasferimento ✓ <i>CE/Vice CE</i>: punto della situazione, colloquio d'équipe, coordinamento interprofessionale ✓ <i>ISC</i>: sensibilizzazione al concetto di transizione ✓ <i>Ergo</i>: adattamento e riabilitazione, valutazione occupazionale e riabilitativa ✓ <i>Altre prestazioni</i>: servizio pasti, spesa, economia domestica, teleallarme ✓ RAMI ✓ Residenze medicalizzate per anziani/appartamenti a misura d'anziano 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf</i>: valutazione clinica globale (interRAI-HC) e specifica (scale relative all'esame clinico, rinvio al medico curante) ✓ <i>ISC</i>: sensibilizzazione alla valutazione clinica di base della cognizione e dei diversi approcci terapeutici ✓ Soggiorni temporanei 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf</i>: valutazione clinica globale (interRAI-HC) e specifica (scale relative all'esame clinico)
<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico: piano di cura condiviso → Servizi geriatria → Fisioterpaista → UATm soggiorni temporanei → Casa per anziani, appartamenti a misura di anziano 	<p>Rinvio al :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico → Fisioterapista → Casa per anziani, appartamenti a misura di anziano → ST soggiorno temporaneo 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico → UATm soggiorno temporaneo → Fisioterapista 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Memory clinic Consultation mémoire HUG, SPS, Clinica psichiatrica CAPPA, CAPPI → Servizi di geriatria e psicogeriatría 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Medico: piano di cura condiviso

- **Consultazione di cure palliative a domicilio (Hospice,Triangolo)**
- **Questa prestazione/azione è prevista? Se sì, da chi?**
- **Questa prestazione/azione è accettata dall' utente?**
- **È prioritaria? Per l'utente? il familiare curante? il medico? i professionisti sanitari e sociali?**
- **Chi la organizza? Per quanto tempo?**
- **Con quali risultati?**



SEZIONE 6 DEL COMID

Attori sistema sanitario e prestazioni interprofessionale: item e risorse

6a Moltitudini di operatori	6b Assenza o basso tasso di collaborazione	6c Incoerenza terapeutica	6d Problemi assicurativi	6e Stanchezza emotiva
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf ref: identificazione della rete (professionale e non professionale), modalità di comunicazione stabilite, comunicazione tra infermiere, infermiere/medico, altri professionisti</i> ✓ <i>Inf ref/SViceRE/CM/IC: coordinamento interprofessionale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf ref: modalità di comunicazione da instaurare con l'utente</i> ✓ <i>Inf ref/ViceCE/CM: coordinazione interprofessionale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf ref: modalità di comunicazione instaurata, comunicazione infermiere, infermiere/medico, altro professionista e utente</i> ✓ <i>Inf ref/Vice CE/CM/IC: coordinamento interprofessionale e obiettivi prioritari (PSP)</i> ✓ <i>ISC: supporto alla preparazione del coordinamento interprofessionale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inf ref: qualità del dossier, valutazione globale (interRAI-HC, informazioni reti)</i> ✓ <i>Vice CE, ISC: analisi dossier</i> ✓ <i>Infermiera assicurazioni IMAD: aiuto all'analisi e contatto con le assicurazioni</i> ✓ <i>Assistenti sociali/operatori sociali</i> ✓ <i>RE, Radmin: analisi della situazione</i> ✓ <i>ISC: analisi del dossier</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>ISC: APP, rafforzare il supporto del team/équipe/debriefing, intervizione</i> ✓ <i>CE: richiesta di supervisione</i>
<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico : piano di cura condiviso ➔ Familiare curante ➔ Professionisti sanitari e sociali 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico ➔ Familiare curante 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico ➔ Familiare curante ➔ Professionisti sanitari e sociali 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico ➔ Familiare curante ➔ Professionisti sanitari e sociali 	<p>Rinvio al:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Medico ➔ Familiare curante ➔ Professionisti sanitari e sociali

➔ Questa prestazione/azione è prevista? Se sì, da chi?

➔ Questa prestazione/azione è accettata dall'/utente?

➔ È prioritaria? Per l'utente? il familiare curante? il medico? i professionisti sanitari e sociali?

➔ Chi la organizza? Per quanto tempo?

➔ Con quali risultati?

Conclusione

La complessità è un sistema adattivo dinamico, non lineare e non binario. È un processo in cui le cause differiscono a seconda dell'ordine in cui sono considerate. Una causa può avere uno o più effetti e diverse cause contribuiscono alla moltiplicazione degli effetti, che a loro volta diventano causa di altri effetti... La complessità è multidimensionale e anche multi-referenziale⁽⁵⁰⁾, perché ogni area specifica contribuisce alle interazioni con tutte le altre aree.

In questo mondo dell'infinitamente piccolo e grande allo stesso tempo, una migliore comprensione dei diversi assi e livelli di complessità ci permette di dare significato a ciò che si cerca sia individualmente che collettivamente. Nella cura, la visione perseguita da pazienti/utenti, familiari curanti/caregiver e professionisti può essere molto diversa, e a volte anche diametralmente opposta. Tuttavia, è essenziale per gli operatori sanitari identificare le convergenze e le divergenze di ciascuno, misurare i rischi della vita quotidiana, facilitare gli scambi tra i vari attori, definire obiettivi mirati e personalizzati per attuare azioni curative, educative, preventive e/o palliative.

La complessità ha bisogno di essere approcciata in modo interdisciplinare per una migliore comprensione della persona nel suo ambiente e per una qualità di cura ottimizzata.

«La complessità non deve essere un freno all'azione; ridà il libero arbitrio ai professionisti attraverso un agire «complesso, flessibile e agile.»⁽¹³⁾

Allegati

Allegato 1: COMID

Allegato 2: COMID-Patient

Allegato 3: COMID-Inglese

Allegato 4: COMID-Tedesco

Allegato 5: COMID-Italiano

Allegato 6: Scheda di sintesi,
aiuto all'analisi e alla preparazione
di una riunione di coordinamento



Instrument de complexité multidimensionnelle (COMID)

Références: Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 4, 116-123.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>

Consignes de remplissage: La situation du client, selon votre évaluation, présente-t-elle les caractéristiques suivantes? Chaque indicateur doit être renseigné par «oui» ou «non». Pour les 6 facteurs, calculer le sous-score (nombre de «oui»), puis calculer le score total (somme des sous-scores).

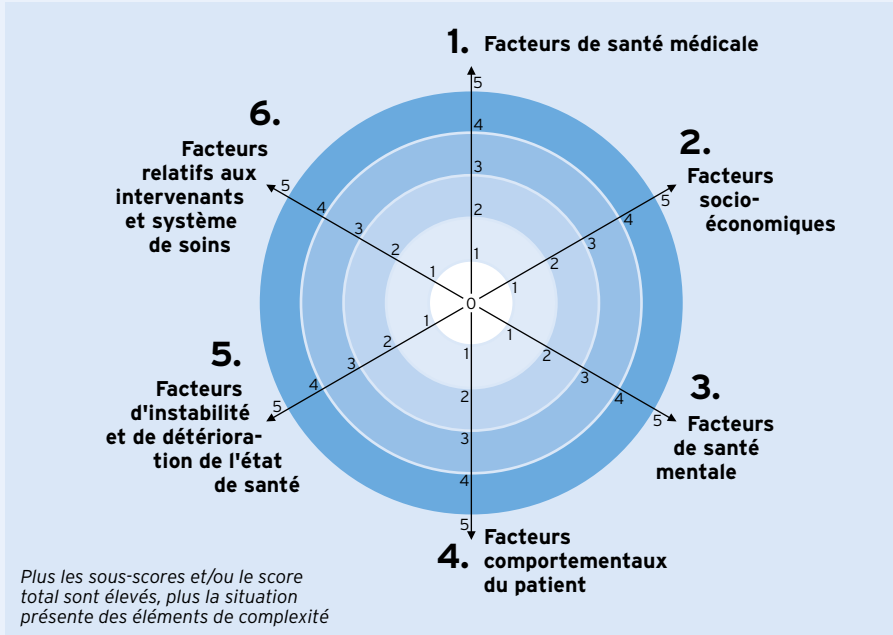
Nom et prénom du client:	N° client:	Date:		
1. Facteurs de santé médicale			Non = 0	Oui = 1
a. Plusieurs maladies chroniques (>2) et/ou symptôme(s) inexpliqué(s)				
b. Douleurs chroniques				
c. Allergie et/ou intolérance médicamenteuse				
d. Polymédication (>5)				
e. Troubles cognitifs				
Sous-score				/5
2. Facteurs socio-économiques aggravant l'état de santé			Non = 0	Oui = 1
a. Difficultés financières et/ou incapacité à supporter financièrement des prestations d'aide et de soins et/ou de traitements et/ou de moyens auxiliaires et/ou de transports et/ou d'alimentation				
b. Absence ou épuisement du proche aidant et/ou tensions familiales				
c. Faible niveau de littératie* (lié à des problèmes d'alphabétisation et/ou barrière linguistique et/ou culturelle)				

d. Isolement social		
e. Logement inadapté et/ou barrière environnementale		
Sous-score		/5
3. Facteurs de santé mentale aggravant l'état de santé	Non = 0	Oui = 1
a. Dépression et/ou idées suicidaires		
b. Maladie psychiatrique et/ou troubles psychiques (délires, hallucinations, etc.)		
c. Addiction		
d. Anxiété ou angoisse rendant le tableau clinique confus		
e. Fonctions mentales variant au cours de la journée		
Sous-score		/5
4. Facteurs comportementaux du client	Non = 0	Oui = 1
a. Sollicitations récurrentes du réseau primaire et/ou secondaire		
b. Communication ambivalente et/ou conflictuelle avec l'un des membres du réseau primaire et/ou secondaire		
c. Inquiétude face à ses symptômes et/ou son état de santé et/ou aux informations médicales reçues		
d. Agressivité (verbale et/ou physique) ou mutisme		
e. Résistance ou opposition aux soins, qu'elles soient actives ou passives		
Sous-score		/5
5. Facteurs d'instabilité	Non = 0	Oui = 1
a. Dégradation récente de l'état de santé ressentie par le client		
b. Changement global du degré d'indépendance (AVQ/AIVQ) lors du dernier mois		
c. Période de transition (p.ex.: annonce diagnostic, retour hospitalisation, décès proche aidant, divorce, travail, etc.)		
d. Changement aigu des capacités cognitives		
e. Non-prévisibilité de l'état de santé (p.ex.: apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique, plaies, douleurs, etc.)		
Sous-score		/5
6. Facteurs relatifs aux intervenants et système de soins	Non = 0	Oui = 1
a. Multitude d'intervenants dans le réseau secondaire (médecin traitant, spécialiste, soignant, curateur, etc.)		
b. Absence ou faible degré de partenariat entre les différents intervenants du réseau primaire et/ou secondaire		
c. Incohérence thérapeutique et/ou perte de sens dans la prise en charge du point de vue du professionnel		
d. Problème d'assurance (p.ex.: limitation du remboursement de prise en charge)		
e. Lourdeur émotionnelle et/ou physique de la prise en charge ressentie par les membres du réseau secondaire (médecins, soignants)		
Sous-score		/5
Score total		/30

*«Aptitude à comprendre et à utiliser l'information [...] en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités.» (Organisation de coopération et de développement économiques statistiques, 2000)

1. Identification des éléments multidimensionnels de la complexité

- Reportez, dans le diagramme en radar ci-dessous, le sous-score obtenu (de 0 à 5) pour chaque domaine :



- Selon le schéma ci-dessus, estimez-vous la situation comme :

Pas du tout complexe	Un peu complexe	Moyennement complexe	Très complexe	Extrêmement complexe
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Evaluation de la complexité selon le jugement clinique

In fine, selon les éléments retranscrits dans le radar et complétés par votre jugement clinique, validez-vous la situation comme :

Simple	Complexe
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Argumentez si écart entre le niveau de complexité entre les points 1 et 2

3. Evaluation de la stabilité selon le jugement clinique

Dès que le score est ≥ 1 dans la 5^e dimension de l'instrument de complexité («Facteurs d'instabilité»), la situation peut être identifiée comme instable. In fine, selon les éléments retranscrits dans le radar et complétés par votre jugement clinique, validez-vous la situation comme:

Stable	Instable
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Argumentez si écart entre ce qui est proposé pour identifier la stabilité d'une situation et votre évaluation



Instrument de complexité multi-dimensionnelle pour les patients (COMID-P)

Référence: Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 4, 116-123.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>

Version finale du 03.06.2020

Version COMID-P adaptée par Catherine Busnel, Sophie Bontemps, Tobias Burckhardt, Michaël Cennamo, Catherine Ludwig.

Informations pour les professionnels proposant le COMID-P

L'instrument proposé se base sur l'instrument de complexité d'évaluation multi-dimensionnelle (COMID) développé pour évaluer les patients/clients recevant des soins infirmiers à domicile⁽³⁴⁾. Dans son format original, le COMID permet aux professionnels de la santé d'évaluer la complexité des situations telle que perçue par les professionnels mêmes (hétéro-évaluation). Il est rempli par les professionnels (auto-administration).



Attention: pour rappel, le professionnel doit remplir le COMID au préalable (avant de récolter les données auprès des patients). Le professionnel ne doit en aucun cas influencer les réponses recueillies mais prendre uniquement en compte les réponses des patients.

Le COMID-P a pour objectif de permettre aux patients/clients/participants d'évaluer eux-mêmes la complexité de leur situation (autoévaluation), guidés par les consignes données par un professionnel (hétéro-administration).

La vision et la perception des patients concernant leur état de santé et leur prise en soins sont essentielles, contribuent à mieux les connaître et à proposer si besoin des prestations interprofessionnelles complémentaires.

Comme le COMID, le COMID-P est composé des six domaines (santé médicale, socio-économique, santé mentale, comportement, instabilité et système de soins) pour un total de 30 items.

Consignes de remplissage à l'intention du professionnel (hétéro-administré).

Selon la propre évaluation du patient, renseigner chacune des questions par NON ou par OUI.

Si la question ne correspond pas à la situation du patient (p. ex. : pas de proches aidants), cocher « ne convient pas, ne s'applique pas/NA ».

En cas de demande du patient, certains compléments (définitions ou exemples) sont proposés en italique.

Chaque question est cotée zéro (0) pour « non », cotée zéro (0) pour « NA » et cotée par un (1) pour « oui ».

Assurez-vous de la complétude du questionnaire et si besoin apportez votre aide au remplissage de l'instrument.

Pour chacune des questions renseignées, additionnez le nombre de « oui » par domaine (score maximal de 5) pour obtenir les sous-scores (nombre de « oui »), puis calculez le score total (somme des sous-scores) (score maximal de 30).



Questionnaire sur vos soins et votre prise en soins



Information pour les patients: Nous vous proposons de répondre à quelques questions afin de mieux connaître votre vision sur votre état de santé et votre prise en soins. Ces informations sont essentielles et contribuent à mieux vous connaître et à adapter si besoin les prestations d'aide et/ou de soins à votre situation.



Consignes de remplissage à votre intention: Pour chaque question, vous aurez le choix de réponse « oui » ou « non », selon ce qui convient le mieux à votre situation. Si la question ne correspond pas à votre situation, vous choisirez la réponse « ne convient pas »⁴.

1. VOTRE SANTÉ MÉDICALE

1.a Aujourd'hui, avez-vous plus que deux (au moins 3) maladies chroniques ou un/des symptôme(s) inexpliqué(s) ?

« Maladies chroniques » : affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement.
« Symptômes inexpliqués » : diagnostic en attente ou explication médicale pas encore trouvée

Non Oui NA/ne convient pas

1.b Avez-vous des douleurs chroniques ?

Douleurs persistantes depuis plus de trois mois.

Non Oui NA/ne convient pas

1.c Avez-vous une intolérance à un médicament et/ou une allergie ?

Nécessitant une surveillance et/ou un traitement antihistaminique

Non Oui NA/ne convient pas

1.d Prenez-vous plus de cinq médicaments différents par semaine ?

Médecine conventionnelle, excluant les compléments alimentaires

Non Oui NA/ne convient pas

1.e Avez-vous des troubles cognitifs ?

Difficultés importantes de mémoire, d'attention/concentration, ralentissement de la pensée, difficultés à s'organiser, difficultés à résoudre des problèmes, à vous orienter dans le temps et l'espace, perte de repères, etc.

Non Oui NA/ne convient pas

4 : Au codage, les réponses « non » et « ne convient pas » seront traitées de manière identique, et codées 0. Les réponses « oui » seront codées 1.

2. VOS CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES AGGRAVANT VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

2.a Avez-vous des difficultés financières régulières ?

Exemples: difficultés à payer les prestations d'aide ou de soins, traitements, moyens auxiliaires, transports ou produits de base (hygiène, vêtements et/ou alimentation), loyer, assurance-maladie, revenus financiers insuffisants (subsidés), etc.

Non Oui NA/ne convient pas

2.b Avez-vous quelqu'un de votre entourage qui vous apporte une aide régulière et qui serait fatigué, stressé, ou en colère à propos de l'aide qu'il vous apporte ?

Non Oui NA/ne convient pas

2.c Chez le médecin et/ou pour des démarches administratives, avez-vous des difficultés à comprendre les informations qui vous sont destinées ?

Exemples: incompréhensions liées à la langue, au vocabulaire employé, aux capacités de lecture, etc.

Non Oui NA/ne convient pas

2.d Selon vous, êtes-vous isolé socialement ?

Non Oui NA/ne convient pas

2.e Votre logement est-il inadapté ou y a-t-il des obstacles à la mobilité dans votre environnement ?

Exemples « logement inadapté »: encombrement du logement, sols glissants, seuils, cuisine ou salle de bains inadaptées aux besoins, etc.

Exemples « obstacles à la mobilité »: accès au logement difficile, absence d'ascenseur ou de rampe d'accès si besoin, absence de possibilité de transport, sentiment d'insécurité, etc.

Non Oui NA/ne convient pas

3. VOTRE SANTÉ MENTALE

3.a Êtes-vous déprimé ou avez-vous des idées suicidaires ?

Non Oui NA/ne convient pas

3.b Avez-vous des troubles psychiques ou une maladie psychiatrique ?

Troubles psychiques: troubles bipolaires, troubles borderline, schizophrénie, délires, hallucinations, à l'exception de la dépression.

Non Oui NA/ne convient pas

3.c Avez-vous une ou des addictions ou dépendances ?

Exemples : alcool, tabac, substances illicites, jeux, sexe, etc.

- Non Oui NA/ne convient pas

3.d Vous sentez-vous anxieux ou angoissé ?

Exemples : sentiment de malaise, d'appréhension et d'inquiétude, perception d'un danger réel ou subjectif, etc.

- Non Oui NA/ne convient pas

3.e Est-ce que votre état mental varie au cours de la journée ?

Exemple : changements rapides d'humeur, problèmes de concentration, d'agitation.

- Non Oui NA/ne convient pas

4. VOTRE COMPORTEMENT ENVERS VOTRE PRISE EN SOINS/PRISE EN CHARGE

4.a Sollicitez-vous de manière récurrente vos proches, votre entourage (famille, amis, voisins) et/ou votre réseau de soins (professionnels de la santé (médecin, infirmier), autres) pour de l'aide et/ou des soins ?

- Non Oui NA/ne convient pas

4.b La communication avec votre réseau de soins (entourage, proches, professionnels de la santé (médecin, infirmier)) est-elle conflictuelle au sujet de votre prise en soins ?

- Non Oui NA/ne convient pas

4.c Vous sentez-vous inquiet au sujet de votre santé ?

Exemples : inquiétudes quant à l'évolution de votre état de santé et/ou au sujet d'informations médicales reçues, etc.

- Non Oui NA/ne convient pas

4.d Etes-vous agressif envers vos proches, votre entourage ou les soignants ?

Exemples : agressivité verbale ou physique, mutisme, etc.

- Non Oui NA/ne convient pas

4.e Refusez-vous ou vous opposez-vous aux soins ?

Exemples : annulation des prestations, absences, mises en échec des propositions d'aide ou de soins, etc.

- Non Oui NA/ne convient pas

5. INSTABILITÉ DE VOTRE SITUATION

5.a Votre état de santé s'est-il dégradé ce dernier mois ?

Non Oui NA/ne convient pas

5.b Votre capacité à être indépendant a-t-elle diminué au cours du dernier mois ?

Exemples: capacité à vous déplacer, à réaliser votre toilette, à vous habiller, à vous alimenter seul, etc.

Non Oui NA/ne convient pas

5.c Vivez-vous une période de transition, de stress ?

Exemples: annonce diagnostic, retour d'hospitalisation, déménagement, maladie d'un proche, décès dans votre entourage, divorce, etc.

Non Oui NA/ne convient pas

5.d Avez-vous ressenti des changements concernant vos capacités cognitives ce dernier mois ?

Exemples: troubles de la mémoire, de la pensée, distractibilité, langage perturbé, perception modifiée de l'environnement, agitation, irritabilité, impatience, déambulation, manque d'attention, léthargie, etc.

Non Oui NA/ne convient pas

5.e Estimez-vous que l'évolution de votre santé est imprévisible ou instable ?

Exemples: apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique, plaies, douleurs, changements fréquents du traitement et/ou des posologies, instabilité physique et/ou psychique, une ou plusieurs hospitalisations en urgence et/ou séjour en unité d'accueil temporaire dans les trois derniers mois, intervention d'un médecin en urgence au domicile dans les trois derniers mois.

Non Oui NA/ne convient pas

6. VOTRE RÉSEAU DE SOINS

6.a Y a-t-il plus de trois professionnels qui interviennent régulièrement dans votre prise en soins ?

Exemples: médecin traitant, spécialiste, infirmier, aide-soignant, physiothérapeute, ergothérapeute, assistant social, curateur, etc.

Non Oui NA/ne convient pas

6.b Estimez-vous que la communication avec les différents professionnels concernant votre prise en soins est optimale, suffisante, adéquate ?

Exemples: un manque de communication, peu ou pas de lien entre les professionnels et vous.

Non Oui NA/ne convient pas

6.c Considérez-vous que votre prise en soins manque de cohérence ?

Exemples: désaccord, incompréhension, incohérence thérapeutique, désaccord entre les différents intervenants du réseau de soins, etc.

Non Oui NA/ne convient pas

6.d Avez-vous des problèmes avec votre assurance ?

Exemples: problèmes limitant la prise en charge de vos soins, aides et traitements ?

Non Oui NA/ne convient pas

6.e Estimez-vous que votre prise en soins est ressentie comme lourde émotionnellement ou physiquement (lourdeur émotionnelle, sentiment d'impuissance, tristesse, peine, colère, anxiété, etc.) par vous et/ou par votre réseau de soins (entourage, proche aidant, professionnels de la santé (médecin, infirmier) ?

Non Oui NA/ne convient pas

Pour conclure, estimez-vous votre situation comme simple ou complexe ?

Simple Complexe

Pour chacune des questions renseignées, additionner le nombre de « oui » par domaine (score maximal de 5) pour obtenir les sous-scores (nombre de « oui »), puis calculer le score total (somme des sous-scores) (score maximal de 30).

1. Votre santé médicale	
2. Vos conditions socio-économiques aggravant votre état de santé	
3. Votre santé mentale	
4. Votre comportement envers votre prise en soins/prise en charge	
5. Instabilité de votre situation	
6. Votre réseau de soins	
TOTAL	



Multidimensional Complexity Assessment Instrument for Home Nursing Practice (COMID-English)

References: Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone internationale de recherche infirmière*, 4, 116-123.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>

The use of COMID-English is free of charge for educational purpose as well as research and/or quality assurance projects. For commercial use requiring a license agreement, please contact: comid@imad-ge.ch

Version finale du 06.12.2019

Version COMID-English was adapted from the original French version of the COMID (Busnel, Marjollet, & Perrier-Gros-Claude, 2018) by a group of experts composed of Catherine Busnel, Jonathan Etzingre, Christina Guenincault, Yasmine Hunt, Alexandre Moraga, Fanny Vallet, and, Catherine Ludwig.

Filling instruction: Think of your assessment of the patient's situation. Does this situation have the following characteristics? (Answer "yes" or "no" for each indicator/item.)

Coding instruction: For each of the 6 factors, calculate the sub-score (the sum of the "yes" answers for each type of factors, with a range of 0 to 5), and then calculate the total score (the sum of the sub-scores, with a range of 0 to 30).

Factors and indications		No	Yes
1. Medical health factors			
1.a	Several chronic diseases (more than 2) and/or unexplained symptoms		
1.b	Chronic pain		
1.c	Any allergies and/or drug intolerances		
1.d	Polymedication		
1.e	Cognitive deficits		
Sub-score (sum of "yes" answers)			
2. Social and economic factors that worsen health status			
2.a	Financial difficulties and/or inability to afford the services of assistance, care, treatments, auxiliary devices, a means of transportation, and/or a food supply		
2.b	No informal care, an exhausted informal caregiver, and/or family tensions		
2.c	Low level of literacy (related to alphabetization issues, language, and/or cultural barriers)		
2.d	Social isolation		
2.e	Inadequate housing and/or environmental barriers		
Sub-score (sum of "yes" answers)			
3. Mental health factors that worsen health status			
3.a	Depression and/or suicidal ideation		
3.b	Psychiatric diseases and/or mental disorders (delusions, hallucinations, etc.)		
3.c	Addiction		
3.d	Anxiety or anguish that renders the clinical picture unclear		
3.e	Variations in mental function during the day		
Sub-score (sum of "yes" answers)			
4. Patient's behavioral factors			
4.a	Recurring solicitations of the primary and/or secondary network		
4.b	Ambivalent and/or conflictual communication with a member of the primary and/or secondary network		
4.c	Worries about symptoms, health conditions, and/or medical information		
4.d	Aggressiveness (verbal and/or physical) or mutism		
4.e	Resistance or opposition to care, whether active or passive		
Sub-score (sum of "yes" answers)			

5. Factors of instability		
5.a	Recent degradation of health status perceived by the patient	
5.b	Overall change in the degree of independence (ADL/IADL) in the last month	
5.c	Transition period (ex. announcement of diagnosis, hospital discharge, death of caregiver, divorce, work, etc.)	
5.d	Acute change in cognitive abilities	
5.e	Unpredictability of health status (unusual symptoms, decompensation of a chronic disease, wounds, pain, etc.)	
Sub-score (sum of "yes" answers)		
6. Factors related to care providers and care system		
6.a	Multiple care providers in the secondary network (primary care doctors, medical specialists, formal caregivers, curators, etc.)	
6.b	Absence or low degree of partnership between the different actors of the primary and/or secondary networks	
6.c	Therapeutic incoherence and/or loss of care plan meaning from the professional's point of view	
6.d	Health insurance problems (restrictions or limitations)	
6.e	Emotional and/or physical burden of care perceived by the members of the secondary network (doctor, formal caregivers, etc.)	
Sub-score (sum of "yes" answers)		
Total Score (sum of all sub-scores)		



Multidimensionales Komplexitätsbewertungsinstrument für die häusliche Pflegepraxis (COMID-Deutsch)

Referenzen: Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone internationale de recherche infirmière*, 4, 116-123.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>

Für Bildungszwecke sowie für Forschungs- und/oder Qualitätssicherungsprojekte, ist die Anwendung des COMID-Deutsch kostenlos. Für kommerzielle Zwecke, die eine Lizenzvereinbarung erfordern, wenden Sie sich bitte an: comid@imad-ge.ch

Version finale du 03.06.2020

Die deutsche Fassung wurde von Sachverständigen, Christina Guéinichault, Jana Smutny, Maithee Peeroo-Guhl, M.-T. Albrecht, Pia Coppex-Gasche, vom französischen Original des COMID (Busnel, Marjollet, & Perrier-Gros-Claude, 2018) angepasst.

Anleitung zum Ausfüllen des Formulars: Gemäss Ihrer Einschätzung, weist die Situation des Klienten die folgenden Merkmale auf? Jeder Indikator sollte mit einem „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Berechnen Sie für die 6 Faktoren die Zwischensumme (Anzahl der „Ja“-Antworten) und dann die Gesamtsumme (Summe der Zwischensummen).

Faktoren		Nein	Ja
1. Medizinische Gesundheitsfaktoren			
1.a	Mehrere chronische Krankheiten (>2) und/oder ungeklärte(s) Symptom(e)		
1.b	Chronische Schmerzen		
1.c	Allergie und/oder Medikamenten-Unverträglichkeit		
1.d	Polymedikation (>5)		
1.e	Kognitive Beeinträchtigungen		
Zwischensumme			
2. Sozial-ökonomische Faktoren mit negativem Einfluss auf den Gesundheitszustand			
2.a	Finanzielle Schwierigkeiten und/oder Unmöglichkeit der Finanzierung mindestens einer der folgenden Leistungen: Pflege und/oder Hilfeleistungen, Behandlungen, Hilfsmittel, Transport, Verpflegung		
2.b	Keine oder erschöpfte betreuende/pflegende Angehörige oder informelle Helfer und/oder familiäre Spannungen		
2.c	Verständigungsschwierigkeiten (aufgrund von Alphabetisierungsproblemen und/oder sprachlichen oder kulturellen Barrieren)		
2.d	Soziale Isolierung		
2.e	Ungeeignete Unterkunft und/oder Hindernisse in der Umgebung		
Zwischensumme			
3. Psychische Faktoren mit negativem Einfluss auf den Gesundheitszustand			
3.a	Depression und/oder suizidale Gedanken		
3.b	Psychiatrische Erkrankung und/oder psychische Störungen (Halluzinationen, Delirium, etc.)		
3.c	Sucht		
3.d	Angst- oder Unruhezustände, die zu einem konfusen klinischen Krankheitsbild führen		
3.e	Tagesschwankungen der mentalen Funktionen		
Zwischensumme			
4. Verhaltensfaktoren des Klienten			
4.a	Wiederkehrende Beanspruchung des Primär- oder Sekundärnetzes		
4.b	Ambivalente und/oder konfliktuelle Kommunikation mit einem Vertreter des primären oder sekundären Netzwerkes		
4.c	Besorgnis in Bezug auf die Symptome und/oder den Gesundheitszustand und/oder die erhaltenen medizinischen Informationen		
4.d	Verbale oder physische Aggressivität oder Mutismus		
4.e	Aktiver oder passiver Widerstand gegen die Pflege		
Zwischensumme			

5. Instabilitätsfaktoren		
5.a	Vom Klienten empfundene kürzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes	
5.b	Globale Veränderung der Selbstständigkeit (BADL/ADL) innerhalb des letzten Monats	
5.c	Übergangsphase (z.B. Mitteilung der Diagnose, Rückkehr Spitalaufenthalt, Tod eines pflegenden Angehörigen, Scheidung, Arbeit, etc.)	
5.d	Akute Veränderung der kognitiven Fähigkeiten	
5.e	Fehlende Vorhersehbarkeit des Gesundheitszustandes (z.B. Auftreten ungewöhnlicher Symptome, Dekompensation einer chronischen Erkrankung, Wunden, Schmerzen, etc.)	
Zwischensumme		
6. Faktoren im Zusammenhang mit dem Pflegesystem oder dem Pflegepersonal		
6.a	Vielzahl an Beteiligten des Sekundärnetzes (behandelnder Arzt, Spezialist, Pflegepersonal, Vormund, etc.)	
6.b	Keine oder schwache Zusammenarbeit unter den verschiedenen Beteiligten des Primär- und/oder Sekundärnetzes	
6.c	Therapeutische Inkohärenz oder Sinnlosigkeit der Behandlung aus professioneller Sicht	
6.d	Versicherungsproblem (z. B.: Begrenzung der Rückerstattung der Behandlung)	
6.e	Durch das Sekundärnetz (Ärzte, Pflegepersonal) empfundene emotionale oder physische Belastung in der Behandlung des Klienten	
Zwischensumme		
Gesamtsumme		



Strumento multidimensionale di valutazione della complessità per le cure a domicilio (COMID-Italiano)

Referenze: Busnel, C., Marjollet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>

L'uso del COMID-italiano è gratuito per scopi educativi e per progetti di ricerca e/o progetti di garanzia di qualità. Per l'uso commerciale, per il quale è richiesto un accordo di licenza, si prega di contattare: comid@imad-ge.ch

Version VF du 10.06.2021 – 2

La versione italiana del COMID è stata adattata da esperti, composti da Christina Guéninchault, Laura Mastromauro, Tiziana Corvaglia et Fabienne Cocchi, dalla versione originale francese del COMID (Busnel, Marjollet, & Perrier-Gros-Claude, 2018).

Istruzioni per la compilazione: la situazione del paziente, secondo la vostra valutazione, presenta le seguenti caratteristiche? Assegnare la risposta «sì» o «no» per ogni indicatore. Calcolare il punteggio parziale per ognuno dei 6 fattori (totale di «sì»). In seguito, calcolare il punteggio totale (somma dei punteggi parziali).

Fattori e indicatori		No	Si
1. Fattori dello stato di salute			
1.a	Presenza di malattie croniche (>2) e/o sintomi inspiegabili		
1.b	Dolori cronici		
1.c	Allergie e/o intolleranze ai farmaci		
1.d	Assunzione di più farmaci (>5)		
1.e	Disturbi cognitivi		
Punteggio parziale			
2. Fattori socio-economici che aggravano lo stato di salute			
2.a	Difficoltà finanziarie e/o incapacità di sostenere economicamente le prestazioni sanitarie, di assistenza e/o di cura, e/o i mezzi ausiliari e/o i trasporti e/o l'alimentazione		
2.b	Assenza o sfinimento del caregiver (famigliare che assiste il paziente) e/o tensioni familiari		
2.c	Difficoltà nella comprensione linguistica dovuta a problemi di analfabetismo e/o barriere culturali		
2.d	Isolamento sociale		
2.e	Abitazione inadeguata e/o presenza di barriere architettoniche		
Punteggio parziale			
3. Fattori di salute mentale aggravanti lo stato di salute			
3.a	Depressione e/o intenti suicidi		
3.b	Malattie psichiatriche e/o disturbi psichici (delirio, allucinazioni...)		
3.c	Dipendenze		
3.d	Stato di ansia o di angoscia che rende confuso il quadro clinico		
3.e	Funzioni mentali instabili che variano nel corso della giornata		
Punteggio parziale			
4. Fattori comportamentali del paziente			
4.a	Frequenti sollecitazioni della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale)		
4.b	Comunicazione ambivalente e/o conflittuale con un membro della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale)		
4.c	Preoccupazione per i propri sintomi e/o per il proprio stato di salute e/o per le informazioni mediche ricevute		
4.d	Aggressività (verbale e/o fisica) o mutismo		
4.e	Resistenza o opposizione, siano esse attive o passive, alle cure		
Punteggio parziale			

5. Fattori di instabilità		
5.a	Percezione da parte del paziente di un recente peggioramento dello stato di salute	
5.b	Cambiamento globale del grado di autonomie (ADL / IADL) nel corso dell'ultimo mese	
5.c	Periodo di transizione (ad esempio: annuncio della diagnosi, nuova ospedalizzazione, morte del caregiver (famigliare che lo assisteva), divorzio, problemi di lavoro, ecc.)	
5.d	Cambiamento acuto delle capacità cognitive	
5.e	Imprevedibilità dello stato di salute (ad esempio: apparizione di sintomi inabituali, scompenso di una patologia cronica, ferite, dolore, ecc.)	
Punteggio parziale		
6. Fattori relativi agli operatori coinvolti e alla rete sanitaria		
6.a	Moltitudine di operatori nella rete secondaria (formale)	
6.b	Assenza o basso grado di collaborazione tra i vari attori della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale)	
6.c	Percezione, da parte del professionista, della presenza di incoerenze terapeutiche e/o di una presa in carico priva di senso	
6.d	Problemi assicurativi (ad esempio limitazioni nel rimborso della presa in carico)	
6.e	Percezione da parte dai membri della rete secondaria (formale) di stanchezza emotiva e/o fisica della presa in carico	
Punteggio parziale		
Punteggio totale		

*«La capacità di comprendere e utilizzare le informazioni [...] per raggiungere obiettivi personali e per estendere le proprie conoscenze e capacità.» (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico statistico, 2000)



Feuille synthétique, Aide à l'analyse et préparation à la séance de coordination

Nom et prénom du client:

N° client:

Date:

1 Analyse de la situation sur la base de l'ensemble des outils d'anamnèse (RAI-MDS, alarmes, données médico-sociales, instrument de complexité multi-dimensionnel, désirs et priorités du client)

Problèmes	Zones d'ombre
Risques	Ressources



Prioriser les axes de prise en soins

2 Indication d'une séance de coordination (pour les situations complexes stables ou instables). Une séance de coordination doit être discutée avec le médecin, le client, le proche aidant et vous-même.

Oui

Non

Argumentez si la séance de coordination est inenvisageable

3 Attentes, besoins, questionnements du client, proche aidant, médecin, infirmier, autres professionnels

Client Désirs, priorités, attentes: Questionnements:

Proche aidant Désirs, priorités, attentes: Questionnements:
--

Médecin Désirs, priorités, attentes: Questionnements:
--

Infirmier Désirs, priorités, attentes: Questionnements:
--

4 PV de la séance de coordination

Séance de coordination	
Nom et prénom du client:	N° client: Date:
Membre de l'équipe interprofessionnelle:	
Personnes présentes à cette séance:	
Ordre du jour de la séance:	
Éléments discutés lors de cette séance	
Nom de l'intervenant	

Décisions prises conjointement (objectifs, tâches, actions et attributions)

--

Adaptation des objectifs d'intervention au niveau du plan de soins infirmiers

Y a-t-il nécessité d'adapter les objectifs d'intervention ?

= Oui

= Non

Motifs d'intervention

Objectifs

-
-
-
-

Prochaine séance de coordination:

Date:

Organisé par:

Auteurs:

*Catherine Busnel,
Laurent Marjollet,
Olivier Perrier-Gros-Claude**

ARTICOLO scientifico 1: «Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité»

Fanny Vallet,
Catherine Busnel*,
Catherine Ludwig***

ARTICOLO scientifico 2: «Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) pour les infirmières à domicile»

Catherine Busnel,
Catherine Ludwig**,
Maria Goretti Da Rocha
Rodrigues***

ARTICOLO scientifico 3: «La complexité dans la pratique infirmière: vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers»

*Catherine Busnel,
Anne Bridier-Boloré,
Laurent Marjollet,
Olivier Perrier-Gros-Claude**

ARTICOLO scientifico 4: «Le raisonnement clinique dans la prise en soins des situations complexes à domicile»

*Catherine Busnel,
Fanny Vallet*,
Catherine Ludwig***

ARTICOLO scientifico 5: «Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC»

* (imad)
** (Haute école de santé de Genève)

« Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité »

Références: Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 2018;4:116-23. Copyright © 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>

Résumé

Le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques et l'augmentation de la prévalence de la multi-morbidité complexifient les prises en soins des patients. Les infirmières se doivent d'intégrer ces différentes dimensions dans leur pratique quotidienne en évaluant précocement les situations de prise en soins dites « complexes ». Pour répondre à cette nécessité, un instrument de complexité multidimensionnelle (COMID) a été développé par l'institution genevoise de maintien à domicile (imad). Dans le cadre de cette étude, la notion de complexité a été considérée comme une accumulation de facteurs multidimensionnels intégrant les six dimensions : médicale, socio-économique, mentale, comportementale, d'instabilité et celle relative aux intervenants du système de soins. Cette étude a aussi visé l'acceptabilité par les infirmières d'utiliser cet instrument. Les résultats obtenus, auprès de 44 infirmières, sur la simplicité, l'utilité et la pertinence de l'instrument sont extrêmement encourageants et incitent à poursuivre le développement de l'outil proposé.

Mots clés:
Complexité;
Evaluation;
Soins
infirmiers
à domicile;
Acceptabilité

Abstract

Population aging as well as increasing rates of non-communicable diseases and multimorbidities heavily contribute to enhance complexity in home care delivery. The early identification and evaluation of so-called "complex" situation need to be integrated in routine practice. In response to these needs, the Genova Institution for homecare and assistance (imad) developed a multidimensional complexity scale (COMID) for everyday use by nurses. In the COMID, complexity was operationalized along six dimensions which cover medical, socioeconomic, mental and behavioral issues, as well as instability and density of the care network. The present paper describes the rationale underlying the development of the COMID and provides a detailed description of the instrument. This description is complemented by the results of acceptability study conducted with 44 homecare nurses. The results demonstrated that nurses perceived the COMID as easy-to-use, useful and relevant for the practice. These encouraging results support further development of the COMID to foster the identification on complexity in home care practice.

Keywords:
Complexity;
Assesment;
Nursing;
Homecare;
Acceptability

Introduction

Aujourd'hui, la Suisse, comme de nombreux pays industrialisés, est confrontée à un important défi dans les prises en soins des personnes atteintes de maladies chroniques et multimorbides. Le contexte de vieillissement de la population⁽¹⁾ et le virage ambulatoire visant la réduction des durées de séjours hospitaliers compliquent de plus en plus les prises en soins des patients et plus particulièrement celle des personnes âgées⁽²⁾. Face à la diversification des besoins de soins, les professionnels de la santé et notamment les infirmières ont un rôle central à jouer. A Genève, la politique sanitaire en faveur du maintien à domicile nécessite la continuité des soins dans un réseau structuré, coordonné et de proximité conduisant à la participation active de l'ensemble des acteurs de soins (patient, proche aidant, médecin traitant et autres professionnels des soins)⁽³⁾. Ainsi, le développement des approches interprofessionnelles devient essentiel et oblige l'ensemble des acteurs à avoir une approche systémique, dynamique, anticipatrice et adaptable en permanence⁽⁴⁾. Néanmoins, la prise en charge en silo par une trop faible coordination amène encore à des décisions de soins contradictoires ou incohérentes avec des impacts non négligeables tels que des hospitalisations prématurées (concept de la porte tournante « revolving door »⁽⁵⁾), des polymédications accrues⁽⁶⁾ ainsi que la perte de sens thérapeutique à la fois pour les patients, les proches et les soignants. Une prise en charge en vase clos a des conséquences à la fois pour les personnes atteintes dans leur santé, pour le réseau de soins et pour la société, car elle engendre une augmentation des coûts de la santé non négligeable⁽⁷⁾ mettant sous tension l'ensemble des différents systèmes.

La complexité et les approches conceptuelles

La complexité est au cœur des réflexions scientifiques depuis les années 60 toutes disciplines confondues (physique, chimie, biologie, économie)⁽⁸⁾, mettant en avant les interactions non linéaires, dynamiques, multiples avec de nombreuses boucles de rétroaction⁽⁹⁾. La théorie de la complexité s'est progressivement introduite dans tous les champs de la société et s'est naturellement implémentée dans le domaine de la santé⁽¹⁰⁾. Ainsi, la notion de soins infirmiers en tant que complexité a été intégrée par de nombreux auteurs au cours des dernières décennies⁽¹¹⁾ s'inscrivant dans un courant humaniste avec des approches psychologiques et relationnelles⁽¹²⁾. Ces modèles

de santé ont évolué, passant du modèle biomédical « faire pour »⁽¹³⁾, au modèle biopsychosocial « faire avec »⁽¹⁴⁾ jusqu'au modèle holistique « être avec ». L'approche systémique est devenue une référence dans la société et dans les organisations de travail et de santé prenant en compte l'individu, ses interactions et l'organisation tant micro que macro⁽¹⁰⁾. Ce modèle prend tout son sens dans les prises en soins des patients ayant une maladie chronique⁽¹⁵⁾. Le Care Chronic Model⁽¹⁶⁾ vise des prises en charge de patients intégrant le système de santé, les prestations de soins, l'aide à la décision, les systèmes d'information, l'environnement et la capacité d'auto-prise en charge de manière continue, coordonnée et proactive. Face à ces différents défis, une adaptation des professionnels habitués le plus souvent à des prises en soins plus standardisées et plus linéaires⁽¹⁷⁾ nécessite un accompagnement des professionnels.

A domicile, les professionnels se retrouvent face à différentes interactions comme les facteurs médicaux, contextuels et personnels qui créent des situations plus difficilement gérables et nécessitent un travail en réseau avec des liens interprofessionnels forts. Pour ce faire, ce changement de paradigme⁽¹⁸⁾ « suggère des rapports égaux entre professions qui visent un même but, nécessite non seulement de connaître la spécificité et les compétences de chacun mais aussi d'abandonner les schémas hiérarchiques pour se concerter, prendre et porter ensemble la responsabilité des décisions prises ». Ainsi, dans cette perspective, l'infirmière a un rôle primordial à jouer.

La complexité et les approches empiriques

Si au cours des dix dernières années, le concept de la complexité a évolué sans permettre une définition unanime⁽¹⁹⁾, ni une description et opérationnalisation précises⁽²⁰⁾, la complexité dans la santé peut être définie comme l'impact global d'une maladie prenant en compte des aspects non liés directement à la maladie première⁽²¹⁾ et incluant des difficultés diverses selon les disciplines de santé et des modèles^(22, 23). Différentes études ont mis en lumière la complexité dans trois grandes directions, celle des prises en soins (« care complexity »)⁽²⁴⁾, celle relative à la complexité des cas (« case complexity »)⁽²⁴⁾, et celle liée à la complexité des besoins des patients⁽²⁵⁾. Dans une perspective d'anticipation et d'adaptation des professionnels, des grilles ont été déclinées telles que l'outil INTERMED⁽²⁶⁾, le PCAM (Patient Centered Assessment Method)⁽¹⁷⁾, répondant le plus souvent aux besoins du monde médical et de l'univers hospitalier⁽²⁷⁾. En revanche, aucun instrument n'a été adapté spécifiquement aux pratiques infirmières pour les soins à domicile. A l'heure du virage

ambulatorio, du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques et multimorbides, l'infirmière à domicile est un acteur clé pour l'identification des patients complexes.

La complexité et le repérage

Face aux situations de patients ayant des caractéristiques cliniques complexes, chroniques et fluctuantes⁽²⁸⁾ à risque élevé de décompensation et de réadmission hospitalière⁽²⁹⁾, la réactivité et la coordination de l'ensemble des acteurs formels ou informels sont essentielles pour éviter des résultats indésirables⁽³⁰⁾. L'apport de tous les éléments de l'évaluation globale et spécifique lors de la coordination interprofessionnelle est fondamental pour une compréhension commune de la situation⁽³⁰⁾. Aussi, pour évaluer les besoins requis des personnes adultes recevant des soins, l'infirmière de l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) utilise en routine le « Resident Assessment Instrument Home Care » (RAI-HC)⁽³¹⁾ adapté pour la Suisse. Cet instrument comporte 18 domaines de santé et génère, par des scores composites, 30 alarmes et quatre échelles de performance, qui indiquent aux professionnels les principaux risques et problèmes de santé de la personne évaluée. Il permet, sur la base des informations collectées auprès des personnes bénéficiant de soins et/ou de leur proche aidant, de réaliser une analyse clinique, d'établir des plans d'intervention ciblés et de déterminer les prestations adaptées⁽³²⁾. Si le RAI-HC permet d'obtenir un état des lieux global de la situation, certains éléments de la complexité ne sont pas spécifiés avec cet outil. Ainsi, les infirmières ont évoqué leurs difficultés à le mobiliser en ce sens. C'est pour répondre à ce besoin qu'un travail de développement a été mené afin d'apporter un nouvel outil de repérage pour une identification commune, rapide et ajustée de la complexité des prises en soins à domicile. Le processus mis en place s'est basé sur les étapes d'une participation consultative⁽³³⁾ de proximité dont l'objectif a été l'élaboration d'un instrument structuré et bénéficiant d'une bonne acceptation par les professionnels en complément du RAI-HC.

Objectifs

Cette étude a eu deux objectifs, celui de 1) développer un instrument de complexité d'évaluation multidimensionnelle (COMID) pour les patients recevant des soins infirmiers à domicile en déterminant les domaines, les items et la structure et 2) d'évaluer l'acceptabilité du COMID par les infirmières des soins à domicile.

Le bénéfice attendu de l'étude est la description d'un instrument d'évaluation de la complexité, d'utilisation simple et bénéficiant d'une bonne acceptabilité par les infirmières qui auront l'usage de l'instrument proposé.

Méthode

Cette étude s'est faite en plusieurs étapes: 1) la détermination des dimensions de la complexité, 2) la désignation des items pour chaque dimension, 3) le choix de la structure et 4) l'évaluation de l'acceptabilité du COMID par les infirmières des soins à domicile. Ces étapes sont détaillées ci-dessous.

● 1) DÉTERMINATION DES CHOIX DES DIMENSIONS

L'instrument d'évaluation présenté se réfère à la littérature de la complexité en intégrant la « case complexity »⁽²⁴⁾ et la « care complexity »⁽²⁴⁾. Pour ce qui concerne la « case complexity », quatre facteurs majeurs identifiés⁽²²⁾ ont été retenus: 1) médicaux, 2) socio-économiques, 3) de maladie mentale et 4) de comportement aggravant l'état de santé du patient avec des maladies chroniques. Ces dimensions sont résumées dans le Tableau 1. Pour ce qui concerne la « care complexity », la dimension relative à la coordination des soins avec de multiples acteurs socio-sanitaires a été incluse⁽²³⁾. A ces cinq dimensions a été intégrée une dimension d'instabilité, très présente chez la population âgée multi-morbide et tant problématique pour la prise de décision du maintien à domicile ou dans le cas des réadmissions cycliques d'hospitalisation⁽⁵⁾. Ainsi, l'instrument de complexité domiciliaire, COMID, proposé dans cette étude est constitué de six dimensions, soient 1) les facteurs de santé médicale au regard des affections chroniques et polymorbides, 2) les facteurs socio-économiques aggravant l'état de santé pour lesquels un contexte socio-économique fragilise encore plus les soins et la prise en soins à domicile, 3) les facteurs de santé mentale aggravant l'état de santé pouvant mettre au second plan des problèmes de santé somatiques, 4) les facteurs comportementaux pouvant mettre en échec l'organisation des soins, 5) les facteurs d'instabilité et de détérioration de l'état de santé par des phases aiguës et subites et 6) les facteurs relatifs aux intervenants et système de santé concernant le sens des prises en soins et les pressions individuelles et/ou collectives des professionnels.

● 2) LA DÉSIGNATION DES ITEMS POUR CHAQUE DIMENSION

Chaque dimension a été déclinée avec des items descriptifs se basant pour quatre d'entre eux sur ceux déjà déclinés par Loeb⁽²²⁾ (Tableau 1). Si différentes études se sont basées sur des nombres

de domaines et d'items différents (de trois à cinq domaines pour moins de 15 items)^(34, 35), le choix des items du COMID s'est porté sur un nombre de cinq pour chacune des six dimensions comme celle considérée pour la complexité médicale⁽²²⁾ et développée par Searle dans le cadre de la fragilité. Ses recommandations méthodologiques ont été appliquées ici pour la complexité permettant d'en faire un indicateur global et un construit clinique⁽³⁶⁾ suffisamment détaillé. Le choix du même nombre d'items par domaine établit ainsi une relation comptable égalitaire entre les six domaines. De plus, la cohérence des items s'est basée, tant que possible, sur les données recherchées au moyen du RAI-HC et habituellement mobilisées par les infirmières. Cependant, le RAI-HC ne permettant pas d'obtenir directement tous les éléments de la complexité, d'autres aspects ont été considérés et développés comme pour les facteurs relatifs aux intervenants et systèmes de soins (partenariat, incohérence thérapeutique, lourdeur émotionnelle) et les éléments d'imprévisibilité de l'état de santé (apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique).

Tableau *Typologie de la complexité des patients selon Loeb⁽²²⁾ p. 452 (traduction libre)*

1

Complexité médicale	Facteurs socio-économiques aggravant l'état de santé	Maladies mentales aggravant l'état de santé	Caractéristiques et comportement du patient
<ul style="list-style-type: none"> → Conditions médicales (ou état de santé) discordantes → Douleur chronique → Allergie/intolérance médicaments → Symptômes inexpliqués → Problèmes cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> → Difficulté à payer les soins et incapacité à supporter financièrement les traitements/transports → Facteur de stress familial → Faible niveau de littéracie (ou alphabétisation) en santé 	<ul style="list-style-type: none"> → Dépression conduisant à une mauvaise observance du traitement → Addiction → Anxiété rendant le tableau clinique confus 	<ul style="list-style-type: none"> → Demandeur (d'examen, de traitements) → Querelleur avec l'équipe soignante ou les médecins → Anxieux (face aux symptômes) d'explications et d'informations complémentaires concernant son état de santé

● 3) LE CHOIX DE LA STRUCTURE

Le COMID a un format, à l'instar de l'INTERMED⁽²⁶⁾, d'un « questionnaire fermé » plutôt qu'ouvert ou semi-structuré. Il intègre la logique des questions du RAI-HC pour le choix des questions fermées et a été élaboré sous la forme d'une check-list. Aussi, chaque item est codé en mode binaire (non = 0; oui = 1), ainsi pour chaque domaine un score maximal de 5, soit un total pour l'ensemble de l'instrument de 30. Cet instrument se veut être une aide à la décision pour repérer les éléments de la complexité et non un outil de graduation de la complexité.

Cet instrument associe et réorganise les informations récoltées au cours de l'entretien d'évaluation des besoins. Il intègre de nouveaux éléments, combine les données par un algorithme simple venant compléter les alarmes et les échelles du RAI-HC, et synthétise les aspects de la complexité rencontrés par les infirmières à domicile.

Ainsi les étapes de la construction⁽³⁷⁾ du COMID ont inclus 1) les connaissances actuelles de la littérature en termes de complexité et d'évaluation à domicile, 2) l'énumération des différents facteurs de complexité et 3) l'énumération des contenus de chaque dimension. L'échelle telle que développée est présentée dans le Tableau 2. Après l'élaboration de cet instrument, il a été proposé à un panel d'infirmières afin d'évaluer son acceptabilité.

● 4) L'ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITÉ DU COMID PAR LES INFIRMIÈRES DES SOINS À DOMICILE

L'étude d'acceptabilité a été conduite auprès de 44 infirmières travaillant dans 20 équipes d'imad. Chacune d'entre elles a répondu à un bref questionnaire sociodémographique, afin de disposer des informations concernant le sexe, l'année d'obtention du diplôme d'infirmière, leur nombre d'années d'expérience aux soins à domicile. Un échantillonnage de commodité a été effectué, avec pour seul critère d'inclusion que les participants disposent d'une situation vécue comme « complexe » dans leur prise en soins. Cette situation a été utilisée comme une aide individuelle à l'identification structurée de la complexité et pour permettre un ancrage clinique servant à la simplicité d'utilisation, à l'utilité et à la pertinence de l'instrument proposé.

L'étude a été réalisée entre janvier et juin 2017.

Procédure

Pour évaluer l'acceptabilité du COMID, les infirmières ont rempli l'instrument de complexité sur un client qu'elles avaient au préalable identifié comme « complexe » dans leur pratique domiciliaire. Les infirmières ont coché les cases correspondant à la situation de leur patient et ont obtenu des sous-scores pour les six dimensions, ainsi qu'un score total compris entre 0 et 30.

Suite au remplissage de l'instrument, la première étape d'acceptabilité a consisté à questionner les infirmières concernant la simplicité d'utilisation, l'utilité, la pertinence pour identifier la complexité des patients suivis à domicile et la recommandation de l'utilisation de l'instrument à leurs paires. Les évaluations ont été effectuées à l'aide d'échelles nominales à deux modalités de réponse [oui / non]. En cas de réponse négative pour chacune des quatre questions, il a été proposé que leur choix soit explicite.

Les données ont été collectées et analysées dans un objectif d'amélioration de la pratique infirmière et de la qualité des soins. Les participants ont reçu un identifiant numérique individuel aléatoire ne permettant pas leur identification pour l'analyse statistique et la publication des résultats.

Résultats

● 1) DÉVELOPPEMENT D'UN INSTRUMENT DE COMPLEXITÉ MULTIDIMENSIONNELLE

L'instrument de complexité multidimensionnelle (COMID) intégrant les six dimensions a été développé et est présenté dans le Tableau 2.

Tableau *Instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle pour les pratiques infirmières à domicile (COMID)*

2

1. Facteurs de santé médicale	Non = 0	Oui = 1
a. Plusieurs maladies chroniques (>2) et/ou symptôme(s) inexpliqué(s)		
b. Douleurs chroniques		
c. Allergie et/ou intolérance médicamenteuse		
d. Polymédication (>5)		
e. Troubles cognitifs		
Sous-score		/5

2. Facteurs socio-économiques aggravant l'état de santé	Non = 0	Oui = 1
a. Difficultés financières et/ou incapacité à supporter financièrement des prestations d'aide et de soins et/ou de traitements et/ou de moyens auxiliaires et/ou de transports et/ou d'alimentation		
b. Absence ou épuisement du proche aidant et/ou tensions familiales		
c. Faible niveau de littératie* (lié à des problèmes d'alphabétisation et/ou barrière linguistique et/ou culturelle)		
d. Isolement social		
e. Logement inadapté et/ou barrière environnementale		
Sous-score		/5
3. Facteurs de santé mentale aggravant l'état de santé	Non = 0	Oui = 1
a. Dépression et/ou idées suicidaires		
b. Maladie psychiatrique et/ou troubles psychiques (délires, hallucinations, etc.)		
c. Addiction		
d. Anxiété ou angoisse rendant le tableau clinique confus		
e. Fonctions mentales variant au cours de la journée		
Sous-score		/5
4. Facteurs comportementaux du client	Non = 0	Oui = 1
a. Sollicitations récurrentes du réseau primaire et/ou secondaire		
b. Communication ambivalente et/ou conflictuelle avec l'un des membres du réseau primaire et/ou secondaire		
c. Inquiétude face à ses symptômes et/ou état de santé et/ou aux informations médicales reçues		
d. Agressivité (verbale et/ou physique) ou mutisme		
e. Résistance ou opposition aux soins, qu'elles soient actives ou passives		
Sous-score		/5
5. Facteurs d'instabilité	Non = 0	Oui = 1
a. Dégradation récente de l'état de santé ressentie par le client		
b. Changement global du degré d'indépendance (AVQ/AIVQ) lors du dernier mois		
c. Période de transition (p.ex.: annonce diagnostic, retour hospitalisation, décès proche aidant, divorce, travail, etc.)		
d. Changement aigu des capacités cognitives		
e. Non-prévisibilité de l'état de santé (p.ex.: apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique, plaies, douleurs, etc.)		
Sous-score		/5

6. Facteurs relatifs aux intervenants et système de soins	Non = 0	Oui = 1
a. Multitude d'intervenants dans le réseau secondaire (médecin traitant, spécialiste, soignant, curateur, etc.)		
b. Absence ou faible degré de partenariat entre les différents intervenants du réseau primaire et/ou secondaire		
c. Incohérence thérapeutique et/ou perte de sens dans la prise en charge du point de vue du professionnel		
d. Problème d'assurance (p.ex.: limitation du remboursement de prise en charge)		
e. Lourdeur émotionnelle et/ou physique de la prise en charge ressentie par les membres du réseau secondaire (médecins, soignants)		
Sous-score		/5
Score total		/30

Les caractéristiques de l'échantillon de professionnels infirmiers

L'échantillon de professionnels infirmiers qui ont testé cet instrument est majoritairement des femmes (33 vs 11). La durée médiane, depuis l'obtention du diplôme, est de 15 années (min : 4 - max : 36). Leur expérience dans le domaine domiciliaire à imad est faible (moins de 2 ans) pour 3 d'entre elles, moyenne (de 2 à 5 ans) pour 15 professionnels, importante (de 5 à 10 ans) pour 13 d'entre elles et très importante (plus de 10 ans) pour 13 infirmières. Vingt-six présentent une expérience à imad de plus de 5 ans.

● 2) LES RÉSULTATS D'ACCEPTABILITÉ D'UTILISATION DE L'INSTRUMENT DE COMPLEXITÉ

Les 44 infirmières, à la suite de la journée de formation, ont déclaré que l'instrument de complexité est simple d'utilisation (n = 40), utile (n = 42) et pertinent (n = 42) pour identifier la complexité de la prise en soins du patient.

Pour la question relative à la simplicité d'utilisation, 4 soignants ont apporté une réponse négative, 3 ont complété leur réponse en qualifiant les items de « trop subjectif », « de manque de temps pour l'utiliser actuellement dans sa pratique quotidienne », « tenir compte des désirs et priorités du client ».

Pour la question concernant son utilité, 2 réponses négatives ont été renseignées et précisées de la manière suivante « pas toujours adapté » et « pas de norme dans la complexité, dépendant de chaque intervenant selon ses capacités ».

Pour la question sur la pertinence, les 2 réponses négatives n'ont pas fait l'objet de commentaires.

L'ensemble des 44 professionnels infirmiers recommande son utilisation par d'autres paires. Le fait d'avoir évalué un patient perçu comme complexe au préalable, a grandement favorisé le remplissage et sa compréhension.

Discussion

Si beaucoup d'études ont discuté du concept de complexité, son utilisation est en général encore peu répandue⁽¹⁹⁾. Si des modèles et instruments sont développés pour les milieux hospitaliers^(27, 38), ils font aujourd'hui encore cruellement défaut dans les pratiques domiciliaires. Cependant, dans un contexte politique favorisant le maintien à domicile et les soins intégrés adaptés aux besoins d'une population vieillissante souvent polymorbide, les infirmières à domicile ont un rôle grandissant à jouer dans l'identification précoce de patients en situations « complexes » et dans l'adaptation des prestations de soins. Le développement d'outils cliniques permettant de mener à bien cette mission est, donc, non seulement essentiel, mais également attendu par des professionnelles qui souhaitent améliorer leurs pratiques, la qualité des soins prodigués et l'individualisation des prises en charge en partenariat avec l'ensemble des acteurs de soins (patient, proche aidant, médecins et professionnels de santé). Le RAI-HC, bien que complet, ne permet pas une estimation ciblée et rapide de la complexité (situation du patient, de son environnement, de son système de soins). C'est pour pallier cette absence que la présente étude a été initiée, afin de répondre aux attentes des infirmières en termes d'évaluation spécifique. Elle a visé le développement d'un instrument d'évaluation multidimensionnelle de la complexité dans les pratiques domiciliaires, qui intègre une check-list déclinant six dimensions de la complexité – retenues sur la base des données disponibles dans la littérature^(26, 39) – et couvrant la complexité inhérente au patient (case complexity⁽²⁴⁾), à la prise en soins (care complexity⁽²⁴⁾, mais aussi un aspect souvent implicite, mais caractéristique des prises en soins « complexes »⁽⁴⁰⁾: l'instabilité. Cet instrument souhaite considérer, à la manière de Shippee et al.⁽²³⁾, la complexité comme une accumulation de facteurs multidimensionnels qui interagissent de manière dynamique, et trop souvent imprévisible.

Par le développement de cet instrument et pour initier la démarche de validation, une étude d'acceptabilité a été menée auprès d'un échantillon d'infirmières, qui ont émis un avis positif à l'utilisation, la pertinence et la simplicité d'utilisation de l'échelle proposée. Elles ont également toutes soutenu le fait de recommander l'outil à d'autres collègues infirmières. On pourra également relever qu'aucune distinction n'a été mise en évidence entre les infirmières possédant différentes durées d'expérience ou de sensibilisation préalable à la complexité. Ainsi, la plus-value de l'utilisation de l'échelle est relevée, y compris par les infirmières expérimentées (diplômées de plus de dix ans) ayant une solide expérience des soins à domicile.

Les résultats obtenus dans cette première phase de développement sont donc extrêmement encourageants et incitent à poursuivre le développement de l'outil proposé, notamment par une étude d'utilisabilité à plus large échelle. A l'issue de celle-ci, des données suffisamment nombreuses et étoffées devront aussi permettre d'évaluer les caractéristiques métrologiques – psychométriques de l'échelle, une étape indispensable à l'implémentation de l'outil dans la pratique en mode routine.

Les limites de cette étude

Parmi les limites à relever dans cette étude, on peut mentionner la faible représentativité de l'échantillon au regard de la diversité de l'expérience et du parcours de formation des professionnels infirmiers. En effet, les participants à l'étude sont majoritairement des infirmières avec une importante expérience dans les soins infirmiers et dans le domaine domiciliaire. Elles sont également au bénéfice d'une formation centrée sur la discipline, mais n'ayant pas intégré une approche interprofessionnelle à hauteur de ce qui est développé actuellement. Plus généralement, on peut penser qu'à la fois l'expérience et le contenu de la formation peuvent avoir un impact sur la capacité à identifier les différents éléments de la complexité. Dans les étapes ultérieures du développement proposé, il paraîtrait pertinent d'évaluer son acceptabilité sur un échantillon plus représentatif de l'ensemble de la population infirmières.

Conclusion

Cette étude est la première étape dans le développement d'un outil de complexité multidimensionnelle structuré à destination des infirmières pratiquant des soins à domicile. Le COMID s'inscrit en complémentarité de projets interprofessionnels et interinstitutionnels dans le canton de Genève. L'évaluation de la complexité est une étape incontournable pour mettre rapidement en œuvre des stratégies ciblées, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et permettre la diminution des hospitalisations inappropriées, des réhospitalisations prématurées, et ainsi contribuer au maintien à domicile des patients. A l'issue de la démarche de développement et de validation de l'outil, les infirmières pourront bénéficier d'un instrument fiable, efficace et pertinent pour identifier la complexité dans leur pratique et mieux adapter la mise en place de prestations de soins. Elles pourront ainsi optimiser leur rôle notamment dans la coordination des prises en soins dans une pratique domiciliaire intégrée et de proximité. La deuxième étape de cette étude sera d'évaluer des propriétés métrologiques – psychométriques de l'instrument et la faisabilité d'une utilisation en routine en complément du RAI-HC.

1. Office fédéral de la statistique (OFS). La population de la Suisse 2014. Neuchâtel, Suisse: OFS; 2015.
2. Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbunn A. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse [Dependency of older persons and long-term care: updated scenarios for Switzerland]. Bern, Switzerland: Hans Huber Verlag; 2011.
3. Schussel-Filetaz S, Marjollet L, Perone N, Budan F, Rosenberg A. Le plan de soins partagé informatisé. Soins infirmiers. 2016;10:72-3.
4. Charron DF, editor. La Recherche Écosanté en pratique. Applications novatrices d'une approche écosystème de la santé. New York: Springer-Verlag; 2014.
5. Joyce PR, Khan A, Jones AV. The revolving door patient. *Comp Psych.* 1981;22(4):397-403.
6. Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. *J Geront Nurs.* 2005;31(9):4-11.
7. Roth S, Pellegrini S. Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins? (Obsan Rapport n° 68). Neuchâtel, Suisse: Observatoire suisse de la santé; 2015.
8. Anderson RA, Issel LM, McDaniel RR. Nursing Homes as Complex Adaptive Systems: Relationship between Management Practice and Resident Outcomes. *Nursing research.* 2003;52 (1):12-21.
9. Cilliers P. Complexity and postmodernism: Understanding complex systems. New York: Routledge. 1998.
10. Chandler J, Rycroft-Malone J, Hawkes C, Noyes J. Application of simplified Complexity Theory concepts for healthcare social systems to explain the implementation of evidence into practice. *Journal of advanced nursing.* 2016;72(2):461-80.
11. Parker ME, Smith MC. Nursing theories and nursing practices. Edition 1, editor. Philadelphia: United States of America: Davis Company; 2010.
12. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. La pensée infirmière. Ed. Etudes vivantes. Laval-Québec 1994.
13. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
14. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry.* 1980;137(5):535-44.
15. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective clinical practice* 1998;1(1):2-4.
16. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. *Jama.* 2002;288(15):1909-14.
17. Peek CJ, Baird MA, Coleman A. Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health.* 2009;27(4):287-302.
18. Coppet Pia. L'indispensable interprofessionnalité des soins. *Revue internationale de soins palliatifs.* 2010; 25:147-8.
19. Manning E, Gagnon M. The complex patient: A concept clarification. *Nurs Health Sci.* 2017.
20. Thompson DS, Fazio X, Kustra E, Patrick L, Stanley D. Scoping review of complexity theory in health services research. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:87.
21. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisburcy C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med.* 2009;7(4):357-63.
22. Loeb DF, Binswanger IA, Candrian C, Bayliss EA. Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med.* 2015;13(5):451-5.
23. Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol.* 2012;65(10):1041-51.
24. de Jonge P, Huysse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin N Am.* 2006; 90(4):679-92.
25. de Jonge P, Huysse FJ, Herzog T, Lobo A, Slaets JPJ, Lyons JS, et al. Risk factors for complex care needs in general medical inpatients: Results from a European Study. *Psychosomatics.* 2001;42(3):213-21.
26. Huysse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP, de Jonge P, Fink P, et al. «INTERMED»: a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiat.* 1999;21(1):39-48.
27. Stiefel FC, Huysse FJ, Sollner W, Slaets JP, Lyons JS, Latour CH, et al. Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Med Clin N Am.* 2006; 90(4):713-58.
28. Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *Harv Bus Rev.* 2000;78(5):102-12, 99.
29. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission: Current strategies and future directions. *Annual Review of Medicine.* 2014;65:471-85.
30. Di Pollina L, Guessous I, Petoud V, Combescurc C, Buchs B, Schaller P, et al. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatrics.* 2017;17(1):53.
31. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: Applicability of the MDS-HC. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1997;45(8):1017-24.
32. Busnel C, Mastromauro L, Zecca W, Ludwig C. Le RAJ-Home Care: Utilisation, potentiels et limites dans les soins à domicile. *Gérontologie et Société.* 2017; 39(153/2):167-82.
33. Lescarbeau R, Payette M, St-Arnaud Y. Profession: consultant. 4e éd. Montréal: Canada: Gaëtan Morin; 2003.
34. Stiefel FC, de Jonge P, Huysse FJ, Slaets JP, Guex P, Lyons JS, et al. INTERMED—an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. *Spine.* 1999;24(4):378-84; discussion 85.
35. Pratt R, Hibberd C, Cameron IM, Maxwell M. The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. *Journal of Comorbidity.* 2015;5(1):10.
36. Searle S, Mitnitski A, Gahbauer E, Gill T, Rockwood K. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics.* 2008;8:24.
37. Tenn L. Développement d'un instrument de mesure d'intégration des soins de santé primaires dans les programmes universitaires de sciences infirmières au Canada. *Recherche en soins infirmiers.* 1994;39:63-70.
38. Hong CS, Atlas SJ, Ashburner JM, Chang Y, He W, Ferris TG, et al. Evaluating a Model to Predict Primary Care Physician-Defined Complexity in a Large Academic Primary Care Practice-Based Research Network. *J Gen Int Med.* 2015;30(12):1741-7.
39. Yoshida S, Matsushima M, Wakabayashi H, Mutai R, Murayama S, Hayashi T, et al. Validity and reliability of the Patient Centred Assessment Method for patient complexity and relationship with hospital length of stay: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2017; 7(5):e016175.
40. Berry LL, Rock BL, Smith Houskamp B, Brueggeman J, Tucker L. Care coordination for patients with complex health profiles in inpatient and outpatient settings. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(2):184-94.

« Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) pour les infirmières à domicile »

Analysis of the reliability of a multidimensional complexity scale instrument (COMID) for home care nurses

Références: Vallet Fanny, Busnel Catherine, Ludwig Catherine, Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) pour les infirmières à domicile, in *Recherche en soins infirmiers*, 2019/3 (N° 138), p. 53-64.

DOI: <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0053>

Résumé

Mots clés:
complexité,
soins à domici-
le, échelle,
validation,
fidélité

Introduction: L'évocation de plus en plus fréquente de la complexité par différents acteurs de santé interroge sur la mesure de ce construit. Le COMID fournit une définition multidimensionnelle et opérationnelle de la complexité et aide les infirmières à domicile au repérage et à l'analyse des situations complexes.

Contexte: Une étude d'acceptabilité a montré un intérêt marqué pour le COMID de la part des infirmières, cependant ses propriétés psychométriques n'ont pas encore été examinées.

Objectif: Cet article présente deux études testant la fidélité de l'échelle.

Méthode: La première étude porte sur 5401 COMID complétés par des infirmières à domicile dans leur pratique usuelle. La consistance interne a été estimée à l'aide d'un alpha de Cronbach. La seconde étude porte sur 38 COMID, complétés par des infirmières à domicile (juges 1) et des infirmières spécialisées (juges 2). L'accord inter-juges a été examiné par un coefficient de corrélation intra-classe (CCI).

Résultats: Le COMID possède une consistance interne acceptable $\alpha=0.797$ et un accord inter-juges excellent CCI=0.839.

Discussion: Les propriétés métrologiques du COMID mériteront d'être complétées par une analyse de sa validité pour le repérage de la complexité dans les soins infirmiers à domicile.

Conclusion: Le COMID possède une bonne précision de mesure.

Abstract

Keywords:
complexity,
home care,
scale,
validation,
reliability

Introduction: The increasingly frequent mention of complexity by different health actors challenges the measurement of this construct. The COMID provides a multidimensional and operational definition of complexity and help home nurses for the detection and the analysis of complex situations.

Context: An acceptability study showed a strong interest in the COMID on the part of nurses, however its psychometric properties have not yet been examined.

Objective: This article presents two studies testing the reliability of the scale.

Method: The first study focuses on 5401 COMID completed by home care nurses in their usual practice. The internal consistency was estimated with a Cronbach alpha. The second study focuses on 38 COMID, completed by home care nurses (raters 1) and specialized nurses (raters 2). The inter-raters agreement was examined with an intra-class correlation coefficient (ICC).

Results: The COMID has an acceptable internal consistency $\alpha = 0.797$ and an excellent inter-raters agreement ICC = 0.839.

Discussion: The metrological properties of the COMID will need to be complemented by an analysis of its validity for identifying complexity in nursing home practice.

Conclusion: The COMID has good measurement accuracy.

Introduction

Les défis des institutions de santé délivrant des prestations de soins à domicile sont nombreux et nécessitent d'être relevés pour permettre à la population de se maintenir et de vieillir à domicile dans les meilleures conditions possibles. Ces défis résultent notamment du vieillissement de la population⁽¹⁾, de l'augmentation des maladies chroniques et de la prévalence de la multimorbidité⁽²⁻⁴⁾, mais aussi du virage ambulatoire⁽⁵⁾ qui amène les personnes à réduire leurs séjours hospitaliers au bénéfice de soins à domicile. Dans ce contexte, les professionnels des aides et de soins à domicile se trouvent confrontés à des situations de plus en plus « complexes », face auxquelles les pratiques doivent s'adapter pour maintenir des soins de qualité, sûrs, efficaces, et intégrés s'adaptant aux besoins d'une population vieillissante⁽⁶⁾. Or, la prise en charge de situations complexes représente un coût individuel et collectif important : les personnes en situation dite « complexe » consultent davantage en urgence⁽⁷⁾, sont plus souvent hospitalisées ou réhospitalisées⁽⁸⁾ et restent hospitalisées plus longtemps⁽⁹⁾. Les difficultés d'identification ou de gestion des situations « complexes » génèrent une insatisfaction et une incompréhension chez les acteurs de soins (patients, cliniciens, système de soins)⁽¹⁰⁾.

Afin de repérer et prendre en charge de manière optimale une « situation complexe », notamment par une bonne coordination interprofessionnelle, il convient en premier lieu d'en fournir une définition. Bien que la théorie de la complexité ne soit pas encore une théorie pleinement unifiée en raison de sa nature interdisciplinaire (biologie, sociologie, économie, etc.), elle partage certains concepts qui sont la non-linéarité, l'imprévisibilité, les interactions et l'adaptation permanente⁽¹¹⁾. La discipline infirmière avec Nightingale⁽¹²⁾ l'a intégrée très tôt en portant une attention particulière aux relations entre l'humain et son environnement et en favorisant une approche holistique⁽¹³⁾. Depuis ces dernières années, différents modèles de soins intégrant la complexité ont été proposés^(14, 15).

Le modèle de prise en soins en a été profondément modifié passant d'un modèle « bio-médical » à un modèle « bio-psycho-social »⁽¹⁶⁾ de plus en plus global et intégré (e.g., Chronic Care Model⁽¹⁷⁾). En France, la Haute Autorité de santé définit une situation complexe comme

« une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé »⁽¹⁸⁾. Selon cette définition, la complexité consiste en une accumulation de facteurs liés au patient qui va au-delà des aspects de multimorbidité⁽¹⁹⁻²¹⁾ et qui inclut des facteurs médicaux (e.g., douleurs, cognition), socio-économiques (e.g., stressors familiaux, littératie), de santé mentale (e.g., dépression, addiction) et comportementaux (e.g., exigences, anxiété liée aux symptômes)⁽²²⁾. À ces aspects liés au patient, s'ajoutent des facteurs d'interférence avec les soins et les prises de décision, d'incertitude du diagnostic, de désorganisation des soins et des aspects relationnels avec le patient⁽²⁰⁾. Ces différents facteurs n'agissent pas de manière linéaire sur la santé et la prise en charge, mais au contraire, ils les influencent par des processus dynamiques et interactifs^(23, 24). Par conséquent, il est nécessaire de considérer ces différents facteurs simultanément pour analyser la complexité d'une situation dans sa globalité. Enfin, alors même que la notion de « situation complexe » est largement utilisée au quotidien par les professionnels de la santé et par les décideurs politiques, les éléments significatifs qui rendent une situation complexe sont souvent envisagés différemment selon les contextes (e.g., hospitalier, domiciliaire), les professionnels (e.g., infirmière, médecins généralistes, oncologues, psychiatres, autres médecins spécialistes ou psychologues), les patients et les proches aidants.

Afin de s'accorder sur une évaluation opérationnelle de la complexité, l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisée spécifique apparaît nécessaire. Les outils développés jusqu'à présent répondaient aux milieux médicaux et hospitaliers, (e.g., l'INTERMED^(25, 26), ou la *Patient-centered assessment method*, (PCAM)⁽²⁷⁾). Toutefois, de tels instruments font aujourd'hui défaut dans les pratiques domiciliaires et tout particulièrement pour les infirmières qui jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile. En effet, les soins à domicile nécessitent de prendre en compte autant les éléments globaux et systémiques (e.g., proche aidant, adéquation du logement, environnement) que des éléments très spécifiques de santé (pathologie chronique, aiguë, polyopathie) conjointement à une prise en charge intégrée et personnalisée. L'intervention des différents intervenants auprès du patient (e.g., médecin, professionnels de l'aide et des soins et du social, proche aidant) est particulièrement à risque d'entraîner une vision parcellaire et en silo de la situation. Dans un contexte politique favorisant le maintien à domicile, les infirmières auraient besoin d'être mieux outillées pour identifier les situations complexes en documentant de manière synthétique les éléments multidimensionnels déterminant la complexité. Le défi quotidien est de pouvoir repérer les situations complexes, adapter et préciser les objectifs coordonnés de prise en soins, maintenir la continuité

des soins et éviter les hospitalisations inappropriées⁽²⁸⁾. C'est pour pallier ce manque que l'instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) a été spécifiquement développé pour la pratique infirmière à domicile⁽²⁹⁾.

Le COMID est un outil construit sous forme de check-list (30 items), couvrant six domaines – ou facteurs – identifiés comme participant à la complexité: 1) la santé médicale, 2) les caractéristiques socio-économiques, 3) la santé mentale, 4) les éléments comportementaux du bénéficiaire de soins, 5) l'instabilité de la situation et 6) les caractéristiques du système de soin. Chacun des six domaines est représenté par 5 items (donnant ainsi un même poids à chaque facteur), pour lesquels l'infirmière juge si le critère est présent «1 = oui» ou «0 = non» selon une échelle nominale, permettant de faciliter le repérage des éléments de la complexité. Le score total, qui correspond à la somme des items «présents», peut varier entre 0 et 30 points. Le développement de l'instrument a débuté par l'identification des facteurs de complexité liés au patient⁽²²⁾ et aux soins précédemment identifiés dans la littérature⁽²⁵⁾ auxquels a été ajouté le facteur d'instabilité. Le COMID a fait l'objet d'une étude d'acceptabilité⁽²⁹⁾ auprès d'un échantillon de 44 infirmières en soins à domicile. Les résultats ont mis en évidence un intérêt marqué des infirmières pour l'utilisation du COMID dans la pratique de routine, pour sa pertinence et sa simplicité d'utilisation. Cette première étape du processus de validation de l'outil ayant été franchie, une estimation des propriétés métriques de l'instrument devient nécessaire. L'objectif du présent article est de rapporter les résultats de deux études qui ont été menées pour évaluer la fidélité du COMID, c'est-à-dire son degré de précision de mesure. Afin d'évaluer la fidélité de l'instrument, la première étude vise à évaluer sa consistance interne et la seconde étude, la cohérence des jugements de complexité au moyen d'une procédure inter-juges.

Première étude: évaluation de la consistance interne du COMID

L'utilisation du COMID par les infirmières a été implémentée par l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) dès fin 2017 pour répondre à des besoins de terrain et dans une perspective de développement et d'adaptation future. Cet outil est utilisé comme support au jugement clinique infirmier sur la complexité de la situation (i.e., sous forme d'une indication retournée à l'infirmière et déterminée à partir du score total) et à son analyse (i.e., évaluation

du patient et des coordinations interprofessionnelles). Le COMID peut être complété pour différents motifs: 1) à la suite d'une évaluation standardisée – notamment à l'aide du Resident Assessment Instrument Home-Care (RAI-HC)⁽³⁰⁾ adapté pour la Suisse – pour les patients de 18 ans et plus bénéficiant de soins à domicile depuis au moins un mois, 2) à la suite d'une réévaluation: 3 ou 6 mois après la précédente évaluation ou lorsque la situation a changé, ou 3) dans le but de préparer une coordination interprofessionnelle. Si le RAI-HC permet une évaluation globale standardisée portant sur 18 domaines de santé, et générant 28 alarmes et 4 échelles de performances⁽³⁰⁾, il n'intègre pas en première intention le repérage des éléments de la complexité; d'où le besoin des professionnels d'un outil de repérage pour une utilisation régulière. Pour la première étude, un ensemble de 5401 COMID complétés par des infirmières à domicile dans leur pratique a été considéré.

Méthode

● PROCÉDURE DE REMPLISSAGE ET RÉCOLTE DES DONNÉES

Chaque COMID est rempli par une infirmière ayant une connaissance de la situation de soin: soit l'infirmière est référente de la situation (i.e., l'interlocutrice privilégiée du patient, en charge de la mise à jour et de la qualité du dossier ainsi que de la coordination des soins), soit elle remplace régulièrement la référente ou effectue des soins régulièrement auprès du patient.

Pour les aider dans la cotation du COMID, toutes les infirmières ont à leur disposition un guide donnant des précisions sur la définition des items et leur cotation. Les réponses fournies par l'infirmière sont saisies dans le dossier de soins informatisé via le système MedLinkTM (Medical Link Services SA, Nyon, Suisse). Une fois la complétion du COMID réalisée (suivie d'un retour informatisé), c'est à l'infirmière qu'il revient de qualifier la situation comme simple ou complexe au regard des éléments recueillis et de son analyse clinique.

Les données considérées pour l'étude ont été acquises entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2018 lors d'évaluations cliniques effectuées par des infirmières à domicile auprès de patients de 18 ans et plus recevant des soins depuis au moins un mois; et extraites des dossiers informatisés. Dans le cas où plusieurs COMID ont été complétés pour un même patient durant cette période, le dernier COMID de la période a été retenu. Des données complémentaires ont également été extraites telles que l'âge et le sexe des patients faisant l'objet de l'évaluation COMID, mais aussi des données concernant les infirmiers qui ont utilisé l'instrument (i.e., âge, sexe, nombre de mois d'ancienneté dans l'institution et si elles étaient les référentes de la situation au moment de la cotation du COMID).

● ANALYSES DE DONNÉES

Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel SPSS version 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Sur l'échantillon initial de 5401 COMID extraits de la base MedLink, 4994 COMID (soit 92.5%) ont été entièrement complétés sans aucun item manquant. Pour 6.1% des COMID, un seul item était manquant. Toutes les analyses effectuées portent sur l'échantillon total: les données manquantes ont été recodées en les remplaçant par la valeur 0, considérant une non-réponse comme une absence de problématique⁵.

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été menées pour décrire, d'une part les caractéristiques des infirmières ayant complété les COMID, et d'autre part, les caractéristiques des patients qui ont fait l'objet des évaluations.

Dans un deuxième temps, des analyses descriptives ont été menées pour décrire les réponses obtenues: pourcentage des réponses « oui » / « non » pour chacun des 30 items du COMID, et distribution du score total.

Enfin, dans un troisième temps, la consistance interne du COMID a été évaluée à l'aide d'un alpha de Cronbach (α). Un coefficient supérieur à 0.70 est attendu pour dénoter d'une cohérence interne suffisante, bien qu'un critère plus restrictif de 0.80 soit attendu par certains auteurs⁽³²⁾. Par ailleurs, des corrélations de Bravais-Pearson entre chacun des items et le score total ont été testées. Afin d'attester de la contribution de chacun des items au score total, il est attendu que toutes les corrélations soient significatives.

5: L'analyse des données manquantes n'a pas mis en évidence de lien entre la présence d'une donnée manquante et des caractéristiques liées au patient ou à l'infirmière: la présence d'une ou plusieurs données manquantes (vs aucune) n'est pas significativement associée au sexe du client ($\chi^2 = 0.052$, $p = 0.820$) ni à son âge ($t(5399) = 1.216$, $p = 0.224$); ni au sexe, à l'âge ou à l'ancienneté au sein de l'institution de maintien à domicile de l'infirmière (respectivement $\chi^2 = 0.665$, $p = 0.415$; $t(5399) = -0.645$, $p = 0.519$; $t(5399) = 1.253$, $p = 0.210$), ni au fait que l'infirmière soit la référente vs ne soit pas la référente du patient ($\chi^2 = 0.042$, $p = 0.838$). Par ailleurs, la présence d'une donnée manquante n'est pas liée au score total du COMID ($t(5399) = 1.528$, $p = 0.127$).

Risultati

- **DESCRIZIONE DEL COLLETTIVO D'INFERMIERE E DEI PAZIENTI**

Le infermiere che hanno completato il COMID sono in numero di 490. Sono in ete di 22 a 64 anni ($M = 41.17$, $ET = 9.65$), hanno in media 85.06 mesi di anzianit e nell'istituzione (cio e pi u di 7 anni) e 83.7% sono donne. Ogni infermiera ha completato da 1 a 42 COMID ($M = 11.02$) per un totale di 5401 COMID. In 86.2% dei casi, l'infermiera e referente della situazione.

Le 5401 pazienti di 18 anni e pi u per le quali un COMID e stato completato sono donne in 62.9% dei casi. Sono in ete in media di 78.61 anni ($ET = 13.89$), cio e 15.1% tra 18 e 64 anni, 27.0% tra 65 e 79 anni e 57.8% di pi u di 80 anni.

- **PERCENTUALE DELLE RISPOSTE PER OGNI ITEM DEL COMID**

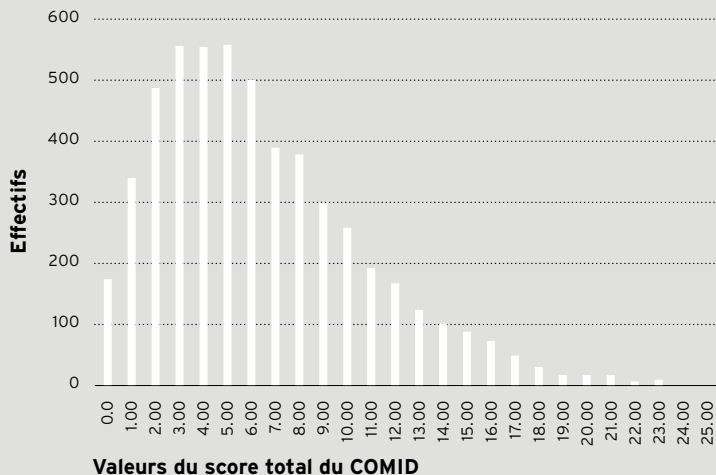
Le percentuali di risposta «sì» e «no» per ciascuno dei 30 items del COMID sono riportate nel Tabella 1. Sulla base di queste informazioni, si osserva che gli items con le percentuali pi u elevate di risposte «sì» sono la presenza di malattie croniche (64.9%), la polimedicazione (62.0%) e le dolori cronici (46.8%), tutti questi items appartenenti al campo della salute medica. Le problematiche meno frequentemente rilevate sono relative a problemi di assicurazione (2.9%), di incoerenza terapeutica (3.1%) e di cambiamento acuto delle capacit e cognitive (5.5%). Infine, e importante rilevare che la percentuale di valori mancanti per item e bassa – al pi u 0.8% – cio e che sottolinea la qualit e di completamento del COMID.

- **DISTRIBUZIONE DEL PUNTO TOTALE AL COMID**

Il punteggio totale ottenuto al COMID varia da 0 a 25 (vedi Figura 1). La media e di 6.41, l'intervallo di tipo di 4.35 e la mediana di 6. Quindi, pi u di due terzi dei punteggi si trovano tra i valori 2.06 e 10.75. Il punteggio totale presenta una leggera asimmetria positiva ($Skew = 0.932$). Tuttavia, non si osserva un effetto di pavimento, il valore 2.06 rappresentando un intervallo di tipo di sotto la media che non include il 0. Quindi il punteggio totale presenta una buona variabilit e.

Figure 1 Répartition des effectifs pour chaque valeur du score total du COMID.

1



● CONSISTANCE INTERNE

La consistance interne du COMID, évaluée pour l'ensemble des 30 items à l'aide d'un alpha de Cronbach est de $\alpha = 0.797$. Ce résultat met en évidence une consistance interne suffisante.

Par ailleurs, chacun des items corrèle significativement avec le score total (de $r = 0.175$ à $r = 0.543$; $ps < 0.001$). Toutes les corrélations sont positives et relativement homogènes à travers les items (Tableau 1). Ainsi chaque problématique contribue au calcul de la complexité.

Tableau 1 Pourcentage de réponses « oui » / « non » pour chacun des 30 items du COMID et corrélations entre chaque item et le score total.

Items du COMID	Pourcentages		Corrélations avec le score total ^a
	% « oui »	% « non »	
1.a Maladie chronique	64.9	34.8	0.410
1.b Douleur chronique	46.8	53.0	0.296
1.c Allergie	14.1	85.3	0.175
1.d Polymédication	62.0	37.8	0.326
1.e Troubles cognitifs	36.6	63.1	0.349
2.a Difficultés financières	12.9	86.5	0.410
2.b Absence proche aidant	33.1	66.7	0.496
2.c Faible niveau de littératie	12.8	86.8	0.262
2.d Isolement	20.2	79.5	0.427
2.e Logement inadapté	8.9	90.9	0.336
3.a Dépression	21.8	77.8	0.421
3.b Maladie psychiatrique	11.8	87.8	0.339
3.c Addiction	9.5	90.1	0.293
3.d Anxiété	21.9	77.7	0.543
3.e Variabilité fonctions mentales	17.1	82.4	0.501
4.a Sollicitations récurrentes du réseau	23.9	75.4	0.473
4.b Communication ambivalente	14.3	85.4	0.505
4.c Inquiétude	26.5	73.2	0.462
4.d Agressivité	7.1	92.5	0.383
4.e Résistance aux soins	15.4	84.4	0.433
5.a Dégradation état de santé	24.4	75.4	0.415
5.b Changement degré d'indépendance	20.7	79.1	0.321
5.c Période transition	23.1	76.5	0.286
5.d Changement aigu capacités cognitives	5.5	94.0	0.289

5.e Non-prévisibilité état santé	38.1	61.6	0.496
6.a Intervenants multiples	22.9	76.7	0.458
6.b Faible partenariat entre intervenants	9.7	89.9	0.353
6.c Incohérence thérapeutique	3.1	96.4	0.311
6.d Problème assurance	2.9	96.3	0.236
6.e Ressenti émotionnel lourd	8.7	90.6	0.510

Notes: Dans ce tableau les réponses « non » ne concernent que les réponses cotées « non » et pas les réponses manquantes.

a. Toutes les corrélations sont significatives avec un $p < 0.001$

Discussion

Les fréquences des réponses des items montrent que chacune des problématiques évaluées dans le COMID a été observée pour une partie au moins des situations à domicile (i.e., aucune modalité de réponse n'est à 0% ou 100%). Par ailleurs, la distribution des réponses sur le score total montre que ce score est variable entre les situations. Ainsi, de futures analyses pourront s'attacher à identifier si cette variabilité est susceptible de discriminer des situations différentes (analyses de validité).

D'autre part, les analyses mettent en évidence une consistance interne tout à fait acceptable. Toutefois, il est à noter que le COMID est un outil à visée clinique, d'aide au raisonnement, et de soutien à la communication interprofessionnelle. Ainsi, sa précision implique également que deux professionnels différents cotent de manière similaire le COMID. L'évaluation de cet aspect « d'accord inter-juges » de la fidélité du COMID fait l'objet de la seconde étude présentée ci-dessous.

● SECONDE ÉTUDE: ÉVALUATION DE L'ACCORD INTER-JUGES DU COMID

Pour évaluer l'accord inter-juges du COMID, la seconde étude repose sur un protocole spécifique permettant une double cotation de l'outil COMID. Plus spécifiquement, 38 COMID, complétés par une infirmière dans sa pratique, ont été également complétés par un 2^e juge. Cette double cotation a été effectuée par des infirmières spécialistes cliniques (ISC) expérimentées travaillant à imad. Les ISC bénéficient d'une solide expérience dans les soins domiciliaires. Elles sont des professionnelles de 2^e ligne, avec une mission de soutien auprès des

professionnels des équipes de terrain (infirmier, assistant en soins et santé communautaire, aide familiale, aide à domicile). Elles ont des fonctions de formations, de consultations cliniques spécifiques (e.g., plaies, santé mentale, maladies chroniques) et d'analyses de situation.

Ce protocole impliquant une 2^e cotation du COMID a été mis en place afin de tester l'accord inter-juges pour chacun des 30 items de l'instrument, ainsi que pour le score total. Dans cette étude, seuls les COMID complétés par deux juges selon la procédure définie ont été inclus. Outre l'évaluation de la fidélité, la procédure de l'accord inter-juges permet également, à l'instar de la démarche décrite pour l'INTERMED⁽³³⁾, de repérer d'éventuels items problématiques, à savoir des items pour lesquels l'accord inter-juges est faible.

Méthode

● PROCÉDURE DE REMPLISSAGE ET RÉCOLTE DES DONNÉES

Les données des COMID complétés par les infirmières à imad ont été utilisées pour la cotation de base (juges 1). Au total, 38 situations cliniques ont fait l'objet d'une double cotation. La 2^e cotation (juges 2) a été effectuée par des ISC dans le cadre de formations au RAI-HC assurées auprès de nouvelles infirmières (dans tous types de situations) ou lors de consultations ou d'analyses de situations (dans des situations souvent complexes), entre le 1^{er} décembre 2018 et le 7 février 2019. De manière plus minoritaire, cette 2^e cotation a été effectuée lors d'une demande d'appui pour une analyse de dossier ou d'une préparation de séance de coordination interprofessionnelle. L'intervention des ISC s'est faite auprès de l'infirmière avec ou sans visite au patient. Les doubles cotations du COMID ont été effectuées de manière indépendante entre les juges (infirmières, juges 1 vs ISC, juges 2) c'est-à-dire sans prendre connaissance des réponses au COMID figurant dans le dossier informatisé du patient. Pour compléter les COMID, les ISC avaient à disposition un ou plusieurs des éléments suivants: le dossier patient informatisé (hors COMID), une visite avec le patient, les informations rapportées par l'infirmière référente; et plus minoritairement: des informations du pôle de gestion de l'équipe ou d'autres collaborateurs ainsi que d'autres sources d'information documentant la santé du patient. Pour chacune des 38 situations retenues, les COMID des ISC ont été appariés aux COMID saisis dans le dossier informatisé par les infirmières dans leur pratique de routine (complétion des COMID identique à celle décrite dans la première étude). Dans le cas où plusieurs COMID ont été complétés par l'infirmière, le COMID complété dans l'intervalle de temps le plus proche de celui complété par l'ISC a été retenu. L'intervalle de temps entre deux cotations s'étend de 0 à 273 jours (M = 33.71 jours, médiane = 13.5 jours).

● ANALYSES DE DONNÉES

Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel SPSS version 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Un total de 38 situations a fait l'objet d'une double cotation.

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été menées pour décrire les caractéristiques des infirmières ayant initialement complété les COMID (juges 1), les caractéristiques des ISC (juges 2) ayant effectué la 2^e cotation, et les caractéristiques des patients qui ont fait l'objet des évaluations.

Dans un second temps, des analyses ont été menées pour évaluer la fidélité inter-juges. Un coefficient de corrélation intra-classe (CCI) a d'abord été calculé pour évaluer le degré d'accord inter-juges sur le score total au COMID. Le modèle utilisé est un modèle mixte à deux facteurs, de type absolu, pour mesure unique⁽³⁴⁾. Les valeurs sont interprétées en dessous de 0.40 comme faibles; de 0.40 à 0.59, passables; de 0.60 à 0.74, bonnes; et supérieures à 0.75 comme excellentes⁽³⁵⁾. Des tests Kappa (κ) ont ensuite été effectués afin d'évaluer le degré d'accord inter-juges sur les réponses à chacun des 30 items du COMID. Les seuils utilisés pour juger de la qualité des valeurs du coefficient κ sont les suivants (36): 0.00 à 0.20, faibles; de 0.21 à 0.40, passables; de 0.41 à 0.60, modérées; de 0.61 à 0.80, considérables, et de 0.81 à 1.00, excellentes.

Résultats

● DESCRIPTION DU COLLECTIF D'INFIRMIÈRES, D'ISC ET DE PATIENTS

Trente-cinq infirmières ont complété les COMID qui ont été appariés à ceux complétés par les ISC. Les infirmières sont âgées de 25 à 62 ans (M = 38.17, ET = 10.20), 27 sont des femmes, huit des hommes. Elles détiennent en moyenne 58.31 mois d'ancienneté dans l'institution, soit plus de 4 ans en moyenne. Dans 29 situations sur 38, l'infirmière est la référente de la situation.

Dix ISC ont codé indépendamment de 2 à 5 COMID chacune. Les ISC sont âgées de 30 à 58 ans (M = 45.70, ET = 7.50), 8 sont des femmes et 2 des hommes. Elles détiennent en moyenne 121.4 mois d'ancienneté dans l'institution, soit plus de 9 ans en moyenne. Leur expérience dans leur fonction d'ISC s'étend de 3 à 132 mois (M = 75.7, médiane = 95.5), soit plus de 5 ans en moyenne.

Les patients dont les situations ont été codées sont âgés de 50 à 98 ans (M = 81.06, ET = 11.19). Vingt et un sont des femmes et 17 hommes.

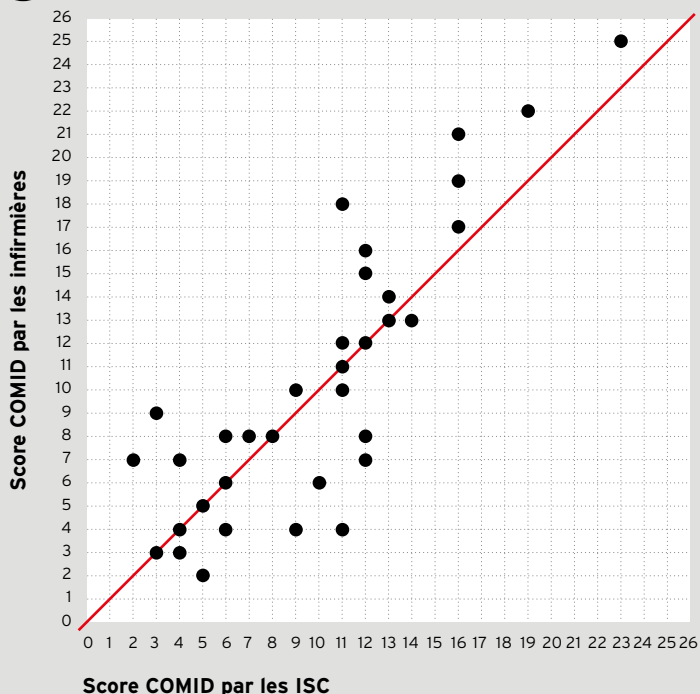
● **ACCORD INTER-JUGES POUR LE SCORE TOTAL DU COMID**

Les scores totaux des 38 situations jugées par les infirmières et les ISC sont représentés sous forme de nuages de points dans la Figure 2. Le coefficient de corrélation intra-classe calculé sur les valeurs de score total au COMID est de $CCI = 0.839$, avec un intervalle de confiance à 95% de $IC\ 95\% [0.713-0.913]^6$. Ce résultat traduit un excellent degré d'accord entre les cotations des ISC et des infirmières.

Figure

Nuage de points représentant les valeurs des scores totaux au COMID codés par les infirmières et les infirmières spécialisées (ISC).

2



La ligne rouge représente la droite théorique d'un accord parfait.

6: Il est à noter que le coefficient de corrélation de Bravais-Pearson entre les scores totaux des COMID cotés par les infirmières et des ISC est de $r = 0.854$, $p < 0.001$.

● ACCORD INTER-JUGES POUR LES ITEMS DU COMID

Les degrés d'accord inter-juges ont été estimés pour chacun des 30 items du COMID, au moyen du calcul de coefficients Kappa (κ). Les résultats sont rapportés dans le Tableau 2. Ils montrent que quatre items présentent des coefficients d'accord excellents ($\kappa > 0.81$)⁽³⁵⁾; il s'agit des items de polymédication, difficultés financières, comportement d'agressivité et de résistance aux soins. Inversement, trois items font valoir un accord inter-juges faible ou passable ($\kappa < 0.40$). C'est le cas notamment pour le changement aigu des capacités cognitives et même des accords non significatifs comme le faible partenariat entre intervenants, et l'incohérence thérapeutique. Les autres items ont des accords modérés ($N = 13$) ou considérables ($N = 10$).

Tableau 2 Coefficients Kappa et pourcentages de réponses « oui » cotées au COMID par les infirmières (INF) et par les infirmières spécialisées (ISC) pour chaque item.

Items	Kappa ^a	p	% réponses INF (effectifs)	% réponses ISc (effectifs)
1.a Maladie chronique	0.710**	< 0.001	73.7 (28/38)	78.9 (30/38)
1.b Douleur chronique	0.579*	< 0.001	50 (19/38)	50 (19/38)
1.c Allergie	0.723**	< 0.001	13.2 (5/38)	7.9 (3/38)
1.d Polymédication	0.907***	< 0.001	81.6 (31/38)	84.2 (32/38)
1.e Troubles cognitifs	0.681**	< 0.001	55.3 (21/38)	55.3 (21/38)
2.a Difficultés financières	0.864***	< 0.001	26.3 (10/38)	26.3 (10/38)
2.b Absence proche aidant	0.632**	< 0.001	50 (19/38)	47.4 (18/38)
2.c Faible niveau de littératie	0.541*	0.001	21.1 (8/38)	13.2 (5/38)
2.d Isolement	0.516*	0.001	47.4 (18/38)	28.9 (11/38)
2.e Logement inadapté	0.791**	< 0.001	28.9 (11/38)	21 (8/38)
3.a Dépression	0.691**	< 0.001	26.3 (10/38)	34.2 (13/38)
3.b Maladie psychiatrique	0.802**	< 0.001	15.8 (6/38)	15.8 (6/38)

3.c Addiction	0.623**	< 0.001	10.5 (4/38)	13.2 (5/38)
3.d Anxiété	0.538*	0.001	39.5 (15/38)	28.9 (11/38)
3.e Variabilité fonctions mentales	0.543*	0.001	31.6 (12/38)	23.7 (9/38)
4.a Sollicitations récurrentes du réseau	0.463*	0.003	47.4 (18/38)	31.6 (12/38)
4.b Communication ambivalente	0.662**	< 0.001	39.5 (15/38)	34.2 (13/38)
4.c Inquiétude	0.490*	0.002	31.6 (12/38)	26.3 (10/38)
4.d Agressivité	0.894***	< 0.001	15.8 (6/38)	13.2 (5/38)
4.e Résistance aux soins	0.841***	< 0.001	44.7 (17/38)	47.4 (18/38)
5.a Dégradation état de santé	0.474*	0.002	26.3 (10/38)	39.5 (15/38)
5.b Changement degré indépendance	0.549*	< 0.001	21.1 (8/38)	34.2 (13/38)
5.c Période transition	0.418*	0.01	23.7 (9/38)	23.7 (9/38)
5.d Changement aigu capacités cognitives	0.374	0.003	10.5 (4/38)	2.6 (1/38)
5.e Non-prévisibilité état de santé	0.575*	< 0.001	52.6 (20/38)	57.9 (22/38)
6.a Intervenants multiples	0.411*	0.011	44.7 (17/38)	42.1 (16/38)
6.b Faible partenariat entre intervenants	0.084	0.593	10.5 (4/38)	15.8 (6/38)
6.c Incohérence thérapeutique	0.168	0.281	13.2 (5/38)	7.9 (3/38)
6.d Problème assurance	0.479*	0.001	7.9 (3/38)	2.6 (1/38)
6.e Ressenti émotionnel lourd	0.734**	< 0.001	39.5 (15/38)	47.4 (18/38)

Note. a. *: Kappa entre 0.41 et 0.60, interprété comme modéré; **: Kappa entre 0.61 et 0.80 interprété comme considérable; ***: Kappa supérieur à 0.81 interprété comme excellent⁽³⁵⁾.

Discussion

Les résultats de l'analyse de 38 doubles cotations du COMID révèlent un accord inter-juges extrêmement élevé sur le score total. L'accord inter-juges évalué sur chacun des items séparément montre des coefficients Kappa qui s'étendent de $\kappa = 0.91$ pour la polymédication à $\kappa = 0.08$ pour le partenariat entre intervenants. A noter que cet item, tout comme l'item relatif à l'incohérence thérapeutique ($\kappa = 0.17$) sont les seuls à ne pas atteindre le seuil de significativité de $p < 0.05$. Globalement, on peut retenir que la fidélité du COMID, estimée sur la base de méthodes évaluant l'accord inter-juges, est tout à fait acceptable.

Pour ce qui concerne les items « problématiques », à savoir ceux avec le moins d'accord, on peut relever qu'il s'agit d'items qui évaluent des éléments nécessitant une connaissance approfondie de la situation. Cela pourrait expliquer les cas où le pourcentage de réponses « oui » est plus élevé chez les infirmières que chez les ISC (47.4% vs 28.9%, par exemple, pour l'isolement, ou 47.4% vs 31.6% pour la sollicitation récurrente du réseau). Lors des rencontres et des échanges réguliers avec le patient, elles peuvent observer des éléments de la situation qui ne sont pas forcément visibles dans un premier temps ou documentés en tant que tels, dans le dossier du patient. Cela peut être le cas également par exemple pour la variabilité des fonctions mentales ou des problèmes d'assurance.

Dans d'autres cas, l'expertise de l'ISC peut amener à juger un item plus fréquemment comme « complexe » que l'infirmière, comme c'est le cas par exemple pour l'item concernant le faible partenariat entre intervenants (10.5% vs 15.8%) ou la dégradation de l'état de santé (26.3% vs 39.5%). Pour d'autres items (e.g., période de transition), l'accord n'est pas élevé sans que cela puisse s'expliquer par le fait que l'un ou l'autre des juges ait plus fréquemment rapporté cette problématique (e.g., 23.7% dans les deux cas). Par ailleurs, d'autres items, notamment ceux relevant du domaine 6 concernant les intervenants et le système de soins (e.g., l'incohérence thérapeutique), laissent place à une part de subjectivité du professionnel, (e.g., en fonction de son expérience, de sa relation avec le patient), ce qui pourrait être à l'origine d'un plus faible accord entre les deux cotations.

Pour remédier au faible degré d'accord sur certains items, il serait envisageable de favoriser dans la pratique la mise en exergue d'informations saillantes dans le dossier patient. Un autre axe d'amélioration possible serait d'ajouter dans le guide d'utilisation du COMID des explications ou des précisions supplémentaires sur certains items, leur définition et leur cotation. Dans le sens de cette démarche, pour l'outil INTERMED la fidélité des items problématiques a été améliorée, en partie, en ajoutant des précisions dans la formulation

des items (e.g., distinguer les pronostics à court terme ou à long terme⁽³¹⁾). On peut aussi relever que pour le COMID, les items qui présentent un haut degré d'accord inter-juges (e.g., les items qui évaluent les problématiques relatives à la résistance aux soins, à l'agressivité et à la prise de médicaments), reposent sur des éléments documentés lors de l'évaluation des besoins de santé effectuée avec le RAI-HC. Au final, quelle que soit l'information utilisée par les professionnelles pour compléter le COMID, les résultats de la seconde étude mettent en avant que la majorité des items du COMID sont suffisamment précis pour permettre des réponses similaires entre deux infirmières ayant pourtant des rôles différents et des actions et des fonctions différentes auprès du patient.

Enfin, cette seconde étude présente certaines limites à prendre en compte dans des études ultérieures. La première est l'intervalle de temps entre deux COMID. Celui-ci est très variable, allant d'une double cotation effectuée le même jour à un intervalle de plusieurs mois entre deux cotations d'une même situation. Dans ce dernier cas, il est possible que certaines problématiques aient évolué entre deux occasions de cotation, diminuant ainsi le degré d'accord inter-juges. Par définition, on peut ainsi attendre qu'un long intervalle entre deux cotations affecte plus particulièrement les cotations aux items évaluant la dimension d'instabilité. La seconde limite tient aux types de situations de cette deuxième étude qui sont plus complexes que dans la première étude (i.e., score total plus élevé, fréquences de certains items plus élevées comme la polymédication, les troubles cognitifs, l'isolement, les sollicitations récurrentes du réseau, la non-prévisibilité de l'état de santé ou l'incohérence thérapeutique). Les situations rencontrées par les ISC et ayant fait l'objet de doubles cotations sont donc particulièrement complexes et probablement plus spécifiques que l'ensemble des COMID analysés dans la première étude. Enfin, le nombre de situations (N = 38) mériterait d'être augmenté pour de meilleures estimations de l'accord inter-juges. Par ailleurs, ces résultats pourraient être affinés afin de voir si l'accord inter-juges varie, par exemple, en fonction du nombre de visites ou de l'expérience professionnelle.

Discussion générale

Les deux études présentées dans cet article ont eu pour objectif de documenter la fidélité du COMID, ouvrant ainsi l'évaluation métrologique de l'instrument. Les résultats viennent compléter une première étude qui s'est intéressée à l'acceptabilité du COMID auprès des infirmières à domicile et qui avait donné lieu à des résultats positifs. Si l'on en croit le nombre important de COMID pleinement renseignés depuis son implémentation, l'intérêt porté à l'instrument

dans la pratique semble répliqué. En effet, comme le montre la première étude qui a porté sur 5401 COMID complétés par 490 infirmières, rares sont les protocoles qui comportent des données manquantes. Par ailleurs, le nombre important de COMID renseignés d'une part et la variabilité des caractéristiques des patients dont les situations ont été étudiées d'autre part, amènent à penser que ces résultats pourraient être transférables à d'autres échantillons bien que des analyses dans de futures études soient nécessaires pour pouvoir l'affirmer.

On peut également relever qu'un des apports du présent article est d'avoir évalué la fidélité de l'instrument au moyen de deux méthodes, l'une rapportée dans la première étude et visant à estimer la consistance interne de l'instrument, et la seconde, rapportée dans la seconde étude, visant à s'appuyer sur l'accord inter-juges. Les résultats permettent d'inscrire le COMID parmi les outils de mesure de la complexité présentant un bon taux de complétion et une bonne fidélité (pour des résultats similaires avec INTERMED^(33, 37) ou INTERMED pour des personnes âgées⁽³⁸⁾). Ils soutiennent ainsi l'utilisation du COMID comme un instrument fidèle pour mesurer la complexité des situations rencontrées à domicile. Les résultats de ces études suggèrent également que la fidélité repose en partie sur les connaissances et l'expérience des infirmières qui leur permettent d'affiner leurs observations. Afin de perfectionner la précision de cotation du COMID, une révision du guide, portant notamment sur la clarté des consignes et des éléments jugés comme « complexes », ainsi qu'une adaptation de la formation des utilisateurs peuvent être proposées.

Des études complémentaires mériteront d'être menées pour affiner les connaissances métrologiques de l'instrument. Il s'agira notamment d'évaluer la validité du COMID, c'est-à-dire sa capacité à effectivement mesurer la complexité multidimensionnelle à domicile. La validité concurrente pourra être estimée en confrontant les réponses obtenues au COMID avec une évaluation de la complexité fondée sur le jugement clinique infirmier. À l'inverse, la validité discriminante pourra être évaluée en confrontant le COMID à des mesures en lien mais dont les construits sont au demeurant distincts de la complexité, tels que la fragilité, les comorbidités ou la dépendance fonctionnelle. Par ailleurs, il serait pertinent de mener des études permettant d'évaluer la validité prédictive de la complexité évaluée à l'aide du COMID. Pour cela, un devis de recherche longitudinal, documentant de manière prospective les événements indésirables en santé (e.g., suivi des hospitalisations, réhospitalisations, institutionnalisation) devrait être mis en place. Les études pourraient également être déclinées dans une visée de détermination de différents seuils de conversion (courbes ROC) de l'instrument mais aussi de précision diagnostique (sensibilité, spécificité) en regard de la complexité. Enfin, la suite du processus de validation du COMID visera à étudier la validité incrémentielle concernant la plus-value

de l'utilisation de l'instrument en testant plus précisément 1) l'impact de l'introduction du COMID dans les pratiques professionnelles quotidiennes et 2) la prise en charge des patients selon leur profil de réponse au COMID en termes d'évolution des indicateurs de santé et de prise en charge (e.g., coordinations, délégations de situations simples).

Conclusion

Les deux études présentées dans cet article ont montré que le COMID est un outil d'évaluation de la complexité multidimensionnelle à domicile fidèle. Sa particularité est d'avoir été conçu spécifiquement pour les infirmières intervenant à domicile, qui se trouvent au centre d'un système complexe composé du patient dans son environnement et dans lequel interviennent de multiples professionnels de santé. Le COMID est ainsi un outil particulièrement novateur car, à notre connaissance, il est le premier à être conçu spécifiquement pour les situations prises en soins dans un contexte domiciliaire, et à permettre d'évaluer simultanément différents aspects de la complexité pour les inscrire dans une démarche de prise en soins globale, intégrée, individualisée et adaptée aux besoins des patients.

Au-delà de l'utilisation du COMID dans la démarche de soin (repérage et analyse des situations complexes permettant d'affiner les coordinations et les plans d'intervention), les données issues du COMID, prises à l'échelle d'une institution, constituent également une source précieuse d'informations additionnelles pour améliorer la connaissance de la clientèle⁽³¹⁾. Ainsi, en se fondant sur le COMID, l'analyse de la complexité peut se faire à un niveau « micro » (en évaluant les caractéristiques et l'environnement du patient), au niveau « méso » (en évaluant les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de patients) et au niveau « macro » (en évaluant la complexité des situations d'une population donnée et dans les coordinations mises en place dans le système de santé). Dans la pratique clinique quotidienne, une analyse de la complexité à ces différents niveaux est indispensable pour communiquer, coordonner et proposer une prise en charge de qualité.

Financements

L'étude a été soutenue par des fonds institutionnels de l'institution genevoise de maintien à domicile (imad). Le financeur n'a joué aucun rôle dans l'élaboration du plan de recherche, dans le traitement des données et dans la préparation du manuscrit.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Remerciements

Nous remercions les infirmières et infirmières spécialistes cliniques de l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) ayant participé aux études ainsi que Margareth Langard pour son expertise clinique, Claire Pipart et Marc Tanguy pour leur soutien organisationnel et Bruno Moutou pour la logistique des données.

Références

1. Department of Economic and Social Affairs. Development in an ageing world: World Economic and Social Survey [En ligne]. New York: United Nations publication; 2007. [cité le 17 septembre 2019]. Disponible: https://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archivage/2007wess.pdf
2. Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbunnen A. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: scénarios actualisés pour la Suisse [En ligne]. Berne: Observatoire suisse de la santé. Editions Hans Huber; 2011 [cité le 17 septembre 2019]. Disponible: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/2011_hh_pflegebed_f.pdf
3. Pefoyo AJ, Bronskill SE, Gruneir A, Calzavara A, Thavorn K, Petrosyan Y, et al. The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health*. 2015 Apr;15:415.
4. Observatoire suisse de la santé. La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015 [en ligne]. Berne: Hogrefe Verlag; 2015. [cité le 17 septembre 2019]. Disponible: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f_0.pdf
5. Roth S, Pellegrini S. Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins? Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; Rapport 68 2015. [cité le 17 septembre 2019]. Disponible: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_68_rapport_0.pdf
6. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [en ligne]. Genève: OMS; 2016 [cité le 17 septembre 2019]. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
7. Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I. Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2016 Oct;16(1):594.
8. Adamuz J, Gonzalez-Samartino M, Jimenez-Martinez E, Tapia-Perez M, Lopez-Jimenez MM, Ruiz-Martinez MJ, et al. Care Complexity Individual Factors Associated With Hospital Readmission: A Retrospective Cohort Study. *J Nurs Scholarsh*. 2018 Jul;50(4):411-21.
9. Yoshida S, Matsushima M, Wakabayashi H, Mutai R, Murayama S, Hayashi T, et al. Validity and reliability of the Patient Centred Assessment Method for patient complexity and relationship with hospital length of stay: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2017 May;7(5):e016175.
10. Peek CJ, Baird MA, Coleman E. Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health*. 2009 Dec;27(4):287-302.
11. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris: Seuil; 2005.
12. Nightingale F. Notes on nursing: what it is, and what it is not. New-York: D. Appleton and Company; 1989.
13. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *J Nurs Sch*. 1984 Jun;16(3):84-89.
14. Pepin J, Ducharme F, Kerouac S. La pensée infirmière. 4e éd. Montréal: Chenelière éducation; 2017.
15. Richard L, Gendron S, Cara C. Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe: une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières. *Aporia*. 2012 Oct;4(4):25-39.
16. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535-44.
17. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. *JAMA*. 2002 Oct;288(15):1909-14.
18. Haute Autorité de santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires? Saint-Denis La Plaine, France: HAS; 2014 [cité le 17 septembre 2019]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
19. Mount JK, Massanari RM, Teachman J. Patient care complexity as perceived by primary care physicians. *Fam Syst Health*. 2015 Jun;33(2):137-45.
20. Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. 2012 Oct;65(10):1041-51.
21. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009 Jul-Aug;7(4):357-63.
22. Loeb DF, Binswanger IA, Candrian C, Bayliss EA. Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*. 2015 Sept;13(5):451-5.
23. Manning E, Gagnon M. The complex patient: a concept clarification. *Nurs Health Sci*. 2017 Mar;19(1):13-21.
24. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. *BMJ*. 2001 Sep;323(7314):685-8.
25. de Jonge P, Huysse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin North Am*. 2006 Jul;90(4):679-92.
26. Stiefel FC, de Jonge P, Huysse FJ, Guex P, Slaets JP, Lyons JS, et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 Jan-Feb;21(1):49-56.
27. Pratt R, Hibberd C, Cameron IM, Maxwell M. The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. *J Comorb*. 2015 Jul;5:110-9.
28. Joyce PR, Khan A, & Jones AV. The revolving door patient. *Compr Psychiatry*. 1981 Jul-Aug;22(4):397-403.
29. Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*. 2018 Jun;4(2):116-23.
30. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc*. 1997 Aug;45(8):1017-24.
31. Busnel C, Mastroiuro L, Zecca W, Ludwig C. Le RAI Home Care: Utilisation, potentiels et limites dans les soins à domicile. *Gerontol Soc*. 2017 Feb;39(153):167-82.
32. Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychol Assess*. 1995 Sept;7(3):309-19.
33. Huysse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP, de Jonge P, Fink P, et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 Jan-Feb;21(1):39-48.
34. Hallgren KA. Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: an Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2012 Jul;8(1):23-34.
35. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*. 1994 Dec;6(4):284-90.
36. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977 Mar;33(1):159-74.
37. Lobo E, Rabanaque MJ, Bellido ML, Lobo A. Reliability of INTERMED Spanish version and applicability in liver transplant patients: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2011 Jul;11:160.
38. Peters LL, Boter H, Slaets JP, Buskens E. Development and measurement properties of the self assessment version of the INTERMED for the elderly to assess care complexity. *J Psychosom Res*. 2013 Jun;74(6):518-22.

« La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers »

« Nursing Practice Complexity »: Towards a new conceptual framework in nursing care

Références: Busnel Catherine, Ludwig Catherine, Da Rocha Rodrigues Maria Goreti, La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers, in *Recherche en soins infirmiers*, 2020/1 (N° 140), p. 7-16.

DOI: <https://doi.org/10.3917/rsi.140.0007>

Résumé

Mots clés:
cas complexe,
soins complexes,
besoins complexes,
pratique infirmière complexe,
concept.

Si la théorie de la complexité a influencé les champs de la santé et du social, elle entre aujourd'hui de manière encore plus ciblée dans les soins infirmiers au travers d'une foison de terminologies. Ainsi, les termes de patient complexe, cas complexe, complexité des soins, pratique complexe et besoins complexes ont progressivement été proposés pour qualifier différents aspects de la complexité dans les soins infirmiers. Comme le traduisent ces qualificatifs, les infirmières deviennent les actrices de prises en soins multi-déterminées et se doivent d'intégrer la complexité dans une pratique réflexive.

Le présent article a pour objectif, à partir d'une revue narrative de littérature, d'apporter un regard croisé sur la complexité dans les soins infirmiers en précisant les différents termes utilisés dans la discipline, selon une approche multiniveau.

À l'issue de cette revue, les auteurs proposent un nouveau cadre conceptuel intégratif de la complexité dans la pratique infirmière.

Abstract

Keywords:
case complexity,
care complexity,
needs complexity,
nursing practice complexity,
concept.

While the complexity theory has gradually influenced the field of health and social sciences, it has also integrated the nursing care through a wealth of terminologies. Thus, the terms complex patient, complex case, complex care, complex practice and complex needs have been proposed to describe different aspects of complexity in nursing care. As these qualifiers reflect, nurses become actors in multi-defined care and must integrate complexity into reflective practice. The objective of this article based on a narrative review is to provide a cross-fertilized look at complexity in nursing by clarifying the different terms used in the discipline, using a multi-level approach. At the end of this review, the authors propose a new integrative conceptual framework for complexity in nursing practice

Introduction

Le terme complexité s'est infiltré au cours des années 70 dans tous les domaines de la société, en référence à l'évolution d'une dynamique industrielle, informatique, organisationnelle et opérationnelle mettant en avant un monde multidimensionnel⁽¹⁾. Les termes « complexes » et « complexité » sont aujourd'hui utilisés couramment et leur usage dans le domaine des soins ne fait pas exception. A l'instar de l'Organisation mondiale de la santé qui transpose dans les soins la notion de « système complexe »⁽²⁾ comme un « système dans lequel les parties interagissant entre elles sont si nombreuses qu'il est difficile, voire impossible, de prévoir les comportements du système sur la simple base de la connaissance de ses composantes individuelles ». Cette définition place surtout la complexité au niveau des systèmes de santé rejoignant une définition globale et conceptuelle de la complexité. En effet, elle est tout d'abord un concept théorique⁽³⁾ dont les définitions proposées sont souvent générales et les critères retenus pour la décrire sont associés le plus communément à l'imprécision, au flou, aux aléas, à l'instabilité, à l'ambiguïté, à l'incertitude et à l'imprévisibilité⁽⁴⁾ incluant des caractères dynamiques et non linéaires. Dans les sciences sociales et humaines, comme dans les sciences naturelles et biomédicales, la complexité est aussi définie d'une manière conceptuelle par un ensemble de phénomènes non linéaires et imprévisibles nécessitant en permanence des adaptations du système et des différents composants la constituant. Une telle dynamique a été qualifiée par Edgar Morin⁽³⁾ d'« ordre-désordre-interactions-organisation ». Dans les soins, la complexité est souvent définie soit par opposition (complexité vs simplicité)⁽⁵⁾, par association (complexité et fragilité ou complexité vs vulnérabilité ou complexité vs comorbidité)⁽⁶⁾ ou par graduation (complexité vs sévérité). Dans les sciences infirmières, la complexité apparaît discrètement de manière diluée dans le paradigme de l'intégration et celui de la transformation⁽⁷⁾. Mais actuellement, la complexité n'est pas positionnée comme un concept central d'une théorie ou modèle infirmier spécifique, même si l'intérêt de questionner la complexité dans les soins est de plus en plus prégnant dans la pratique infirmière. Aussi, si comme évoqué par Morin⁽³⁾, la complexité est « l'art de faire coexister, sans les fusionner, les modèles, théories, méthodes de sorte que leur application rende nos interventions conformes dans la situation dans laquelle elles s'opèrent », elle devrait par conséquent avoir une place prépondérante dans nos modèles actuels pour optimiser la qualité des prises en soins.

Dans une perspective d'opérationnalisation, en France, la Haute Autorité de santé a proposé de définir la situation complexe « comme une situation pour laquelle la présence simultanée d'une

multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé»⁽⁸⁾. Plusieurs outils pour la pratique ont été déclinés selon des contextes de soins différents⁽⁹⁾, selon les professionnels y compris pour des infirmières⁽¹⁰⁾. Si différents auteurs s'accordent sur les notions « d'ensemble d'éléments » interagissant de manière « instable »⁽¹¹⁾, la complexité dans le champ de la santé peut s'interpréter à différents niveaux; de l'ensemble des unités composant chaque système physiologique à l'ensemble des institutions composant un système de santé. D'un point de vue général, la complexité dans les soins fait coexister des modèles existant dans différentes disciplines (biologie, sociologie, anthropologie, par exemple). Elle met les infirmières au centre d'un système de santé, au cœur des prises en soins multi déterminées par des éléments à la fois physiologiques, environnementaux, institutionnels et politiques, comme le rappelle le métaparadigme infirmier qui inscrit le champ d'activité des infirmières et leur centre d'intérêt sur quatre concepts centraux qui sont l'être humain, le soin, la santé et l'environnement⁽¹²⁾.

Cet article, basé sur une revue narrative de la littérature^(13,14), a pour objectif d'apporter un regard croisé sur la complexité dans les soins infirmiers selon les différents qualificatifs rencontrés dans le champ de la santé (cas, soins, besoins) et selon les différents niveaux d'application (micro, méso, macro). Dans les sciences infirmières, la complexité apparaît discrètement de manière diluée dans le paradigme de l'intégration et celui de la transformation⁽⁷⁾. Il n'est donc pas surprenant qu'une foison de qualificatifs renvoyant à la notion de complexité soit apparue dans la littérature infirmière, parmi lesquels on peut citer « patient complexe », « cas complexe », « complexité des soins », « pratique complexe » et « besoins complexes ».

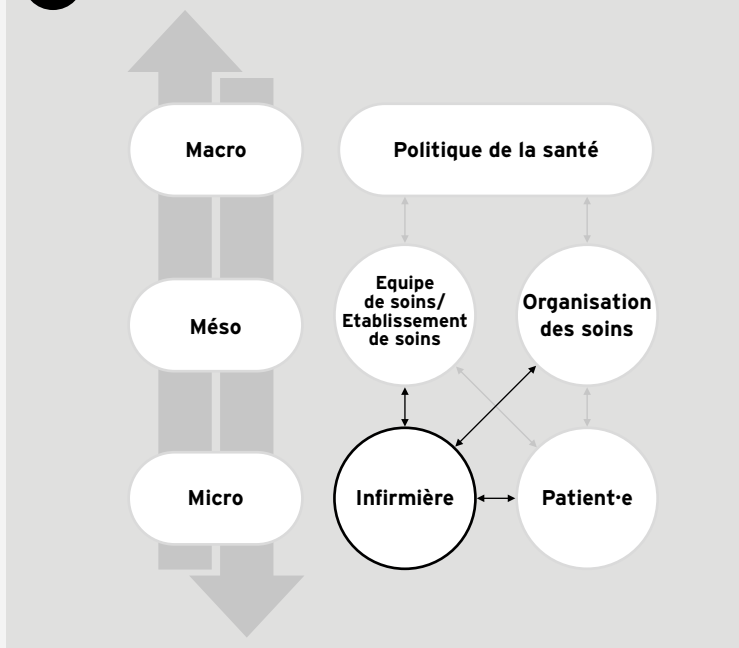
D'emblée, on peut relever que la diversité des termes liés à la complexité s'inscrit à différents niveaux d'interprétation, allant d'un niveau « micro », celui de la physiologie des individus à prendre en soins par l'infirmière, à un niveau « macro », celui des systèmes de santé au sein desquels l'infirmière déploie ses soins. Si cette richesse dénote l'importance de la complexité dans la pratique infirmière, la multitude de références à cette notion demande une démarche de clarification – voire de classification – pour aboutir à une meilleure définition de la complexité dans la pratique infirmière. A l'issue de cette revue narrative, l'article propose la définition d'un cadre conceptuel de la complexité dans les soins infirmiers qui complète les développements cliniques et de recherche en cours visant la mise à disposition de méthodes valides et fiables d'évaluation de la complexité pour la pratique infirmière domiciliaire^(10,15,16).

Les différents niveaux de complexité dans les soins infirmiers

Si la complexité agit, interagit, s'entremêle à différents niveaux dans les prises en soins quotidiennes, les infirmières y sont en permanence confrontées⁽⁷⁷⁾. Ainsi, pour les infirmières, la complexité peut se retrouver au niveau « micro », niveau individuel avec le patient, au niveau « méso », niveau organisationnel avec l'équipe de soins agissant pour le patient et au niveau « macro », niveau sociétal avec le système de santé d'un point de vue économique et politique (voir Figure 1). Au demeurant, les différents niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres mais interagissent entre eux. Par exemple, l'ensemble des données cliniques mobilisées pour chaque patient puis agrégées pour l'ensemble des patients contribue à mieux comprendre un sous-groupe de personnes suivi par une institution de soins⁽⁷⁸⁾. De même, les orientations économiques et politiques régissant un système de santé ont un impact sur l'organisation de ce système, mais aussi, par voie de conséquence, sur les individus, soignants et patients. Les changements et les évolutions des situations de santé des patients pris en soins dans une institution peuvent également amener, en retour, à l'adaptation du système de santé lui-même. Aujourd'hui, cette dynamique s'observe notamment avec les enjeux de prise en soins liés au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des comorbidités⁽⁷⁹⁾.

Comme le montre la Figure 1, les niveaux « micro », « méso » et « macro » peuvent être réorganisés de manière très différente selon le focus porté sur chaque système. Par exemple, un focus posé sur le niveau « micro » visera d'abord l'organe défaillant d'un patient/bénéficiaire de soins, un focus posé sur le niveau « méso » prendra en compte le patient dans sa globalité et un focus posé sur le niveau « macro » mettra en lumière les liens entre le patient et l'infirmière/équipe de soins, l'inscrivant au sein du système de santé.

Figure 1 Place de l'infirmière au regard des trois niveaux du système de santé – micro, méso, macro – et des interactions entre les différents systèmes: du patient à la politique de santé.



La complexité au niveau « micro »: complexité des cas

Le niveau « micro » dans les soins infirmiers intègre les éléments liés au bénéficiaire de soins incluant la clinique et les pratiques professionnelles nécessaires à la prise en soins⁽²⁰⁾. Il intègre un modèle de la santé global associant, outre la biologie humaine, l'environnement de la personne et les habitudes de vie entendues comme « ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé »⁽²¹⁾. Ainsi, le niveau « micro » s'étend au-delà des facteurs de santé médicale, pour englober des dimensions telles que l'éducation et la formation des bénéficiaires de soins⁽²²⁾, l'étendue de leur soutien social⁽²³⁾. Sont également pris en compte les facteurs de santé mentale et de comportement à l'égard des soins⁽²³⁾. Des composantes défavorables pour la prise en soins telles que la précarité financière, l'accès réduit aux soins, les faibles niveaux d'éducation

et de littératie, la résistance aux soins, l'absence de soutien social, les difficultés cognitives et/ou les troubles psychologiques qui sont des facteurs associés, définissent la complexité des cas⁽²⁴⁾. Elle est également précisée par un ensemble de conditions et de troubles manifestés par un patient comme la gravité de la maladie et l'acuité du patient⁽²⁵⁾. Dans le cas d'une décompensation d'une des polypathologies associées avec de nombreuses conséquences en cascade (instabilité, intensité), l'intervention des soignants peut devenir très spécifique (soins spécialisés) et techniquement complexe⁽²⁶⁾. Or, les interventions des différents professionnels se centrent encore très largement sur les maladies isolées, prenant peu en considération les interactions entre facteurs intrinsèques/individuels et extrinsèques/environnementaux caractérisant la personne. Ainsi, à la notion de complexité de cas, on peut associer la notion de « patient en situation complexe » un terme qui unit la complexité médicale, à savoir l'association et/ou les pathologies multiples, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne (ADL), la sévérité des pathologies, l'instabilité de l'état de santé, des hospitalisations répétées pour une même problématique et la complexité psychosociale, à savoir une association et/ou un cumul d'un faible recours aux soins, d'un isolement social, de vulnérabilité sociale, de pratiques de santé inadaptées, d'une situation de dépendance et une nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs.

La complexité au niveau « méso » : complexité des besoins⁷

Le niveau « méso » dans les soins intègre les éléments liés aux services, à l'organisation, à la planification, et à la structuration du dispositif de soins y incluant les ressources humaines et matérielles. Dans cette perspective, la complexité est souvent abordée en utilisant une approche fondée sur le risque⁽²⁷⁾ et les coûts de la santé. Ainsi les économistes et les gestionnaires du système de santé qualifient les caractéristiques du système de prise en charge engagé avec des individus qui utilisent une part disproportionnée des ressources sanitaires, humaines ou financières⁽²⁸⁾ en raison de besoins dits « complexes ». Les stratégies visant à diminuer ces risques de surconsommation sont principalement étudiées en tant qu'opportunités de réduction de la consommation des ressources de santé, cela dans une

7 : Le mot « besoin » intègre dans ce cas les supports, équipements et ressources. Il doit s'entendre en tant que besoin en services de santé.

perspective d'amélioration de la qualité des soins. L'évolution des soins et du système de santé – notamment liée au passage des soins axés sur les maladies aiguës vers les soins axés sur les maladies chroniques, et le passage des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires – met en lumière les limites de la pensée orientée « maladies » et la nécessité de changer de paradigme⁽²⁹⁾. De plus, l'augmentation des patients présentant des maladies chroniques fluctuantes, à haut risque de décompensation et de réadmission prématurée à l'hôpital, font émerger de nouveaux enjeux pour les systèmes de santé⁽²⁹⁾. Ainsi, au niveau « méso », la complexité peut aussi être définie comme un ensemble de conditions et de désordres se manifestant sur un ensemble d'acteurs composant un système de prestation de soins⁽³⁰⁾. Les infirmières, comme tous les professionnels de la santé, se trouvent au cœur des prises en soins des personnes vivant des expériences de santé aussi multiples que variées et fluctuantes. Parmi les stratégies de prises en soins reconnues comme efficaces figurent les interventions fondées sur le modèle de soins chroniques⁽³¹⁾ qui reposent sur un réseau composé non seulement de soignants formels (médecins, pharmaciens, infirmières, autres professionnels de la santé et du travail social), mais aussi du patient et des aidants naturels non formels (proches aidants)⁽³²⁾. Ce cadre de soins intégrés vise à fournir des soins mieux adaptés aux patients avec des besoins complexes, sur la base d'une collaboration interprofessionnelle. Il constitue le principal pilier soutenant des soins individualisés à long terme et en dehors des établissements médicaux⁽³³⁾.

La complexité au niveau « macro »: la complexité des soins

Le niveau « macro » dans les soins infirmiers insère les éléments tels que l'organisation et la gouvernance des soins de santé, les politiques publiques et sociales de santé et les financements. Le terme « complexité des soins » a été employé très largement au niveau international pour définir et quantifier les coûts des maladies et des traitements. La complexité des soins est aussi définie dans les soins infirmiers comme reflétant l'intensité des soins et/ou la charge de travail⁽³⁴⁾. Le terme de « complexité des soins » est ainsi utilisé avec d'importantes divergences, soit de manière quantitative (mesure quantitative de la charge de travail, contexte de soins, intensité des soins), soit de manière qualitative (incertitude du patient, communication entre les différents acteurs de la santé, collaboration au sein d'une équipe multidisciplinaire)⁽³³⁾.

Tableau *Tableau synoptique des types de complexité dans les soins et leur définition: complexité des cas, complexité des soins, complexité des besoins*

1

<i>Les différents axes de la complexité dans les soins</i>	<i>Éléments de compréhension</i>
Complexité des cas « capacités du patient »	Ensemble de conditions et de troubles manifestés par un patient, d'un point de vue médical, socio-économique, santé mentale et comportemental. Sont souvent associés les termes : comorbidité, polypathologies, multi-morbidité. Ensemble de conditions et de troubles manifestés par un patient (gravité de la maladie et acuité du patient).
Complexité des soins « charge de travail »	Ensemble des acteurs composant un système de prise en charge et réalisant des prestations d'aide et de soins. La complexité des soins est souvent utilisée comme synonyme d'intensité des soins ou de charge de travail infirmier.
Complexité des besoins	Caractéristiques du système de prise en charge engagé pour un patient qui utilise une part disproportionnée des ressources sanitaires humaines ou financières (besoins en services de santé : besoin de soins infirmiers, médicaux, chirurgicaux, de thérapies, d'équipements par exemple).

Les interactions entre les « micro », « méso » et « macro »

A l'instar de systèmes complexes, les types de complexité rapportés aux niveaux « micro », « méso » et « macro » sont en perpétuelle interaction et décrivent une dynamique non linéaire et en constante évolution entre le patient, l'infirmière, l'organisation du travail et la politique de la santé. La complexité des soins est mise en lumière par les personnes ayant des besoins complexes qui présentent des risques significativement plus élevés de décompensation et une fréquence plus élevée d'admissions aux urgences et/ou de réadmissions à court terme à l'hôpital considérées en grande partie comme inutiles. L'évolution de la pathologie, les besoins de soins, la charge

de la prise en soins, les modalités organisationnelles, financières peuvent modifier et rendre incertaine la prise en charge initialement prévue. Les multiples pathologies en interaction peuvent se compliquer les unes les autres. Selon l'environnement du patient et selon le contexte général du système de santé, elles peuvent entraîner un ensemble de besoins particuliers et ainsi engendrer l'intervention d'une multitude d'acteurs dispensant des soins. Ainsi, face à une double transition, une démographie liée au vieillissement de la population et l'autre liée à l'augmentation des comorbidités, la typologie de patients « gériatriques » en est modifiée et nécessite une prise en charge socio-sanitaire spécialisée⁽³⁵⁾. Dans l'éventualité de la survenue d'une décompensation, l'agir sera très spécifique et techniquement complexe⁽³⁶⁾ et nécessitera une organisation conséquente au regard de la politique de la santé.

S'ajoutent également à la complexification des prises en soins des patients les avancées technologiques qui contribuent à diagnostiquer des maladies de plus en plus précisément, de suivre encore plus finement et de manière répétée leur évolution dans le temps, pouvant engendrer une multitude d'examen complémentaires et par conséquent des surcoûts d'examen⁽³⁶⁾.

Ainsi, les différentes approches de complexité des cas, des soins et des besoins et les différents niveaux, « micro », « méso » et « macro », ne doivent en aucun cas être opposables mais bien au contraire cumulatives et dynamiques pour une compréhension la plus pertinente possible de toutes les facettes de la complexité de la situation du patient dans son environnement. Ainsi, la complexité dans les soins infirmiers s'inscrit de fait dans une approche systémique ouverte et imprévisible⁽³⁷⁾.

La complexité dans des soins infirmiers : vers un nouveau cadre conceptuel

Si la théorie de la complexité a progressivement influencé le champ de la santé et du social⁽³⁸⁾, elle s'est intégrée, comme décrit précédemment, dans les niveaux « micro », « méso » et « macro » de l'organisation des soins. Par définition, la complexité prend en compte la co-existence dynamique de multiples interactions, en termes de processus et de résultats ainsi que des conséquences, parfois inattendues et peu prévisibles, susceptibles de se produire au fil du temps⁽³⁹⁾. Bien que la complexité ne bénéficie pas d'une théorie unifiée en raison de sa nature multidisciplinaire, elle peut néanmoins se concevoir

de manière transdisciplinaire par la nécessité de s'adapter en permanence et d'interagir. Il n'en demeure pas moins que les soins infirmiers sont au centre d'une alchimie subtile intégrant de nombreuses disciplines comme la biologie, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la médecine et l'éthique. Cela implique pour eux de prendre en considération les apports des disciplines apparentées en mobilisant en continu une approche holistique et anthropologique⁽⁴⁰⁾ afin de mieux comprendre les différentes articulations entre les systèmes⁽⁴¹⁾ et d'agir en conséquence. Dans le domaine des soins infirmiers, la complexité s'est inscrite dans un courant humaniste incluant les éléments psychologiques et relationnels⁽⁷⁾ faisant évoluer ces modèles du biomédical « faire pour »⁽⁴²⁾, au modèle biopsychosocial « faire avec »⁽⁴³⁾ et finalement au modèle holistique « être avec ». Dans cette perspective, la modélisation des systèmes complexes développée par Le Moigne⁽⁴⁴⁾ apparaît comme une base solide pour initier une réflexion sur la complexité dans les soins infirmiers. Cet auteur propose une approche qui prend en compte la structure du système de santé, les activités de soin, l'environnement dans lequel est prodigué le soin, l'évolution de la santé et la finalité du soin. Ces composantes se retrouvent aisément dans le métaparadigme infirmier⁽¹²⁾. Un des concepts qui interagit en permanence avec le patient est celui de l'environnement soit au niveau du logement physique avec la fonctionnalité et l'accessibilité, soit au niveau de l'environnement familial avec les proches aidants ou le voisinage, soit au niveau des organisations de soins de proximité dont l'accessibilité aux services et aux soins, soit au niveau du contexte socio-économique, soit au niveau environnemental et écologique (pollutions). La composante environnementale agit fortement sur la prise en soins du patient à domicile et peut être perçue au niveau micro, méso et macro. Prendre en compte la complexité des prises en soins à domicile par les infirmières nécessite, de fait, une approche multidimensionnelle, interdisciplinaire et holistique tenant compte des facteurs intrinsèques du patient (santé, religion, socio-économique), les soins, les facteurs liés aux professionnels de la santé (médecin, infirmière, autres), les facteurs liés à la réalisation des prestations de soins, les facteurs organisationnels, l'environnement, l'équipe, les facteurs organisationnels (structure, planification), les facteurs politiques. Par conséquent, la complexité défie les modèles de pensée actuels en ouvrant très largement le champ des interactions, des interrelations à tous les niveaux et de manière dynamique. C'est également tout naturellement que les cadres conceptuels de soins ont été et sont influencés. Pour l'illustrer, Wilson⁽⁴⁵⁾ y fait référence par l'interaction complexe entre la physiologie et le comportement, elle reconnaît que la maladie découle de l'interaction dynamique entre et au sein des systèmes. Chaffee⁽⁴⁶⁾ propose un modèle des soins infirmiers perçu comme un système adaptatif complexe avec des implications potentielles dans les soins infirmiers. Davidson⁽⁴⁷⁾ place l'être humain

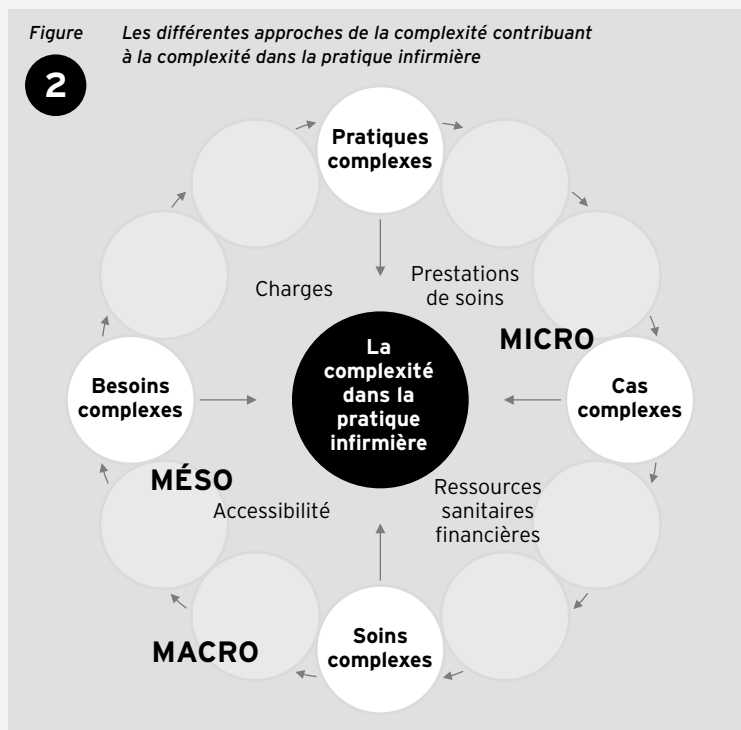
dans l'environnement comme un tout unifié en utilisant également la science de la complexité. Fawcett avec le métaparadigme infirmier⁽¹²⁾ permet, quant à elle, une classification autour de quatre concepts centraux que sont l'être humain, l'environnement, la santé et les soins. Cependant, cette catégorisation semble en premier lieu être plus mobilisée par les infirmières au niveau du bénéficiaire de soins, soit à un niveau « micro ». Dans une approche plus large de la complexité, le métaparadigme couvre aussi les niveaux « méso » et « macro », ouvrant considérablement la vision du soin⁽³⁹⁾ et obligeant ainsi une réflexivité multiaxiale⁽⁴⁸⁾. Par les soins que l'infirmière prodigue, par son statut d'actrice du système de santé selon des prestations définies par les politiques de santé, elle se situe au centre des interactions entre la complexité des cas, la complexité des soins et la complexité des besoins.

Dans cette dynamique, l'infirmière fait valoir une pratique complexe qui intègre les actions/interventions de soins en tenant compte de la variabilité et de l'instabilité de la situation du patient, mais aussi des fluctuations de l'environnement où il se trouve (domicile, hôpital). De plus, la prise en soins intègre la décision du ou de la bénéficiaire de soins selon la capacité de discernement, le choix éclairé et les directives anticipées par exemple de ce dernier. La pratique complexe nécessite alors une cohérence thérapeutique (approches curatives, éducatives, préventives ou palliatives), un choix dans les actes techniques et les protocoles de soins ainsi qu'une coordination interprofessionnelle anticipée.

Ainsi, en termes d'agir, la complexité dans les soins infirmiers intègre pleinement la complexité des cas, la complexité des soins, la complexité des besoins et les pratiques complexes. Pour être efficiente, l'action inclut finalement une pratique réflexive avec le « penser complexe »⁽³⁷⁾. La prise en compte conjointe de l'ensemble de ces éléments permet d'ouvrir la porte à un nouveau cadre conceptuel : « La complexité dans la pratique infirmière ». Est entendu par cadre conceptuel une explication d'un ensemble de concepts et sous-concepts interreliés et réunis en raison de leurs rapports avec le problème de recherche. L'explication se fonde sur le contenu d'écrits portant sur le domaine de connaissances auquel se rattache le sujet d'étude ou dérive de modèles conceptuels ou de données empiriques⁽⁴⁹⁾. Ainsi la complexité dans la pratique infirmière donne une vision du soin élargie, organise le champ d'activité qui agit et interagit aux niveaux « micro », « méso » et « macro »⁽⁵⁰⁾, et rejoint, de manière intégrative, l'ensemble des typologies de la complexité : complexité des cas, complexité des soins et pratiques complexes. Elle intègre le patient, sa santé, son environnement de soins, les conditions contextuelles de la prise en soins, l'accessibilité aux soins, les besoins de soins nécessaires et déployés, les soins réalisés en interdisciplinarité

et interprofessionnalité ainsi que la politique de santé. Cette manière de concevoir la complexité des soins infirmiers s'inscrit facilement dans le paradigme de l'intégration qui reconnaît les éléments multiples et les manifestations en lien avec le contexte⁽⁵¹⁾. Le but visé est l'équilibre. Or, si on tient compte de la dynamique dans l'interdépendance des systèmes, ce mouvement est relevé dans le paradigme de la transformation⁽⁵¹⁾. La complexité intègre également la présence du hasard et du désordre acceptant que la maîtrise soit impossible. Dans ce paradigme, le phénomène est unique, complexe et global et les éléments sont en interaction continue, réciproque et simultanée. La réalité est prise en compte de manière complexe, non linéaire et en évolution. Le but visé est la compréhension des expériences humaines individuelles de santé.

Le modèle proposé, schématisé dans la Figure 2, permet de considérer l'ensemble des approches comme complémentaires pour une compréhension plus pertinente de la situation du bénéficiaire de soins dans son environnement, cela dans une dynamique propre aux systèmes complexes⁽⁵²⁾.



Le cadre conceptuel de la complexité dans la pratique infirmière peut être illustré par la situation unique de chaque bénéficiaire de soin « contemporain », susceptible de présenter des difficultés qui s'inscrivent de manière multidimensionnelle au niveau de la santé médicale, de la santé mentale, du social et de l'économique, de l'instabilité et des intervenants. De plus, chaque expérience de santé est vécue de manière différente et toujours changeante, donc imprévisible. Une manière empirique d'appréhender ce modèle de la complexité a récemment été proposée avec l'instrument de complexité multidimensionnelle (COMID)^(10, 15). Cet outil, développé pour les infirmières à domicile, intègre les axes multidimensionnels tels que les facteurs médicaux, socio-économiques, de santé mentale, environnementaux, d'instabilité et d'interprofessionnalité. Ainsi, le COMID reprend sous la forme d'une check-list les éléments de la pratique complexe en se référant aux cas, aux soins et aux besoins complexes. Il constitue une aide à la décision pour l'infirmière qui souhaite intégrer dans sa pratique le « penser complexe », « l'évaluation de la complexité » (évaluation de la multidimensionnalité) et « l'agir complexe » (interdisciplinarité et interprofessionnalité).

Changements et perspectives dans les soins infirmiers

Approcher la complexité dans les soins élargit nécessairement le regard porté sur la santé, le soin, l'être humain et l'environnement en amenant l'infirmière à les inscrire dans une typologie de complexités qui se révèlent dans les niveaux « micro », « méso » et « macro ». Ce changement de perspective la contraint à dépasser le seul diagnostic traditionnel pour la prise en compte du bénéficiaire de soins avec un traitement intégré et personnalisé, inscrit dans les contraintes et opportunités du système de santé. La complexité nécessite d'être appréhendée d'une manière non linéaire, dynamique et en interdisciplinarité pour répondre aux besoins complexes de la personne dans son système de vie⁽¹⁸⁾. L'infirmière devrait ainsi mobiliser dans sa pratique le « penser complexe », « l'évaluation de la complexité »⁽¹⁰⁾ et « l'agir complexe »⁽¹⁷⁾. La complexité dans la pratique infirmière est dès lors une proposition d'intégration de la complexité au cœur même de la pratique infirmière réflexive et agie. Car, si pendant plusieurs décennies, la complexité des cas a été l'approche de choix, en référence à une approche centrée sur la maladie, ce paradigme est aujourd'hui remis en question, au bénéfice d'une approche plus large, qui appréhende le soin de manière globale et intégrée, à l'instar du « Chronique Care Model »⁽⁵³⁾. La complexité dans la pratique infirmière axe véritablement la collaboration de l'ensemble des acteurs de soins,

des niveaux « micro » et « méso » en soutenant une démarche de soin interdisciplinaire et coordonnée, dans une perspective holistique. Il permet ainsi 1) d'appréhender de manière multidimensionnelle et dynamique les bénéficiaires de soins dans leur environnement, 2) de développer la coordination interprofessionnelle et 3) de créer un nouveau métier à l'interface du champ sanitaire et social comme pour les patients âgés : le case manager ou gestionnaire de cas⁽⁵⁴⁾.

Ce nouveau cadre conceptuel se fonde sur les connaissances actuelles de la complexité et tente d'articuler différentes approches et niveaux possibles pour une compréhension plus large et organisée des prises en soins infirmières. La complexité dans la pratique infirmière devrait permettre non seulement une pratique complexe, mais également, une prise en soins qui prend en compte l'ensemble des éléments d'une situation, y inclus les capacités intrinsèques⁽⁵⁵⁾ ou les forces⁽⁵⁶⁾. Il s'inscrit dans ce nouveau virage prôné par l'Organisation mondiale de la Santé dans une prise en soins centrée sur les ressources, les capacités intrinsèques des personnes et non plus sur les déficits en santé⁽⁵⁵⁾.

Limites

Il est proposé ici un nouveau cadre conceptuel où le concept prioritaire est la complexité. Cette nouvelle manière de considérer la prise en soins est encore en phase préliminaire. Comme proposé par Newman⁽⁵⁷⁾, la pratique est un tout unifié qui transcende les limites de chaque paradigme. Vouloir considérer les paradigmes comme des catégories séparées reste une difficulté dans la science infirmière. La complexité dans la pratique infirmière méritera d'être questionnée sous l'angle de la recherche, de la constatation dans la pratique, dans le but d'affiner le cadre conceptuel proposé et ainsi envisager une perspective plus théorique comme définie par Meleis⁽⁵⁸⁾ et selon les propositions de Risjord⁽⁵⁹⁾.

Conclusion

Dans le monde des soins, la complexité habite les discussions de tous les jours, elle occupe toutes les strates du quotidien, le « micro » devenant toujours de plus en plus spécifique et le « macro » de plus en plus vaste. La complexité est multidimensionnelle et multi-référentielle⁽⁶⁰⁾, elle se situe entre le simple et le chaotique⁽⁶¹⁾ et pour les professionnels de santé, elle peut aussi bien constituer un défi qu'un fardeau extrême⁽⁵²⁾. Dans ce monde de l'infiniment petit et grand à la fois, chacun doit être à même d'appréhender les différentes typo-

logies de la complexité, de les ancrer dans les différents niveaux de lecture et d'interprétation et de les articuler pour une pratique plus efficiente des soins. Intégrer la complexité dans la pratique infirmière devrait contribuer à optimiser l'évaluation empirique des soins, de contribuer à donner du sens tant au niveau des prises en soins personnalisées comme aux stratégies de santé. En effet, les perspectives visées par les différents acteurs de la santé – soient-ils les patients, les aidants informels, les professionnels, les dirigeants ou les politiques – peuvent être très hétérogènes, voire parfois diamétralement opposées. Il est cependant primordial pour les professionnels de la santé et les infirmières d'identifier les buts de chacun, de définir les objectifs communs afin de personnaliser les prises en soins, de jauger les risques du quotidien et d'envisager des actions curatives, éducatives, préventives ou palliatives adaptées. Il semble important de pouvoir sensibiliser et outiller les professionnels à évaluer globalement et spécifiquement la complexité dans une approche systémique à plusieurs niveaux, de prioriser les objectifs de prise en soins, de se coordonner et avoir l'agilité des actions de proximité à mettre en œuvre et à ajuster. La complexité ne doit pas être un frein à l'action, elle redonne le libre arbitre aux professionnels par un « agir complexe » adaptatif et agile.

Financement

La rédaction a été soutenue par des fonds institutionnels de l'Institution genevoise de maintien à domicile et de la Haute école de santé de Genève. Les financeurs n'ont joué aucun rôle dans le choix des contenus du manuscrit et dans la préparation du manuscrit.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Remerciements

Les auteures remercient Fanny Vallet, pour ses commentaires suite à sa relecture attentive du manuscrit.

Références

1. Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques. Introduction à l'approche systémique: appréhender la complexité. Lyon: Certu; 2017.
2. Organisation mondiale de la santé. World report on ageing and health. Genève, Suisse: OMS; 2015.
3. Morin E. Introduction de la pensée complexe. Paris: Seuil; 2005.
4. Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (Certu). Introduction à l'approche systémique: appréhender la complexité. Lyon: Certu; 2017.
5. Defert J-J. Appréhender la complexité. Enjeux et raisons dans le domaine culturel. *Int J Can Stud*. 2012 Jun;(45-46):307-29.
6. Nardi R, Scanelli G. Complexity in the care of elderly patients and polypharmacy. *Eur J Intern Med*. 2008 Jun; 19(4):304.
7. Pepin J, Ducharme F, Kerouac S. La pensée infirmière. 4^e éd. Montréal, Canada: Chenelière Education; 2017.
8. Haute Autorité de santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risques de perte d'autonomie (PAERPA). Saint-Denis, France: HAS; 2014.
9. de Jonge P, Huysse FJ, Slaets JP, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. Care complexity in the general hospital: results from a European study. *Psychosomatics*. 2001 May-Jun; 42(3):204-12.
10. Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Rev Franc Internat Rech Inf*. 2018 Jun; 4:116-23.
11. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *Br Med J*. 2001 Sept; 323(7313):625-8.
12. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *J Nurs Sch*. 1984 July; 16(3):84-9.
13. Noble H, Smith J. Reviewing the literature: choosing a review design. *Evid Based Nurs*. 2018 Apr; 21(2):39-41.
14. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodological. *Health Info Libr J*. 2009 Jun; 26(2):91-108.
15. Vallet F, Busnel C, Ludwig C. Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) pour les infirmières à domicile. *Rech Soins Infirm*. 2019 Sept; 1(38):53-64.
16. Ludwig C, Busnel C. Protocol of a case-control longitudinal study (fraXity) assessing frailty and complexity among Swiss home service recipients using interRAI-HC assessments. *BMC Geriatr*. 2019 2019/08/05; 19(1):207.
17. Huang B, Li H, Chen M, Lin N, Wang Z. Theoretical framework construction on care complexity in Chinese hospitals: A grounded theory study. *Int J Nurs Sci*. 2019 Apr; 6(2):192-7.
18. Busnel C, Mastromauro L, Zecca W, Ludwig C. Le RAI-Home Care: Utilisation, potentiels et limites dans les soins à domicile. *Gerontol Soc*. 2017; 39(153/2):167-82.
19. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 2004; 116(3):179-85.
20. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Genève, Suisse: OMS; 2008.
21. Cantoreggi N. Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Rapport d'étude final. Genève: Université de Genève; 2010.
22. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective. A cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 155(12):797-804.
23. Loeb DF, Binswanger IA, Candrian C, Bayliss EA. Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*. 2015 Sept; 13(5):451-5.
24. de Jonge P, Huysse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin North Am*. 2006; 90(4):679-92.
25. Bravetti C, Cocchieri A, D'Agostino F, Alvaro R, Zega M. The assessment of the complexity of care through the clinical nursing information system in clinical practice: a study protocol. *Ann Ig*. 2017 Jul-Aug; 29(4):273-80.
26. Davidson AW, Teicher M, Bar-Yam Y. Nursing, caring and complexity science: for human environment well-being. New-York, NY, US: Springer Publishing Company; 2011.
27. Slama-Chaudhry A, Schaller P, Raetzko M-A, Gaspoz J-M. Maladies chroniques et réseaux de soins: l'exemple de Kaiser Permanente. *Rev Med Suisse*. 2008 Sept; 4(172):2040-3.
28. de Jonge P, Huysse FJ, Herzog T, Lobo A, Slaets JPY, Lyons JS, et al. Risk factors for complex care needs in general medical inpatients: Results from a European Study. *Psychosomatics*. 2001 5//; 42(3):213-21.
29. Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *Harv Bus Rev*. 2000 Sep-Oct; 78(5):102-12, 99.
30. de Jonge P, Huysse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin N Am*. 2006 Jul; 90(4):679-92.
31. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. *J Am Med Assoc*. 2002 Oct; 288(15):1909-14.
32. Allen D, Gillen E, Rixson L. Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? *International Journal of Evidence Based Healthcare*. 2009 Jun; 7(2):61-74.
33. Martin C, Sturmberg J. Complex adaptive chronic care. *J Eval Clin Pract*. 2009 Jun; 15(3):571-7.
34. Guarinoni M, Petrucci C, Lancia L, Motta PC. The Concept of Care Complexity: A Qualitative Study. *J Public Health Res*. 2015 Dec; 4(3):588.
35. Rodriguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F, Sinclair AJ. The Third Transition: The clinical evolution oriented to the contemporary older patient. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(1):8-9.
36. Cline DD. Complexity of care: A concept analysis of older adult health care experiences. *Nurs Educ Perspect*. 2015 Mar-Apr; 36(2):108-13.
37. Richard L, Gendron S, Cara C. Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe: une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières Aporia. 2012 Oct; 4(4):25-39.
38. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *Br Med J*. 2001 Oct; 323(7316):799-803.
39. Chandler J, Rycroft-Malone J, Hawkes C, Noyes J. Application of simplified Complexity Theory concepts for health-care social systems to explain the implementation of evidence into practice. *J Adv Nurs*. 2016 Feb; 72(2):461-80.
40. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med*. 2007 Sep; 18(5):359-68.
41. Nazon E, Perron A. Vers une approche pluraliste en sciences infirmières. *Rech Soins Infirm*. 2014 July; 116(1):6-12.
42. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr; 196(4286):129-36.
43. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980 May; 137(5):535-44.
44. Le Moigne J-L. La théorie du système général. Théorie de la modélisation. 5^e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2006.
45. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. *Br Med J*. 2001 Sep 22; 323(7314):685-8.

-
46. Chaffee MW, McNeill MM. A model of nursing as a complex adaptive system. *Nurs Outlook*. 2007 Sep-Oct;55(5): 232-41.
 47. Davidson AW, Ray MA. Studying the human-environment phenomenon using the science of complexity. *Adv Nurs Sci*. 1991 Dec;14(2):73-87.
 48. Rortveit G, Schei E, Strand R. Complex systems and human complexity in medicine. *Complexus*. 2004 Dec;2(1):2-6.
 49. Fortin M-F, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives. 2^e éd. Montréal, Canada: Chenelière Education; 2010.
 50. Johnson S, Bacsu J. Understanding complex care for older adults within Canadian home care: a systematic literature review. *Home Health Care Serv Q*. 2018 Mar 26:1-15.
 51. Alligood M. *Nursing Theorists and Their Work* 9^e éd. St Louis, MO, US: Elsevier; 2017.
 52. Kentischer F, Kleinknecht-Dolf M, Spirig R, Frei IA, Huber E. Patient-related complexity of care: a challenge or overwhelming burden for nurses - a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2018 May;32(1):204-12.
 53. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *The Chronic Care Model*. *J Am Med Assoc*. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.
 54. Corvol A, Moutel G, Somme D. La gestion de cas en gérontologie: nouveau métier, nouvelles questions. *Gerontol Soc*. 2012 Oct;35 / 142(3):195-204.
 55. Organisation mondiale de la Santé. Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genève, Suisse: OMS; 2017.
 56. Gottlieb LN. *Strengths-Based Nursing Care: Health And Healing For Person And Family* 1st Edition, Kindle Edition. New York, NY, US: Springer; 2013.
 57. Newman MA, Smith MC, Pharris MD, Jones D. The focus of the discipline revisited. *Adv Nurs Sci*. 2008 Jan-Mar; 31(1):16-27.
 58. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 6 éd. Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
 59. Risjord M. *Nursing knowledge: science, practice, and philosophy*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010.
 60. Ardoino J. Les termes de la complexité. *Hermes*. 2011 Nov; 60(2):135-7.
 61. Stacey RD. *Strategic management and organisational dynamics: the challenge of complexity*. 6 éd. Upper Saddle River, NJ, US: Financial Times / Prentice Hall; 2010.

« Le raisonnement clinique dans la prise en soins des situations complexes à domicile »

Références: Busnel, C., Bridier-Boloré, A., Marjollet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2020). Le raisonnement clinique dans la prise en soin des situations complexes à domicile. Institution genevoise de maintien à domicile.

*Mots clés:
complexité
des prises
en soins
à domicile,
raisonnement
clinique,
jugement
clinique,
interprofes-
sionnalité*

Résumé

La complexité est au centre des préoccupations des professionnels de la santé et met en lumière la nécessité de raisonner au-delà de la pensée orientée « maladies ». Les professionnels des soins à domicile, dont les infirmières, se doivent d'avoir une approche systémique et interprofessionnelle. La complexité ouvre une perspective élargie du raisonnement clinique par la mobilisation d'outils structurés pour des prises en soins à domicile intégrées et personnalisées.

Introduction

Dans un monde en évolution permanente, y compris dans le domaine des soins, la complexité est au cœur des débats. Par l'augmentation des patients présentant des maladies chroniques fluctuantes⁽¹⁾, à haut risque de décompensation et de réadmissions prématurées à l'hôpital⁽²⁾, le système de santé est en pleine mutation et plus particulièrement dans les soins à domicile. Les infirmières se trouvent au cœur des prises en soins de situations dites de plus en plus complexes qui nécessitent des prises en soins adaptées et individualisées. Si le terme « complexe » fait partie de nos conversations au quotidien, il est employé dans les soins de diverses manières telles que patients complexes, cas complexes, soins complexes et besoins complexes. La complexité dans les soins est stratifiée en différents niveaux : en micro, en méso et en macro. La strate micro peut inclure les caractéristiques intrinsèques du patient avec ses diagnostics, ses traitements et les technologies utilisées. Au niveau méso, les éléments de la complexité s'élargissent à l'environnement, aux structures des soins et au management des équipes. La strate macro intègre les institutions et la politique de santé⁽³⁾. Face à cet entrelacement de systèmes et d'interactions possibles, une définition opérationnelle dans les soins est nécessaire. La Haute Autorité de santé⁽⁴⁾ a défini une situation complexe « comme une situation pour laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques est susceptible de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé ». Elle intègre les éléments d'instabilité et d'incertitude qui font sans cesse varier la détermination, la singularité de la prise en soins et l'organisation de proximité mise en place. La complexité est largement questionnée dans les soins⁽⁵⁾ quel que soit le lieu (hôpital, soins en ambulatoire, domicile) et que soient les professionnels (médecin, infirmier, autres professionnels de la santé et du social). Même si, au cours des dernières années, des

outils ont été développés pour aider les professionnels de la santé à s'accorder sur les éléments constituant la complexité des situations des patients tels qu'INTERMED⁽⁶⁾, COMPRI⁽⁷⁾, PCAM⁽⁸⁾, MCAM⁽⁹⁾, les infirmières à domicile ont souhaité être mieux outillées pour la repérer et l'intégrer à leur pratique. Dans une perspective intégrative de la complexité, il nous paraissait important de questionner, dans une pratique infirmière, la façon dont la complexité s'intègre dans l'analyse clinique en faveur d'un maintien à domicile ?

Complexité, quelle définition opérationnelle ?

Dans les soins, il n'existe pas une définition opérationnelle unanime, même si la complexité est rapportée soit à de multiples problèmes de santé cumulés avec ou sans diagnostics établis⁽¹⁰⁾, soit à la charge de travail ou aux ressources disproportionnées engagées pour un patient. Les éléments globaux qui définissent la complexité portent sur des approches théoriques telles que celle de Morin, intégrant les principes comme les interactions dynamiques et non linéaires des différents éléments⁽¹⁰⁾, l'imprécision, l'instabilité et l'incertitude. Dans les soins, il existe de nombreuses incertitudes, l'incertitude intrinsèque liée aux facteurs de santé et à la génétique du patient, l'incertitude extrinsèque liée aux facteurs socio-économiques et environnementaux, l'incertitude organisationnelle et de planification liée à l'organisation des équipes de soins, et l'incertitude des professionnels intervenant dans la situation : médecins⁽¹²⁾, infirmiers⁽¹³⁾ et autres acteurs de soins. La temporalité et la fréquence des événements imprévisibles vont agir sur la tolérance des professionnels et des patients face aux événements. La capacité des professionnels à faire face dépendra de leur habilité à appréhender la complexité, de la volonté d'affronter l'insécurité engendrée par l'incertitude, la capacité à composer avec l'ambiguïté⁽¹⁴⁾ et le non-savoir⁽¹⁵⁾. Si la complexité est par conséquent non maîtrisable, le défi pour les professionnels est de l'intégrer dans leur pratique comme une opportunité.

Complexité : approche interprofessionnelle

Les professionnels de la santé et du social sont confrontés à une multitude de paramètres influant la santé d'un patient (déterminants de santé). Cette multidimensionnalité oblige les professionnels à se

doter d'une « pensée complexe » pour un « agir complexe »⁽¹⁶⁾. Par conséquent, la complexité nécessite d'être appréhendée non pas en silo mais bien de manière systémique et en interdisciplinarité. Ces regards croisés et complémentaires doivent permettre une meilleure compréhension de la personne dans son système de vie⁽¹⁷⁾ et de définir la prise en soins la plus adéquate et la plus actualisée selon les bonnes pratiques en vigueur⁽¹⁸⁾. Le cadre méthodologique d'analyse globale pour les acteurs de la santé et du social doit optimiser l'élaboration d'un plan d'intervention partagé avec et pour le patient. A domicile, les infirmières sont un rouage essentiel dans la prise en soins, au cœur des situations complexes nécessitant d'être mieux outillés⁽¹⁹⁾.

Complexité: raisonnement et jugement clinique infirmiers

Face à ces nombreux défis d'intégrer la multidimensionnalité des systèmes dans la prise en soins d'une personne à domicile, l'étape première est l'évaluation. Dans le cadre de situations dites complexes nécessitant des soins et des besoins particuliers⁽²⁰⁾, il est primordial d'intégrer l'ensemble des éléments de l'évaluation globale et spécifique du patient, son parcours de vie, les différents axes thérapeutiques possibles ainsi que les soins envisagés. Les facteurs contextuels, la dynamique des différents acteurs (patient, proches aidants, médecins, infirmier, professionnels de la santé et du social) et les préférences des patients sont des points cruciaux à intégrer dans l'analyse clinique⁽²¹⁾ pour élaborer des scénarii distincts selon l'urgence de la situation (situation aiguë, chronique, palliative par exemple), la gravité, la temporalité, les conséquences proximales ou distales, comme les impacts sur la famille, le travail, l'environnement (logement) et les besoins de soins. La multidimensionnalité exige une pensée complexe, c'est-à-dire un raisonnement non linéaire, pour un agir ciblé par un jugement clinique étayé. Le raisonnement clinique est un processus⁽²²⁾, cependant il est défini un peu différemment selon les auteurs, soit comme « l'ensemble des processus de pensée et de prises de décisions qui permettent aux cliniciens de mettre en place les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé » ou comme un « processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne mais également des capacités »⁽²³⁾. Le jugement clinique, quant à lui, détermine un positionnement pris par le fait de mettre en jeu « des processus de pensée et de prises de décisions dans le but d'améliorer l'état de santé et le bien-être des personnes que les soignants accompagnent »⁽²⁴⁾.

Complexité : quels outils pour faciliter le raisonnement clinique infirmier ?

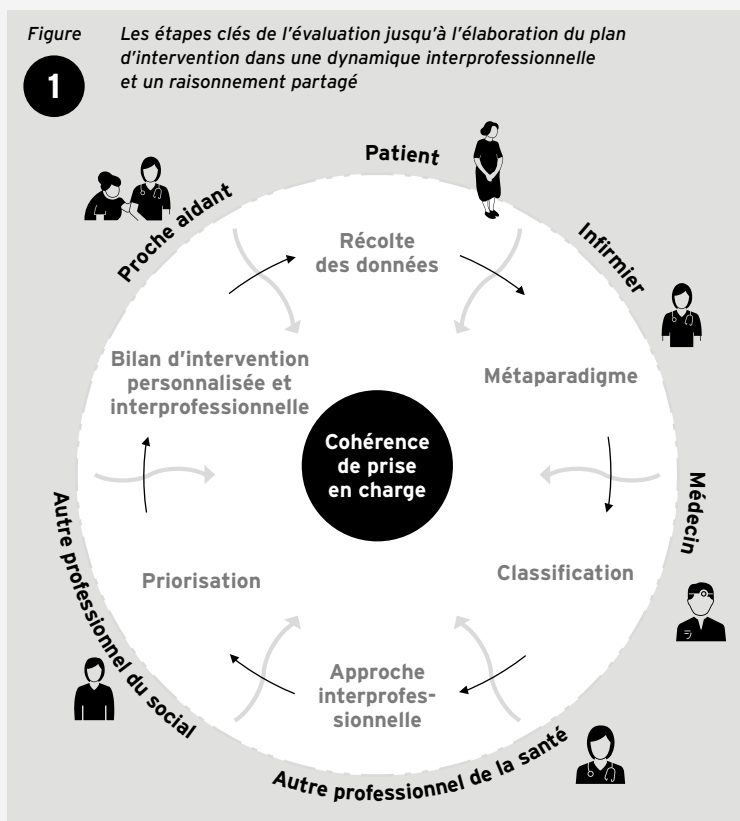
Le raisonnement clinique doit amener à un jugement clinique pour l'élaboration d'un plan de soins partagés cohérent avec la situation du patient et le contexte domiciliaire et les professionnels intervenants. Dans une situation complexe et impliquant d'autres professionnels, chacun réalise dans son champ de compétences et d'expertise ses évaluations en déterminant ses objectifs et ses actions. Le risque premier est d'avoir des interventions silotées, voire incohérentes. Si les étapes de la démarche pour une prise en charge à domicile sont définies avec l'évaluation globale, la catégorisation des éléments sous la classification (problèmes, risques, zones d'ombre et ressources), par les évaluations spécifiques et l'identification des besoins, leur mise en œuvre peut être bousculée par l'ensemble des acteurs. La coordination, le partage des points de vue sont essentiels pour adapter les objectifs de soins. Car l'ensemble des étapes peut être questionné, influencé par chaque acteur, à n'importe quel moment et redimensionner la prise en charge (Figure 1).

La complexité des prises en soins oblige les professionnels à avoir un regard intégrant l'accumulation des problématiques liée à la charge du traitement (impact sur le travail, la famille, les transports...) et à la charge de la maladie (douleurs, fatigues, symptômes, fonctions physique et mentale, aide sociale). Dans une situation complexe de prise en soins et selon le nombre des acteurs interagissant auprès du patient, toutes les étapes sont dédoublées et démultipliées.

● 1. LA RÉCOLTE DES DONNÉES ⁽¹⁾

Cette étape explore qualitativement et quantitativement la situation du patient dans sa globalité et plus spécifiquement selon de multiples hypothèses qui nécessitent d'être documentées. La récolte des données est essentielle à la connaissance des besoins de la personne prise en soins. La structuration de l'évaluation au moyen d'outils standardisés, comme les outils du consortium interRAI par exemple, apporte une vision des plus complètes. En Suisse, l'infirmière à domicile utilise en routine le « Resident Assessment Instrument Home Care » (RAI-HC) ⁽⁷⁾. Cependant, le RAI-HC ne permet pas d'identifier en première intention la complexité de la situation évaluée. En complément, elle peut mobiliser un outil de l'évaluation de la complexité multidimensionnelle des prises en soins, le COMID ⁽³⁵⁾. Cet outil

Figure 1 Les étapes clés de l'évaluation jusqu'à l'élaboration du plan d'intervention dans une dynamique interprofessionnelle et un raisonnement partagé



propose la complexité comme une accumulation de problématiques susceptible d'aggraver la situation, voire de remettre en cause la prise en charge d'un patient. Le COMID catégorise 30 items de la complexité en six domaines (santé médicale, socio-économique, santé mentale, comportements, instabilité et intervenants et système de santé). Il permet de synthétiser l'accumulation des différents facteurs multidimensionnels de la complexité, de repérer rapidement si cette situation est jugée comme simple ou complexe et sert à l'analyse et au jugement clinique. L'intérêt de cet outil est la possibilité de le remplir séparément ou en complément du RAI-HC, par l'infirmière ou et/ou en équipe interprofessionnelle.

● 2. MÉTAPARADIGME ET CLASSIFICATION

Un des outils utilisés par les infirmières afin d'organiser les données récoltées est le métaparadigme de Fawcett⁽²⁵⁾. Il permet très rapidement de visualiser la santé de la personne au moyen des quatre

concepts centraux: la personne, son environnement, sa santé et ses soins (Tableau 1). Ces quatre axes orientent vers les informations permettant de répondre entre autres aux questions: Qui est-elle? Où vit-elle et dans quelles conditions? De quoi souffre-t-elle? Quelles prestations d'aide et de soins reçoit-elle?

Tableau 1 Le métaparadigme des soins infirmiers de Fawcett

1

<p>Personne</p> <p>Histoire de vie, habitudes de vie, histoire de la maladie, projets, ressources personnelles, déficits, compétences, comportement, ressources financières</p>	<p>Environnement</p> <p>Réseau primaire, secondaire, nature de l'aide et des liens Logement, conditions de vie</p>
<p>Santé</p> <p>Diagnostiques médicaux Problèmes de santé antérieurs</p>	<p>Soins</p> <p>Nature et fréquence de l'aide et des soins formels et informels</p>

Une deuxième étape est nécessaire par une classification des éléments emblématiques (Tableau 2) prenant en compte certes les problèmes et les risques de santé sociale mais aussi les zones d'ombre (non-dits, incompréhension, doutes entre autres) et surtout les ressources telles que les capacités intrinsèques et extrinsèques du patient. Aussi, selon la situation de crise (aiguë, vitale), dans un contexte ou non de chronicité, le périmètre d'intervention sera très différent. Cette organisation plus fine des informations de santé recueillies permet d'élaborer des scénarii selon une identification des priorités et des objectifs des professionnels.

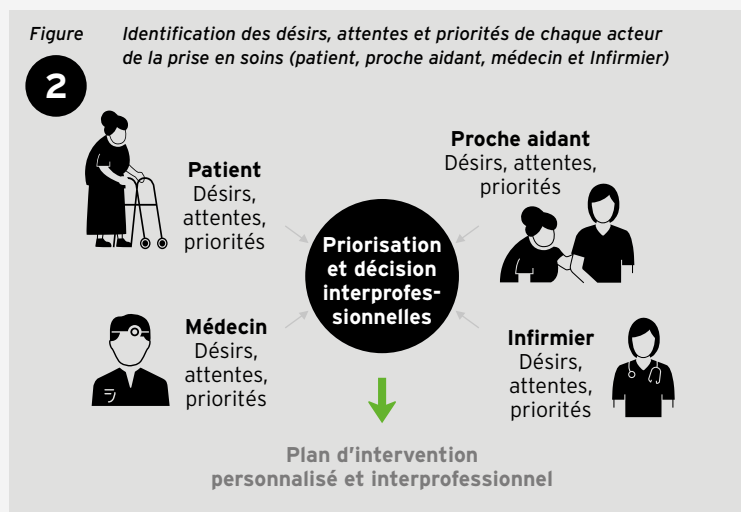
Tableau 2 La classification par problèmes, risques, zones d'ombre et ressources

2

<p>Problèmes</p>	<p>Zones d'ombre</p>
<p>Risques</p>	<p>Ressources</p>

● 3. APPROCHE INTERPROFESSIONNELLE ET PRIORISATION

L'acceptation de la priorisation pour un choix éclairé des objectifs de prise en soins passe obligatoirement par une phase de négociation de l'ensemble des acteurs (patient, proche aidant, médecin, professionnels de la santé et du social). La coordination interprofessionnelle amène à clarifier le point de vue du patient, du proche aidant et des différents intervenants. Elle met au centre du dispositif les objectifs et les actions à mener conjointement (Figure 2). Elle permet à chaque intervenant d'expliquer sa vision, d'apporter son expertise, d'évoquer les difficultés, les doutes, les objectifs souhaités et les perspectives envisagées. La coordination et le raisonnement clinique collectif et coopératif peuvent préciser le cadre d'une hospitalisation, l'élaboration de directives anticipées, les limites d'un maintien à domicile et le fardeau ressenti par les proches aidants. Cette étape remplace le « être ensemble » et le « faire ensemble ». Elle mobilise les éléments clés de la collaboration, de la coopération et de la communication. Elle permet de mettre en évidence les dissonances, les désaccords ou points communs touchant les connaissances ou représentations des besoins du patient. Cette séance collective sert à s'assurer que les éléments clés d'une prise en soins soient connus, compris et validés par chacun.



● 4. LE PLAN D'INTERVENTION

Dans une situation cumulant les problématiques multidimensionnelles, cette étape permet une construction établie, une consolidation de la prise en charge par l'élaboration d'objectifs et d'actions ciblés, per-

sonnalisés, par un ou des objectifs SMART (spécifique, mesurable, ambitieux, réalisable et temporellement défini), identifiés, validés et connus de chacun. Le plan d'intervention favorise la cohérence d'actions par la mise en œuvre de prestations combinées et multiples, comme par l'établissement d'un plan d'éducation thérapeutique du patient (ETP) d'un plan de soins anticipé (PSA). Cette étape peut aussi être définie comme une « contractualisation » des objectifs individuels et collectifs poursuivis et des interventions à réaliser.

Perspectives et conclusion

La complexité dans les soins à domicile mobilise les ressources intrinsèques et extrinsèques du patient, les ressources des professionnels et des organisations des systèmes de santé. Pour tenter de relever le défi de personnaliser, de cibler les prises en soins à domicile dans une fluctuation permanente, les acteurs de santé (patient, proche aidant, médecin, professionnels des soins et du social) doivent développer une collaboration, une communication, une coordination de proximité agile, réactive, adaptative afin de s'accorder sur une prise en soins cohérente. Face à la complexité de plus en plus marquée des situations à domicile, le raisonnement clinique est une compétence essentielle. Le développement d'outillages communs à l'ensemble des professionnels interagissant pour les prises en soins des situations complexes est indispensable et tend à s'amplifier, soit nationalement, soit localement. Pour ancrer ce nouveau regard dans l'évaluation de la complexité des prises en soins et la mobilisation de l'ensemble des acteurs en vue d'actions interprofessionnelles coordonnées, l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) a développé, pour ses infirmiers, des outils pratiques afin d'identifier les éléments complexes⁽⁹⁾ intégrés dans le dossier de soins informatisé et des supports d'aide à l'analyse et à la préparation de coordination interprofessionnelle. Un raisonnement clinique minutieux et structuré permet d'établir un langage rationnel et méthodique. Il contribue à faciliter les échanges entre les différents acteurs et devrait significativement améliorer la qualité des prises en soins.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *Harv Bus Rev.* 2000; 78(5):102-12, 99.
2. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine.* 2009; 360(14):1418-28.
3. Lynn LE, Jr., Heinrich CJ, Hill CJ. Studying Governance and Public Management: Challenges and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory.* 2000;10(2):233-62.
4. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire: «Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires?». Saint-Denis La Plaine: France; 2014.
5. Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité: concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé publique.* 2017; 29(1):31-9.
6. Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JP, Lyons JS, et al. «INTERMED»: a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiat.* 1999; 21(1): 49-56.
7. Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JPJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. COMPRI—An Instrument to Detect Patients With Complex Care Needs: Results From a European Study. *Psychosomatics.* 2001; 42(3):222-8.
8. Pratt R, Hibberd C, Cameron IM, Maxwell M. The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. *Journal of Comorbidity.* 2015; 5(1):10.
9. Peek CJ, Baird MA, Coleman E. Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health.* 2009; 27(4):287-302.
10. Morin E. Introduction de la pensée complexe. Paris: Seuil; 2005.
11. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med.* 2007; 18(5):359-68.
12. Aubry R. La place de l'incertitude dans l'agir médical. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2012; 109(2): 41-9.
13. Dayde M-C. Complexité, incertitude et interdisciplinarité: apport du travail en réseau. *Médecine palliative.* 2012; 11(3):164-9.
14. Vaillancourt R. Le temps de l'incertitude: Du changement personnel au changement organisationnel. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2008.
15. Moisset JJ, Couture A. Changement, incertitude et gestion en éducation: Regards sur la réforme scolaire au Québec. *Education et francophonie.* 2001; 24:169-97.
16. Richard L, Gendron S, Cara C. Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe: une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières *Aporia.* 2012; 4(4):25-39.
17. Busnel C, Mastromauro L, Zecca W, Ludwig C. Le RAI Home Care: utilisation, potentiels et limites dans les soins à domicile. *Gerontol Soc.* 2017; 39(153):167-82.
18. World Health Organisation E. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. Copenhagen: Danmark: World Health Organisation, Europe.; 2017.
19. Busnel C, Marjolle L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue francophone internationale de recherche infirmière.* 2018; 4:116-23.
20. de Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin N Am.* 2006; 90(4): 679-92.
21. Zullig LL, Whitson HE, Hastings SN, Beadles C, Kravchenko J, Akushevich I, et al. A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. *J Gen Int Med.* 2016; 31(3):329-37.
22. Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N. Clinical Reasoning in the Health Professions- 3rd Edition: Butterworth-Heinemann; 2008 14th February 2008. 520 p.
23. Psiuk T. Le concept de raisonnement clinique. L'apprentissage du raisonnement clinique. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2012. p. 15-70.
24. Nagels M. Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation. Recherche en soins infirmiers. 2017; 129(2):6-17.
25. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *J Nurs Sch.* 1984; 16(3): 84-9.

« Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC »

References: Busnel, C., Vallet, F., & Ludwig, C. (2020). Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC. *Nursing Open*, n/a(n/a), 1-9. Catherine Busnel et Fanny Vallet travaillent à l'imad, Catherine Ludwig à la Haute école de santé de Genève.

DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.686>

Abstract

Keywords:
assessment,
complexity,
home care,
interRAI-HC,
nurses,
nursing

Aim: Home care nurses often use the Resident Assessment Instrument-Home Care (interRAI-HC) to assess health needs. However, this tool does not assess complexity. This study proposes to derive a complexity index (CI) from the interRAI-HC using the operational definition of the dedicated COMID checklist (Complexité Multidimensionnelle des prises en soins Infirmières à Domicile).

Design: Data were collected at the baseline assessment of the fraXity study (N = 231, aged ≥ 65), which relied on an observational longitudinal design.

Methods: Measures were the interRAI-HC, from which the CI binary variables were computed and the COMID, used as a reference.

Results: Twenty-six CI variables were computed from the interRAI-HC, and all but three correlations were significant. The correlation between the CI score and the COMID score was $\rho = 0.730$ ($p < .001$).

Conclusions: The study demonstrates that complexity can be assessed directly from the interRAI-HC by deriving a CI.

Introduction

In Switzerland and more particularly in the canton of Geneva, home care has a central place in the delivery of curative, preventive, educational and palliative care. The organization of home care is a response to the population's desire to stay at home for as long as possible and to receive home assistance and care services. With the ageing population, home care nurses are increasingly faced with patients with multiple clinical, chronic and fluctuating conditions (Valderas et al., 2009), who are at high risk of decompensation and hospital readmission (Joyce et al., 1981; Koné Pefoyo et al., 2015). These situations are alternatively characterized by "patient complexity" (Peek et al., 2009), "case complexity" (de Jonge et al., 2005), "care complexity," "needs complexity" (de Jonge et al., 2006) or "practice complexity" (Davidson et al., 2011), suggesting that complexity is a multifaceted construct. Complexity can be broadly defined as a "multidimensional concept involving interactions between biological, socioeconomic, cultural, environmental and behavioral forces as health determinants" (Bonizzoni et al., 2018). In the same vein, the World Health Organization (WHO, 2009) posits that "a complex system is one where there are so many interacting parts that it is difficult, if not impossible, to predict the behavior of the system based on a knowledge of its component parts." The term "complex situation" is often used by professionals in their practice and

although it may cover heterogeneous realities and definitions, it consensually refers to the features of non-linear and dynamic systems (Plsek & Greenhalgh, 2001). Considering a biopsychosocial perspective (Engel, 1980), not only does the presence of one or multiple chronic diseases contribute to rendering situations complex, but also social and psychological dimensions. Contributing to this complexity is also the characteristics of the care, especially linked with the presence of multiple formal or informal actors who interact with each other and with the healthcare system, as well as the instability of the situation (Shippee et al., 2012). Complexity in care has developed either through the biomedical approach or through the determinants of health approach (vector model of complexity; (Safford et al., 2007)). In the home, these two approaches are important and need to be considered together (Johnson & Bacsu, 2018). Home care requires nurses to take a multidimensional, interdisciplinary and holistic approach. They must take into account factors intrinsic to the patient (health, religion, socioeconomic status), factors related to health professionals (physicians, nurses, others), factors related to the delivery of care, organizational factors, the team environment (structure, planning) and political factors. The nurse must mobilize in his or her practice “complex thinking,” “complexity assessment” (assessment of multidimensionality) and “complex acting” (interdisciplinarity and interprofessionalism) (Richard et al., 2012). Complexity is a construct that concerns the person, the environment, health and care, and as such, complexity can be understood in the light of the nursing metaparadigm (Busnel et al., 2020; Fawcett, 1984).

To face the challenges of complexity in daily nursing practice, some models have been developed, such as the chronic care model (Bodenheimer et al., 2002), to anticipate and coordinate care management and to avoid therapeutic incoherence, which is resource-consuming. Some tools have been developed to assess complexity, but they are mostly designed for use by physicians (Huysse et al., 1999) in hospital settings (Stiefel et al., 2006). In the current care practice less-centred on the hospital model and more on ambulatory and domiciliary care, few instruments enable evaluating complexity. To our knowledge, the only instrument available for home care nurses is a multidimensional complexity assessment instrument, known as the COMID (abbreviation for the French locution “COMplexité Multidimensionnelle des prises en soins Infirmières à Domicile,” or in English, Multidimensional Complexity Assessment Instrument for Home Nursing Practice) (Busnel et al., 2018). Currently, nurses are using the COMID as a complement to the routine comprehensive health assessment. Specifically, the COMID consists of a 30-item checklist coding for the presence or absence of characteristics of “case complexity” (medical circumstances, socioeconomic circumstances, aggravating mental circumstances and aggravating

behaviour), "care complexity" (circumstances of care delivery) and "instability." Home care nurses who intervene regularly at patients' homes are in the primary position to assess the whole situation of the patients and their needs with regard to the context to plan and coordinate the care. Given the amount of information the nurse has to consider when establishing an intervention plan, some instruments were developed in clinical practice to assess the needs of the patient and to support clinical reasoning. One of these standardized instruments is the Resident Assessment Instrument-Home Care (interRAI-HC), widely used to evaluate the needs of the patients requiring care at home in various domains of health (e.g. pain and behaviour). The interRAI-HC is an instrument dedicated to comprehensive geriatric assessment. The RAI-HC is used by nurses to evaluate each new patient's care and to regularly re-evaluate patients in long-term care. To structure this data collection, the minimal data set (MDS) of the interRAI-HC is accompanied by alerts and scales targeting various health conditions (Morris et al., 1999). Interestingly to the present purpose, the interRAI-HC does not offer a specific indicator/alert on complexity. These alerts and scales serve to support clinical reasoning in alerting the nurse about a potential risk in a given domain and in guiding the nurse's analysis to make decisions about further investigation requirements or care needs.

In addition to these implemented alerts and scales, research on relevant concepts in the domains of gerontology and/or of care (Armstrong et al., 2010; Morris et al., 2016) has developed the derivation of other clinical indicators or indexes, with the aim of saving time and avoiding the use of additional external scales. Such indexes give extra information to the nurse, who analyses it and may adapt the care plan accordingly. Among the proposed indexes, a frailty score is gaining popularity (Hubbard et al., 2015; Ludwig & Busnel, 2017, 2020; Searle et al., 2008). The purpose of developing the frailty index was to facilitate the detection of frail patients and to foster a careful analysis of their needs to prevent functional decline. The derivation of an index aims at structuring the data collection in the clinical context to help nurses in their routine assessments. The role of home care nurses to provide care in a coordinated and meaningful way can increasingly be challenged by the presence and interactions of multiple factors, resulting in a complex pattern of patients, patients' needs and care that may render the clinical analysis of the situation difficult. Therefore, nurses need to be equipped with instruments supporting the detection, synthesis and analysis of the situational elements that contribute to complexity. However, complexity is rarely operationalized and few tools are adapted to the home care nursing context (e.g. the COMID) (Busnel et al., 2018; Vallet et al., 2019). The aim of this study was to propose a computation algorithm to derive a complexity index (CI) from the interRAI-HC that complies with the operational definition of complexity provided

by the COMID. The value of the proposed approach is to provide nurses with a complexity score directly available in routine assessments (with the interRAI-HC), hence fostering coherence and saving time (avoiding the need to use an additional COMID assessment). Explicitly stated, the research question addressed by the study is “Can the interRAI-HC be used to derive a complexity index (CI) that complies with the operational definition of complexity provided by the COMID?” Answering this question first implies identifying a set of interRAI-HC items that allow for creating scores that mirror the content of the COMID and second, to test the proposed values against the corresponding ones obtained with the COMID.

Methods

● 2.1 DESIGN

The data used to derive the CI from the interRAI-HC and to validate the score against the COMID were collected at the baseline assessment of the fraXity study (Ludwig & Busnel, 2019) from 30 October 2018-12 May 2019. fraXity is an observational longitudinal study; its protocol is extensively described elsewhere (Ludwig & Busnel, 2019).

● 2.2 SETTING AND SAMPLE

A sample of 231 individuals aged 65 years or older living in the community were enrolled in the fraXity study (Ludwig & Busnel, 2019). Participants lived in private dwellings in the canton of Geneva, Switzerland. They were fluent in French and free of major cognitive or communication deficits. All participants volunteered and gave written informed consent for participation. From the fraXity sample, 216 participants (meanage = 79.35, SD 8.1, 78.2% females) were considered for the present analysis.

● 2.3 DATA SOURCES AND MEASUREMENT

Data were collected through interviews at the participants' homes in conditions as close as possible to real clinical conditions. Nurses were trained in the use of the instruments included in the protocol. Among other measures, the instruments included the interRAI-HC and the COMID, collected during a single interview conducted by a nurse.

Data used to derive the CI were collected from the French Canadian interRAI-HC (edition v.9.1) (Morris et al., 2009) as used in the fraXity study. The instrument belongs to the RAI instrument suite developed by the interRAI consortium (<https://www.interrai.org/>).

The interRAI-HC is designed as a tool guiding comprehensive geriatric assessment and is available in many languages. All these national/local versions rely on a common structure and a common item coding system to foster coherence and comparability. The interRAI-HC covers 19 health-related domains: (A) administrative information; (B) living conditions; (C) cognition; (D) sensory abilities; (E) health-related behaviours; (F) social behaviours; (G) activities of daily living; (H) continence; (I) medical diagnoses; (J) falls, physical abilities, physical symptoms and pain; (K) nutrition; (L) skin and feet problems; (M) medication; (N) ongoing therapies and formal care; (O) advanced care instructions and legal representation; (P) informal care; (Q) living environment; (R) observed change in activities of daily living; and (S) record information. The instrument embeds 24 clinical assessment protocols and 18 clinical scales. In the clinical setting of the study, the interRAI-HC is routinely used by nurses to evaluate the care needs of each home care patient at admission and in routine reassessments.

Another instrument analysed in the present study was the COMID, which was considered a standard from which to choose the different interRAI-HC items to compose the CI variables. The COMID is an instrument for assessing multidimensional complexity in home care nursing practice and is completed by home care nurses in addition to a comprehensive health assessment to support their clinical analysis of complexity. Based on factors identified in the literature, the COMID was developed to provide an operational definition of complexity by identifying variables that contribute to the complexity of home care situations. It is a checklist of 30 binary items, with 5 items in each of the 6 complexity domains (medical health factors, social and economic factors, mental health factors, behavioural factors, instability factors and factors related to care providers and the care system). The COMID, developed in French (an English version is also available at <https://comid.imad-ge.ch/>), has shown good acceptability (Busnel et al., 2018) and reliability (Vallet et al., 2019). Based on their clinical assessment of a given situation, nurses code 1 (“yes”) if the item is present or 0 (“no”) if it is absent. In its original version, the total COMID score is calculated by summing the “yes” responses over the 30 items (COMID-30) and can range from 0-30, with a higher score indicating a greater accumulation of factors contributing to the complexity of a situation.

● **2.4 THE COMPLEXITY INDEX VARIABLES DERIVED FROM THE INTERRAI-HC**

The principle used for creating the complexity index (CI) was to first identify variables in the interRAI-HC that mirror the COMID items. For each COMID item, one or more interRAI-HC items were combined to find the best proxy. Each of the interRAI-HC candidate items was

used only once. Some CI variables were composed of single interRAI-HC items when they were similar or very close to the formulae used in the COMID variable (e.g. financial difficulties). For other CI variables, a combination of several items fit the definition of the COMID variable. For instance, the CI variable 2d, a situation where patients live alone and have few social interactions or who report a change in social activities, fits the definition of social isolation. The choice of the interRAI-HC items used to compute the CI variables, as well as their best combination to mirror the COMID, relied on a consensus-reaching approach involving two clinical experts. Ultimately, each variable composing the CI was binary. In case of divergent opinions across experts, phi tests were conducted to assess the link between a given CI variable and its corresponding COMID variable. The combination with the highest coefficient value was selected.

A total of 26 CI variables were created, and four variables of the COMID items, linked with the care providers and the care system dimension, could not be derived from the interRAI-HC. These items were 6b, absence or low degree of partnership between the different actors; 6c, therapeutic incoherence; 6d, health insurance problems; and 6e, emotional and/or physical burden perceived by the secondary network.

Table 1 presents the selected computation used to create each of the 26 CI variables. As the version of the interRAI-HC used in fraXity is comparable to the Standard English edition v.9.1.2, the coding used to create the CI was employed for the standard version to be used by as many people as possible (all details about the formula and the specificity of coding in fraXity are presented in Table S1). The total complexity score was calculated by summing the 26 variables composing the CI, for a total score ranging from 0-26.

● 2.5 DATA ANALYSES

Beyond the descriptive analyses presenting the distribution of frequency of responses for each CI variable (and comparatively for the COMID variables), phi tests were conducted to test the relationship between each of the 26 CI variables and its corresponding COMID variable. Given the number of phi tests that were conducted to assess the relationship between the CI variables and the COMID variables, the 5% risk of type I errors needed to be adjusted for multiple comparisons. Bonferroni's correction was applied to adjust the p-value to the $\alpha = 0.05$ threshold used to reject the null hypothesis. An adjusted p-value of .0019 was used ($\alpha/26$, the number of CI variables). The internal consistency of the CI was tested with Cronbach's alpha.

The correlation between the CI total score and the COMID total score was assessed by means of Spearman's rank correlation coefficient. To be comparable with the CI total score, the total score

of the COMID was computed by summing the “yes” responses on the 26 variables (COMID-26) from those used as a reference for the creation of the CI. It should be noted that because the number of “yes” answers for the four excluded COMID items was low (i.e. it did not exceed 7, being 3.2%, for the item 6e, emotional and/or physical burden perceived by the secondary network), this should not have a strong impact on the total score.

Missing data on the relevant variables considered to compute the CI variables and their correlations with the COMID (i.e. any missing data on the CI variables or on the COMID-30 variables: N = 15, representing 6.5% of the whole sample) were not replaced. Analyses were conducted using the list-wise deletion method.

● 2.6 ETHICS

The study protocol was approved by the Ethics Committee of the canton of Geneva, Switzerland (affiliated with 253 Swissethics) on 7 August 2018 (registration number: 2018-01039). The study protocol was a prospective observational design using coded data on nongenetic personal health data.

Results

● 3.1 PARTICIPANTS

From the fraXity sample of 231 participants, only those with full data on every item of the CI and the COMID were retained for the analyses (N = 216). This final sample was aged from 65-97 (meanage = 79.35, SD 8.1), with 78.2% females.

● 3.2 COMPLEXITY INDEX

● 3.2.1 CI VARIABLES: DESCRIPTION AND COMPARISON WITH COMID VARIABLES

Descriptive analyses for each of the CI variables and its corresponding COMID variable are presented in Table 2. The number of “yes” responses (i.e. element coded as problematic) was different between the CI variables. Some variables were frequently rated “yes” (e.g. 1b, chronic pain: N = 155 “yes”), and others were rarely or never rated “yes” (e.g. 4e, resistance or opposition to care: N = 0 “yes”). The number of “yes” responses was relatively similar between the CI and the COMID for several variables, with some exceptions (e.g. 1a, chronic diseases).

The phi tests (Table 2) showed that 23 CI variables correlated significantly with the corresponding COMID variables, and the phi test for one variable (i.e. 4e, resistance or opposition to care) was not calculated because the number of “yes” responses on the CI was 0. The highest values for phi tests (> 0.50) were obtained for 1a, chronic diseases; 1b, chronic pain; 1c, allergies/drug intolerances; 1d, polymedication; 2a, financial difficulties; and 3c, addiction. The lowest and non-significant values (≤ 0.20) were obtained for 4a, recurring solicitations, and 5c, transition period.

Complementary results about the number of “yes” responses and phi tests obtained for the whole sample using all the available data for each analysis (i.e. pairwise deletion method) are presented in the Table S2. Globally, these results presented no major differences with the pairwise deletion method, as the values of the phi tests were largely comparable.

● 3.2.2 INTERNAL CONSISTENCY

The CI exhibited an acceptable internal consistency (Cronbach's alpha = 0.689), comparable with that of the COMID-26 (Cronbach's alpha = 0.763) and the original version of the COMID (COMID-30, Cronbach's alpha = 0.770).

● 3.2.3 CI TOTAL SCORE: DESCRIPTION AND COMPARISON WITH THE COMID TOTAL SCORE

Regarding the total scores, the CI total score had a mean = 4.49 (SD 3.04, Min = 0, Max = 14), which was higher than the mean of the COMID-26 = 3.34 (SD 2.94, Min = 0, Max = 17). This suggests that the CI (just like several CI variables) was more sensitive than the COMID.

The correlation between the CI and COMID-26 was significant, with Spearman's rank coefficient correlation of $\rho = 0.730$, $p < .001$.

Table 1 Correspondence between the COMID items and interRAI-HC items used for the derivation of the Complexity Index

COMID		interRAI-HC	
Item	Var. label	Item	Var. description
1a	Several chronic diseases (more than 2) and/or unexplained symptoms	I1c, I1d, I1f, I1h, I1j, I1k, I1i, I1m, I1t, I1u, BMI (K1b, K1a), J3u, J4, I2	More than 2 chronic diseases among a list of 13 diseases (plus one disease counted for any response in the question "other diagnostic")
1b	Chronic pain	J6a	Any pain
1c	Any allergies and/or drug intolerances	M2	A known drug allergy
1d	Polymedication	M1f (M2f, M3f, M4f, M5f, etc.)	Five or more substances regularly taken
1e	Cognitive deficits	C2a, C1, C2b, C2c	Short-term memory problem and at least one another deficit among the following cognitive functions: decision-making, procedural memory or long-term memory
2a	Financial difficulties and/or an inability to afford the services of assistance, care, treatments, auxiliary devices, a means of transportation and/or a food supply	Q4	Financial difficulties
2b	No informal care, an exhausted informal caregiver and/or family tensions	P1a1, P1a2, P4, P2a, P2b, P2c	No informal caregiver/helper and no supportive relationship with family OR a caregiver/helper who is unable to continue his/her help or reports distress/anger or is overwhelmed
2c	Low level of literacy (related to alphabetization issues, language and/or cultural barriers)	D2	Not good and clear understanding
2d	Social isolation	A13a, F1b, F1c, F3	Living alone and: not visiting or receiving visits from family and friends and not having other interactions during the last 3 days, or a change in social activities

2e	Inadequate housing and/or environmental barriers	Q1a, Q1b, Q1e	Any problem with (or uncertainty about) degradation, squalid conditions or limited access to housing
3a	Depression and/or suicidal ideation	I1p, E2c	Diagnostic of depression or self-reported depressed mood
3b	Psychiatric diseases and/or mental disorders (delusions, hallucinations, etc.)	J3g, J3h, J3i, I1q, I1o	Any symptoms of abnormal thought process, delusions or hallucinations, or a diagnosis of psychosis or bipolar disorder
3c	Addiction	J9a, J9b	Daily smoking or consumption of at least 5 drinks of alcohol in one go
3d	Anxiety or anguish that renders the clinical picture unclear	I1n, E2b	Diagnostic of anxiety or self-reported anxious mood
3e	Variations in mental function during the day	C3c	Mental function varies over the day
4a	Recurring solicitations of the primary and/or secondary network	E1e	Repetitive anxious complaints
4b	Ambivalent and/or conflictual communication with a member of the primary and/or secondary network	F1d, E1b	Conflicts/angry with friends or family and a perpetual anger against oneself or others
4c	Worries about symptoms, health conditions, and/or medical information	E1d	Repetitive health complaints
4d	Aggressiveness (verbal and/or physical) or mutism	E3b, E3c	Any manifestation of verbal or physical aggressiveness
4e	Resistance or opposition to care, whether active or passive	E3f	Manifestation of resistance to care
5a	Recent degradation of health status perceived by the patient	J7b	Experiencing an acute crisis or flare-up of a recurrent or chronic problem
5b	Overall change in the degree of independence (ADL/IADL) in the last month	G6, R2	Deterioration (or uncertainty) of the ADL performance or a significant change in general independence
5c	Transition period (ex. announcement of diagnosis, hospital discharge, death of caregiver, divorce, work, etc.)	F5, A14, A13b	Major life stressor or hospitalization or change in the household composition

5d	Acute change in cognitive abilities	C5	Deterioration (or uncertainty) of the decision-taking capacities during the last 3 months
5e	Unpredictability of health status (unusual symptoms, decompensation of a chronic disease, wounds, pain, etc.)	J7a, J7c, C4, N4b	Health conditions or diseases making cognitive state, ADL, mood or behaviour patterns unstable or endstage disease or acute change in the mental state with regard to the usual functioning, or at least two visits to the hospital emergency
6a	Multiple care providers in the secondary network (primary care doctors, medical specialists, formal caregivers, curators, etc.)	N3aA, N3bA, N3cA, N3dA, N3eA, N3fA, N3gA, N3hA, O1	At least three providers

Abbreviations: ADL, activities for daily living; IADL, instrumental activities for daily living.

Discussion

● 4.1 DERIVATION OF A CI

This aim of the study was to derive a CI from the interRAI-HC based on the operational definition of complexity from the literature used to create the COMID. After a careful selection of interRAI-HC items, 26 CI variables were computed – using different methods of computation – to match 26 out of the 30 COMID binary variables. When the correspondence between the CI variables and the COMID ones was assessed, the results were satisfying. The correlation tests were significant for 23 variables, and the phi values were substantial. For the two non-significant phi values (i.e. 4a, recurring solicitations, and 5c, transition period) and the one correlation that could not be calculated (i.e. 4e, resistance or opposition to care), further testing on other samples would be needed and some adjustments might be necessary. Nevertheless, taken together, correlational analyses support the combinations chosen to create the CI variables. Otherwise, the internal consistency of the CI was high (i.e. 0.689) and similar (i.e. <0.1 difference) to that of the COMID. The total score of the CI, corresponding to the sum of the CI variables, was strongly and significantly correlated with the COMID-26 total score. These results mean that the CI total score presented an acceptable reliability similar to

that of the COMID and shares a large part of its variance with the checklist. Overall, the results of this study support the possibility to create a CI based on 26 variables that complies with the operational definition of complexity of the COMID. The variables and the CI score demonstrate suitable characteristics (i.e. internal consistency comparable with that of the COMID, a large number of significant correlations), and as a whole, the study can be viewed as a proof of concept supporting the derivation of a CI from the interRAI-HC MDS.

● 4.2 CLINICAL APPLICATION

The creation of a CI follows the creation of other indexes from the interRAI-HC, offering a new index assessing complexity but different conceptually and in its computation from other indexes derived from interRAI instruments. As complexity is often conceptualized but rarely measured, creating a CI from the interRAI-HC is a unique opportunity to assess complexity based on existing and widely used instruments. In clinical practice, the possibility to create the CI variables automatically should help nurses to detect complex situations and to orientate the assessment and analysis of the elements contributing to the complexity. To enable routine use, it will be necessary to develop the CI as an alert by complementing the algorithm with clinical assessment protocols. When the CI variables alert the nurses about the risk of complexity of a situation, it would be possible to complement this by filling in a tool, such as the COMID. This would enable evaluation of the nurse's clinical analysis of the situation and deepen the assessment of care system complexity factors not entirely included in the CI. This process could also lead to the evaluation of specific aspects of the situation (e.g. informal caregiver exhaustion, pain). Finally, this should allow nurses to analyse the complexity more precisely to discuss interprofessional coordination and specify the care plan. The international nature of the inter- RAI-HC and the common structure and coding across instruments allow for deriving a CI from virtually all available versions, hence fostering international dissemination of results and comparisons across different countries.

● 4.3 LIMITATIONS

The findings are very encouraging, yet the study suffers from several limitations that need to be addressed. First, all participants volunteered to take part in the study, which is a bias – accounting for lower complexity levels – that cannot be excluded. In this sense, it was observed that the percentage of “yes” responses on the COMID was descriptively lower than that previously found in a clinical population receiving home care (Vallet et al., 2019). Replication of the study with a clinical sample of home care recipients would be

necessary to overcome this limit. Doing so would allow for assessing the validity of the proposed algorithm based on clinical situations and everyday complexity as encountered routinely by home care nurses.

Another limitation concerns the quality of the nurses' appraisal of each situation. Indeed, the appraisal required in the fraXity study substantially differs from a routine appraisal where the nurse has become an "expert" of her patients. Although the study protocol fits the clinical situation and possible (i.e. visits at home, the completion of the interRAI-HC and then the COMID, as is done in clinical contexts), nurses in clinical practice usually have better knowledge of the situation because in addition to assessment, they also provide patient care. Again, replicating the study with a clinical sample, in a routine home care setting, would allow for addressing this drawback.

Table 2 Number of "yes" answers for the COMID items, the corresponding values for the CI and the results of the phi test (coefficient, p-value) assessing the correlation between each pair

Short title of the variable	COMID		CI		Correlation (phi, p-value)
	No	Yes	No	Yes	
1a. Chronic diseases	110	106	140	76	0.52, p < .001
1b. Chronic pain	73	143	61	155	0.84, p < .001
1c. Allergies/drug intolerances	162	54	159	57	0.89, p < .001
1d. Polymedication	131	85	126	90	0.82, p < .001
1e. Cognitive deficits	197	19	168	48	0.38, p < .001
2a. Financial difficulties	204	12	193	23	0.64, p < .001
2b. Absence or exhaustion of informal caregiver	195	21	167	49	0.38, p < .001
2c. Low level of literacy	208	8	197	19	0.29, p < .001
2d. Social isolation	191	25	186	30	0.32, p < .001
2e. Inadequate housing	193	23	195	21	0.44, p < .001
3a. Depression and/or suicidal ideation	198	18	167	49	0.48, p < .001
3b. Psychiatric diseases	212	4	208	8	0.34, p < .001
3c. Addiction	202	14	197	19	0.52, p < .001

3d. Anxiety or anguish	200	16	155	61	0.37, p < .001
3e. Mental function varies over the day	209	7	210	6	0.45, p < .001
4a. Recurring solicitations	206	10	190	26	-0.01, p = .839
4b. Ambivalent and/or conflictual communication	214	2	211	5	0.31, p < .001
4c. Worries about symptoms	193	23	174	42	0.29, p < .001
4d. Aggressiveness	214	2	212	4	0.35, p < .001
4e. Resistance or opposition to care	214	2	216	0	Not calculated
5a. Recent degradation of health status perceived by the patient	179	37	199	17	0.28, p < .001
5b. Change in the ADL/IADL	201	15	184	32	0.40, p < .001
5c. Transition period	194	22	149	67	0.20, p = .003
5d. Acute change in cognitive abilities	210	6	205	11	0.35, p < .001
5e. Unpredictability of health status	180	36	186	30	0.47, p < .001
6a. Multiple care providers	205	11	190	26	0.37, p < .001
Original COMID items					
6b. Absence or low degree of partnership between the different actors	214	2			
6c. Therapeutic incoherence	216	0			
6d. Health insurance problems	214	2			
6e. Emotional and/or physical burden perceived by the secondary network	209	7			

Abbreviations: ADL, activities for daily living; IADL, instrumental activities for daily living.

Conclusion

The study reported here demonstrates that a CI can be derived from the interRAI-HC, hence tooling up nurses with a means to assess complexity in clinical home care routines. The results can be viewed as a proof of concept, yet they call for replications in larger, clinical samples.

The interRAI-HC is an instrument used internationally in clinical home care practice. Thus, the CI has an important potential for implementation and for further studies to test it on clinical samples, as well as to assess the psychometric characteristics of the CI, with a special interest in its predictive validity on adverse health outcomes.

The interRAI-HC is rich enough in its data set to reconsider patient issues and resources through the concept of complexity in a less linear approach. From this, too, it is possible to tool the nurses to identify complex situations. The development of guidelines will enable a generalized understanding and use, positioning the nurse even more as an essential actor in the health system (Busnel et al., 2020).

Conflict of interest

The authors declare they have no conflicts of interest.

Acknowledgements

The authors acknowledge the contribution of volunteered participants. They thank the fraXity staff – Sophie Bontemps, Tobias Burckhardt, Michael Cennamo and Debora Verissimo – for their rigorous involvement in the recruitment of participants, for the data collection and for their valuable reflexive clinical inputs. Finally, the authors thank the Geneva School of Health Sciences, HES-SO and the imad for their institutional support for the fraXity study.

Author contributions

CB and CL: Study concept and design. CL and CB: Acquisition of data. FV, CB and CL: Analysis and interpretation of data. CB and FV: Drafting of the article. CL: Critical revision of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Data availability statement

The data sets generated (coded, free of personal information), used and analysed during the fraXity study will be deposited at the end of the study at DARIS/FORS (<http://forscenter.ch>) for data sharing and reuse purposes. FORS/DARIS complies with the FAIR (findable, acceptable, interoperable, reusable) principles.

ORCID

Catherine Busnel: <https://orcid.org/0000-0002-0165-022X>

Catherine Ludwig: <https://orcid.org/0000-0003-4634-2092>

Supporting information

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section.

How to cite this article: Busnel C, Vallet F, Ludwig C. Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC. *Nurs Open*. 2020;00:1-9.

DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.686>

References

- Armstrong, J. J., Stolee, P., Hirdes, J. P., & Poss, J. W. (2010). Examining three frailty conceptualizations in their ability to predict negative outcomes for home-care clients. *Age and Ageing*, 39(6), 755-758. <https://doi.org/10.1093/ageing/gfq121>
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914. <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>
- Bonizzoni, E., Gussoni, G., Agnelli, G., Antonelli Incalzi, R., Bonfanti, M., Mastroianni, F., Candela, M., Franchi, C., Frasson, S., Greco, A., La Regina, M., Re, R., Vescovo, G., & Campanini, M. (2018). The complexity of patients hospitalized in Internal Medicine wards evaluated by FAD0I-COMPLIMED score(s). A hypothetical approach. *PLoS One*, 13(4), e0195805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195805>
- Busnel, C., Ludwig, C., & Da Rocha Rodrigues, M. G. (2020). [Complexity in nursing practice: Toward a new conceptual framework in nursingcare]. La complexité dans la pratique infirmière: Vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche En Soins Infirmiers*, 140, 7-16. <https://doi.org/10.3917/rsi.140.0007>
- Busnel, C., Marjollet, L., & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). [Complexity in home care: Development of an assessment tool dedicated to nurses and results of an acceptability study] Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.rferi.2018.02.002>
- Davidson, A. W., Ray, M. A., & Turchel, M. C. (2011). *Nursing, caring and complexity science: For human environment well-being*. New-York: Springer Publishing Company.
- de Jonge, P., Huyse, F. J., Slaets, J. P., Söllner, W., & Stiefel, F. C. (2005). Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: The INTERMED project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 795-799. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01684.x>
- de Jonge, P., Huyse, F. J., & Stiefel, F. C. (2006). Case and care complexity in the medically ill. *Medical Clinics of North America*, 90(4), 679-692. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.04.005>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-89. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb013.93.x>
- Hubbard, R. E., Peel, N. M., Samanta, M., Gray, L. C., Fries, B. E., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2015). Derivation of a frailty index from the interRAI acute care instrument. *BMC Geriatrics*, 15(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0026-z>
- Huyse, F. J., Lyons, J. S., Stiefel, F. C., Slaets, J. P. J., de Jonge, P., Fink, P., Gans, R. O. B., Guex, P., Herzog, T., Lobo, A., C. Smith, G., & Strackvan Schijndel, R. (1999). "INTERMED": A method to assess health service needs. I. Development and reliability. *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 39-48. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(98\)00057-7](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00057-7)
- Johnson, S., & Bacsu, J. (2018). Understanding complex care for older adults within Canadian home care: A systematic literature review. *Home Health Care Services Quarterly*, 37(3), 232-246. <https://doi.org/10.1080/01621424.2018.1456996>
- Joyce, P. R., Khan, A., & Jones, A. V. (1981). The revolving door patient. *Comprehensive Psychiatry*, 22(4), 397-403. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(81\)90024-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(81)90024-9)
- Koné Pefoy, A. J., Bronskill, S. E., Gruneir, A., Calzavara, A., Thavorn, K., Petrosyan, Y., Maxwell, C. J., Bai, Y. Q., & Wodchis, W. P. (2015). The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health*, 15(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1733-2>
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2017). Derivation of a frailty index from the resident assessment instrument - home care adapted for Switzerland: A study based on retrospective data analysis. *BMC Geriatrics*, 17(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0604-3>
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2019). Protocol of a case-control longitudinal study (fraXity) assessing frailty and complexity among Swiss home service recipients using interRAI-HC assessments. *BMC Geriatrics*, 19(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1230-z>
- Ludwig, C., & Busnel, C. (2020). Derivation of a frailty index from the interRAI-HC to assess frailty among older adults 2 receiving home care BUSNEL et al. | 9 and assistance (the "fraXity" study). *Advances in Geriatric Medicine and Research*, 2(2), 1-27. <https://doi.org/10.20900/agmr2.0200013>
- Morris, J. N., Fries, B. E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, L., & Belleville-Taylor, P. (2009). *interRAI Home-Care (HC). Assessment form and user's manual. Version 9.1*. Standart Edition. Washington, DC: interRAI.
- Morris, J. N., Fries, B. E., & Morris, S. A. (1999). Scaling ADLs within the MDS. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(11), M546-M553. <https://doi.org/10.1093/geron/a/54.11.m546>
- Morris, J. N., Howard, E. P., & Steel, K. R. (2016). Development of the interRAI home care frailty scale. *BMC Geriatrics*, 16(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0364-5>
- Peek, C. J., Baird, M. A., & Coleman, E. (2009). Primary care for patient complexity, not only disease. *Families, Systems & Health*, 27(4), 287-302. <https://doi.org/10.1037/a0018048>
- Plesk, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323(7313), 625-628.
- Richard, L., Gendron, S., & Cara, C. (2012). Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe: Une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières. *Aporia*, 4(4), 25-39.
- Safford, M. M., Allison, J. J., & Kiefe, C. I. (2007). Patient complexity: More than comorbidity. The Vector Model of Complexity. *Journal of General Internal Medicine*, 22(3), 382-390. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0307-0>
- Searle, S. D., Mitnitski, A., Gahbauer, E. A., Gill, T. M., & Rockwood, K. (2008). A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics*, 8, 24. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-24>
- Shippee, N. D., Shah, N. D., May, C. R., Mair, F. S., & Montori, V. M. (2012). Cumulative complexity: A functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(10), 1041-1051. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.05.005>
- Stiefel, F. C., Huyse, F. J., Söllner, W., Slaets, J. P. J., Lyons, J. S., Latour, C. H. M., van der Wal, N., & de Jonge, P. (2006). Operationalizing integrated care on a clinical level: The INTERMED project. *Medical Clinics of North America*, 90(4), 713-758. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.05.006>
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 357-363. <https://doi.org/10.1370/afm.983>
- Vallet, F., Busnel, C., & Ludwig, C. (2019). [Analysis of the reliability of a multidimensional complexity scale instrument (COMID) for homecare nurses]. Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multi-dimensionnelle (COMID) pour les infirmières à domicile. *Recherche En Soins Infirmiers*, 138(3), 53-64. <https://doi.org/10.3917/rsi.138.00053>
- World Health Organisation (2009). *WHO patient safety curriculum guide for medical schools*. Geneva: WHO.

Referenze bibliografiche

- Vaillancourt R. Le temps de l'incertitude: Du changement personnel au changement organisationnel. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2008.
- Alhadeff-Jones M. Three generations of complexity theories: Nuances and ambiguity. *Educational Philosophy and Theory*. 2008;40(1):66-82.
- Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques [Certu]. Introduction à l'approche systémique: appréhender la complexité. Lyon: Certu; 2017.
- Morin E. Introduction de la pensée complexe. Paris: Seuil; 2005.
- Johnson S, Bacsu J. Understanding complex care for older adults within Canadian home care: a systematic literature review. *Home Health Care Serv Q*. 2018;1:15.
- Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisburys C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):357-63.
- de Jonge P, Huysse FJ, Slaets JP, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. Care complexity in the general hospital: results from a European study. *Psychosomatics*. 2001;42(3):204-12.
- Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(10):1041-51.
- HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire: «Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires?» Saint-Denis La Plaine: France; 2014.
- Schussel-Filletaz S, Marjollet L, Perone N, Budan F, Rosenberg A. Le plan de soins partagé informatisé. *Soins infirmiers*. 2016;10:72-3.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). Programme de promotion interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020. 2017.
- Mouhsine E, Wettstein M, Echenmoser G, Barres A-M, Nicolas F, Gandibleux N. Itinéraire clinique en traumatologie, une mode ou un besoin? *Revue Médicale Suisse*. 2010;6:2438-42.
- Busnel C, Ludwig C, Da Rocha Rodrigues MG. La complexité dans la pratique infirmière: vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Rech Soins Infirm*. 2020;140(1):7-16.
- Waldvogel FA, Balavoine J-F, Perone N, Schussel-Filletaz S. Les malades complexes: de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. *Revue Médicale Suisse*. 2012;340:1011-24.
- Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *An of int med*. 2011;155(12):797-804.
- Olde Rikkert MG, Schers HJ, Melis RJ. Defining patient complexity. *An of int med*. 2012;156(8):606; author reply 7.
- Manning E, Gagnon M. The complex patient: A concept clarification. *Nurs Health Sci*. 2017;19(1):13-21.
- Adamuz J, Gonzalez-Samartino M, Jimenez-Martinez E, Tapia-Perez M, Lopez-Jimenez MM, Ruiz-Martinez MJ, et al. Care Complexity Individual Factors Associated With Hospital Readmission: A Retrospective Cohort Study. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(4):411-21.
- Loeb DF, Binswanger IA, Candrian C, Bayliss EA. Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*. 2015;13(5):451-5.
- Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med*. 2007;18(5):359-68.
- de Jonge P, Huysse F, J., & Stiefel, F.C. (2006). Case and care complexity in the medically ill. *Medical Clinics of North America*, 90(4), 679-692. doi:10.1016/j.mcna.2006.04.005
- de Jonge P, Huysse F, J., Herzog T, Lobo A, Slaets J, P. J., Lyons, J. S., ... Rigatelli, M. (2001). Risk factors for complex care needs in general medical inpatients: Results from a European Study. *Psychosomatics*, 42(3), 213-221. doi:10.1176/appi.psy.42.3.213
- Richard L, Gendron S, Cara C. Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe: une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières Aporia. 2012;4(4):25-39.
- Guarinoni M, Petrucci C, Lancia L, Motta PC. The Concept of Care Complexity: A Qualitative Study. *Journal of Public Health Research*, 2015 4(3):588.
- Pincus, D., & Guastello, S. J. (2013). Complexity science in the future of behavioral medicine. In J. P. Sturmborg & C. M. Martin (Eds.), *Handbook of Systems and Complexity in Health*, New York: Springer.
- Guise, J.-M., Chang, C., Butler, M., Viswanathan, M., & Tugwell, P. (2017). AHRQ series on complex intervention systematic reviews—paper 1: an introduction to a series of articles that provide guidance and tools for reviews of complex interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 90, 6-10. doi:https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.011
- de Jonge P, Huysse FJ, Slaets JP, Sollner W, Stiefel FC. Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(9):795-9.
- Wild B, Lechner S, Herzog W, Maatouk I, Wesche D, Raum E, et al. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: the INTERMED for the Elderly (IM-E). *J Psychosom Res*. 2011;70(2):169-78.
- Peters LL, Boter H, Slaets JP, Buskens E. Development and measurement properties of the self assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. *J Psychosom Res*. 2013;74(6):518-22.
- Pratt R, Hibberd C, Cameron IM, Maxwell M. The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. *Journal of Comorbidity*. 2015;5(1):10.
- Minnesota Complexity Assessment Method or MCAM form http://www.mpho.org/resource/d/35993/MinnesotaComplexityAssessmentMethodBairdHandout.
- Troigros, O., Bejot, Y., Rodriguez, P. M., Shoaib, F., Ellis, H., & Wade, D. (2014). Measuring complexity in neurological rehabilitation: the Oxford Case Complexity Assessment Measure (OCCAM). *Clinical Rehabilitation*, 28(5), 499-507. doi:10.1177/0269215513505300
- Huysse FJ, de Jonge P, Slaets JP, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. COMPRI - An Instrument to Detect Patients With Complex Care Needs: Results From a European Study. *Psychosomatics*. 2001;42(3):222-8.
- Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*. 2018;4:116-23.
- Vallet F, Busnel C, Ludwig C. Analyse de la fidélité d'un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle (COMID) pour les infirmières à domicile. *Rech. soins infirm*. 2019;138(3):53-64.

-
36. Ludwig, C., & Busnel, C. (2019). Protocol of a case-control longitudinal study (fraXity) assessing frailty and complexity among Swiss home service recipients using interRAI-HC assessments. *BMC Geriatrics*, 19(1), 207. doi:10.1186/s12877-019-1230-z
 37. Busnel, C., Vallet, F., & Ludwig, C. (2020). Tooling nurses to assess complexity in routine homecare practice: Derivation of a Complexity Index from the InterRAI-HC. *Nursing Open*, 00(n/a), 1-9. doi:10.1002/nop2.686
 38. van Reedt Dortland AKB, Peters LL, Boenink AD, Smit JH, Slaets JJP, Hoogendoorn AW, et al. Assessment of biopsychosocial complexity and health care needs: Measurement properties of the INTERMED Self-Assessment Version. *Psychosomatic medicine*. 2017; 79(4): 485-92.
 39. de Villiers MR, de Villiers PJT, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*. 2005; 27(7): 639-43.
 40. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011; 17(2): 268-74.
 41. Morris, J. N., Fries, B. E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, G. I., ... Zimmermann, S. (2019). interRAI Home Care Suisse (interRAI HCSuisse) Instrument d'évaluation et manuel. Edition française pour la Suisse. Version 9.4.2. Washington, DC: interRAI.
 42. Ludwig, C., & Busnel, C. (2020). Derivation of a frailty index from the interRAI-HC to assess frailty among older adults receiving home care and assistance (the "fraXity" study) *Advances in Geriatric Medicine and Research*, 2(2 e200013), 1-27. doi:10.20900/agmr20200013
 43. Higgs, J., Burn, A., & Jones, M. (2001). Integrating clinical reasoning and evidence-based practice. *AACN Clin Issues*, 12(4), 482-490.
 44. Psiuk, T. (2012). Le concept de raisonnement clinique *L'apprentissage du raisonnement clinique* (pp. 15-70). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
 45. Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation. [Clinical judgment as a schema. Conceptual proposals and training perspectives]. *Recherche en Soins Infirmiers*, 129(2), 6-17. doi:10.3917/rsi.129.0006
 46. Belpaume, C. (2009). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, 99(4), 43-74. doi:10.3917/rsi.099.0043.
 47. Zullig LL, Whitson HE, Hastings SN, Beadles C, Kravchenko J, Akushevich I, et al. A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. *J Gen Int Med*. 2016; 31(3): 329-37.
 48. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *J Nurs Sch*. 1984; 16(3): 84-9.
 49. Vanhaecht K. The impact of Clinical Pathways on the organisation of care processes.: Université catholique de Louvain; 2007.
 50. Ardoino J. Les termes de la complexité. *Hermès, La Revue*. 2011; 60(2): 135-7.

Direction des opérations
Unité recherche
et développement

Lieu de publication

Carouge et Manno

Publishers

imad et SUPSI

Copyright:

©2022 imad, Carouge.
Ceci est une publication
distribuée sous les termes
de la licence CC BY 4.0.



imad

comid.imad-ge.ch

imad-ge.ch

Ce guide bénéficie d'éléments provenant de l'étude fraXity, un projet soutenu par le Fond National Suisse de la Recherche Scientifique (n° 10001C_179453/1).

imad a déposé le 26 août 2020 une demande d'enregistrement de la marque COMID. Les classes de Nice pour lesquelles imad revendique la protection sont les classes 9, 16, 35, 41-42, 44.

Graphisme

Studio-Rubic, Genève

Guida (version originale)

Busnel, C., Bridier-Boloré, A., Marjollet, L., Perrier-Gros-Claude, O., 2021. La complexité des prises en soins à domicile: guide pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile. Carouge: Institution genevois de maintien à domicile

DOI: <https://doi.org/10.26039/097C-6316>

ISBN: 978-2-8399-3097-0

Traduzione in lingua italiana della Guida

(citazione consigliata)

Busnel, C., Bridier-Boloré, A., Marjollet, L., Perrier-Gros-Claude, O., Santini, M., Prandi, C. 2022. La complessità dell'assistenza a domicilio: guida per i professionisti che operano nel settore dell'assistenza e della cura a domicilio. Carouge, Manno: imad & SUPSI

DOI: <https://doi.org/10.26039/cp8m-pw08>

Redazione: Catherine Busnel

Autori, edizione originale

Catherine Busnel, Anne Bridier-Boloré, Laurent Marjollet, Olivier Perrier-Gros-Claude

Contributo alla presente edizione

(lingua italiana)

Marina Santini (Traduzione), Esperta in gestione dei servizi di assistenza e cura a domicilio

Cesarina Prandi, PhD, (Traduzione e adattamento), Professoressa, Ricercatrice, SUPSI DEASS

Hanno collaborato alla traduzione in lingua italiana

Monica Bianchi, PhD, Professore, ricercatore, SUPSI DEASS

Magda Chiesa, Direttrice delle cure, Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale- Insegnante senior SUPSI DEASS

Fabienne Cocchi, interRAI trainer

Sara Levati, Docente ricercatore, SUPSI DEASS

Sabrina Revolon, Responsabile di progetti in cure infermieristiche, Assistenza e Cura a Domicilio Mendrisiotto e Basso Ceresio (ACD) Mendrisio

Elisa Sberna, infermiera di legame, Assistenza e Cura a Domicilio Mendrisiotto e Basso Ceresio (ACD) Mendrisio

Alessandra Viganò, direttrice sanitaria Associazione Locarnese eValmaggese di Assistenza e Cura a Domicilio (ALVAD) Locarno



INSTITUTION
GENEVOISE
DE MAINTIEN
À DOMICILE

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

SUPSI

imad · Av. Cardinal-Mermillod 36
CP 1731 · 1227 Carouge · T 022 420 20 00
info@imad-ge.ch

imad-ge.ch