



Programme d'implantation
du **SMAF** en Europe
Dordogne



Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging

RAPPORT FINAL

Évaluation de l'implantation du SMAF^{MD} et du eSMAF^{MD}
dans les établissements médico-sociaux du Bergeracois
desservant les personnes âgées et les personnes handicapées

Présenté à

Monsieur Bernard CAZEAU
Président du Conseil général de la Dordogne

Madame Marie-Aline BLOCH
Directrice scientifique à la CNSA

Et

Madame Maria DOUMEINGTS
Directrice de la CRAM Aquitaine

Pauline GERVAIS, PhD(c)
Réjean HÉBERT, MD MPhil,
Michel TOUSIGNANT, PhD
Daniel BERGERON, MBA
Roch BERNIER, MD

Septembre 2010

Ce projet a été financé par les quatre organismes suivants :



AVANT-PROPOS

Remerciements

Nous tenons à remercier plusieurs personnes sans qui ce projet d'implantation du SMAF^{MD} n'aurait pu se réaliser. Leur engagement et leur expertise ont contribué à faire de ce projet une réussite.

Collaborateurs à l'implantation (CESS)

Maryke BEAUDRY, formatrice SMAF^{MD}

Stéphane DUBUC, directeur de l'innovation

Joanne GUILBEAULT, directrice du développement professionnel

Collaborateurs à la recherche (Centre de recherche sur le vieillissement)

Myriam JBABDI, agente de recherche - volet quantitatif

Julie LAMONTAGNE, agente de recherche - volet qualitatif

Sylvie VAILLANCOURT, chef des ressources informationnelles

Collaborateurs du Conseil Général de la Dordogne

Yves MARÉCAUX, chargé de mission

Sophie L'HÔTE, directrice de la Direction départementale de la Solidarité et Prévention

Jean CHAGNEAU, conseiller général

Nous remercions également tous les collaborateurs et partenaires du comité stratégique, du comité organisationnel et des comités cliniques. Sans eux, un projet d'une telle envergure n'aurait pas pu se réaliser.

Comité stratégique

Élisabeth BOCQUET, directrice, CRAM Aquitaine

Dr Alain COLVEZ, chercheur, expert externe, INSERM de Montpellier

Sylvain CONNANGLE, directeur, EHPAD La Madeleine

Christian GROppo, directeur, CPAM Dordogne

Anne KIEFFER, médecin, directrice scientifique, CNSA

Erick LAFFARGUE, responsable du Service de l'Action Sanitaire et Sociale, MSA Dordogne

Michel LAFORCADE, directeur, DDASS Dordogne

Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE, Responsable du Pôle Senior, CPAM Dordogne

Comité organisationnel

Michel ANTOINE, président AARD

Patrick ARDILLIER, directeur Foyer La Brunetière

Jean-François BAUDELIN, chef de service, pôle personnes âgées APA

Dr Jean-Pierre DARRACQ, président CLIC de Bergerac
 Karima DURAND, directrice EHPAD de Port-Ste-Foy
 Christian GALTIER, Directeur FAM Bourg d'Abren
 Claude GAMBELOU, cadre de santé EHPAD de Bergerac
 Michel GOUNEAU, cadre administratif EHPAD de Bergerac
 Hélène LEFAURE-DIEUAIDE, directrice MDPH
 Jean-Pierre LÉVÊQUE, président ADPA
 Sylvie MALLET-MARECHAL, directrice EHPAD Lalinde
 Jacques MALMOUSTIER, président CIAS de la Force
 Nathalie MARTEL, directrice FSA La Peyrouse
 Dre Karine MARTIN, directrice des services médicaux FAM Bourg d'Abren

Comités cliniques

MDPH

N. Bélair Gonzalez
 C. Combeau
 B. Labonté
 F. Vilhes

Équipe APA

N. Abdelhouad
 R. Ahmar
 M. Filleau
 G. Lemétayer
 S. Vedel

FAM Bourg d'Abren

C. Chort
 C. Dumas
 S. Fontvieille
 M. Guillon

Foyer La Brunetière

S. Fekirini
 G. Nadal
 P. Poulon
 S. Purrey

FSA La Peyrouse

R. Gomès
 I. Leprince
 S. Renaudie

ADPA

J. Delest
 V. Lascombe
 E. Pérès

AARD

L. Cravallée
 C. Emmanuel
 C. Géron-Branet
 C. Roccon

CIAS La Force

P. Bouquey
 M. Durand
 C. Domingo

EHPAD de Port-Ste-Foy

L. Bézanger
 C. Escat
 V. Farrugia
 N. Galtier

EHPAD CH de Bergerac

N. Champier
 M. Faucher
 C. Fricot

EHPAD de Lalinde

C. Camus
 A. Culis
 C. Montheil
 F. Vidal

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
Remerciements	3
RÉSUMÉ	9
1. RAPPEL DU MANDAT	13
2. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE.....	13
3. DESCRIPTION DES COMPOSANTES ET DE L'ÉCHÉANCIER DU PROJET ÉVALUÉ	14
3.1 Composantes	14
3.1.1 Accréditation de formateurs	14
3.1.2 Stratégie de gouvernance du projet	15
3.1.3 Formation SMAF ^{MD}	16
3.1.4 Déploiement informatique.....	17
3.1.5 Évaluation avec le SMAF ^{MD}	17
3.2 Échéancier.....	18
4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	19
5. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	19
5.1 Modèle conceptuel	19
5.2 Information et communication.....	21
5.3 Volet 1 : Évaluation du degré de mise en œuvre	21
5.3.1 Formation des intervenants	21
5.3.1.1 <i>Déroulement</i>	21
5.3.1.2 <i>Indicateurs et collecte des données</i>	22
5.3.1.3 <i>Analyses des données concernant le degré de mise en œuvre</i>	22
5.3.2 Utilisation du SMAF ^{MD} , du logiciel eSMAF ^{MD} et du TAI	23
5.3.2.1 <i>Présentation de l'instrument et des variables à l'étude</i>	23
5.3.2.2 <i>Méthodologie de collecte, de transfert et d'extraction des données</i>	24
5.3.2.3 <i>Analyses relatives à l'utilisation du SMAF^{MD} et du TAI</i>	25
5.4 Volet 2 : Évaluation des ajustements faits, des conditions favorables et obstacles	25
5.4.1 Collecte des données	25
5.4.1.1 <i>Comptes-rendus des comités</i>	26
5.4.1.2 <i>Journaux de bord</i>	26
5.4.1.3 <i>Groupes de discussion</i>	26
5.4.1.4 <i>Entrevues individuelles</i>	26
5.4.1.5 <i>Rapports des experts du CESS en soutien clinique et informatique</i>	27

5.4.1.6 Notes d'observation.....	27
5.4.2 Analyses qualitatives	27
6. RÉSULTATS	27
6.1 Ajustements faits	27
6.2 Niveau de mise en œuvre	31
6.2.1 Formation d'évaluateurs	31
6.2.2 Déploiement informatique.....	36
6.2.3 Utilisation du SMAF ^{MD} dans les milieux	36
6.2.3.1 Pourcentage de mise en œuvre	36
6.2.3.2 Stratégies de mise en œuvre locale	50
6.2.3.3 TAI verrouillés et disponibles pour l'équipe soignante	50
6.3 Conditions gagnantes et obstacles rencontrés	53
6.3.1 Facteurs stratégiques	53
6.3.1.1 Le processus d'implantation du SMAF ^{MD}	53
6.3.1.2 Le déploiement informatique	54
6.3.1.3 La formation des utilisateurs	55
6.3.1.4 La démarche SMAF ^{MD}	56
6.3.1.5 La recherche	57
6.3.2 Facteurs organisationnels	59
6.3.2.1 Les pratiques antérieures.....	59
6.3.2.2 Le leadership du pilote	59
6.3.2.3 La communication interne.....	59
6.3.2.4 Le plan local.....	60
6.3.2.5 Les installations informatiques existantes	60
6.3.3 Facteurs liés aux intervenants	61
6.3.3.1 Le niveau d'accord	61
6.3.3.2 Le niveau de motivation	62
6.3.3.3 Les connaissances préalables	62
6.3.3.4 L'influence de l'environnement	62
6.3.4 Éléments d'impacts	63
6.3.5 Attentes des acteurs.....	64
7. DISCUSSIONS	64
8. RECOMMANDATIONS	66
9. PERSPECTIVES	69
10. RÉFÉRENCES.....	71

Liste des figures

Figure 1 : Paliers de gouverne du projet	15
Figure 2 : Calendrier d'implantation et d'évaluation prévu.....	18
Figure 3 : Modèle logique adapté	20
Figure 4 : Adaptation du <i>Physician Guideline Compliance Model</i> de Maue.....	20
Figure 5 : Calendrier d'implantation et d'évaluation ajusté	28
Figure 6 : Évolution mensuelle en pourcentage du nombre de SMAF ^{MD} complétés représentant l'évolution de la mise en œuvre pour chacun des milieux d'implantation	37
Figure 7 : Fiche explicative des données des figures sur l'évolution hebdomadaire de la mise en œuvre	38
Figure 8 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} au CIAS de La Force	39
Figure 9 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} à l'ADPA	40
Figure 10 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} à l'AARD	41
Figure 11 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} à l'APA	42
Figure 12 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} à la MDPH	43
Figure 13 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} à l'EHPAD du CH de Bergerac	44
Figure 14 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} à l'EHPAD de Lalinde	45
Figure 15 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} à l'EHPAD St-Joseph	46
Figure 16 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} au Foyer Bourg d'Abren.....	47
Figure 17 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} au Foyer La Peyrouse	48
Figure 18 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF ^{MD} au Foyer La Brunetière	49

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs de mesure de la mise en œuvre de la formation	22
Tableau 2 : Ajustements faits lors de l'implantation comparativement au projet de départ.....	29
Tableau 3 : Ressources humaines en équivalent temps complet, ressources formées au SMAF ^{MD} , nombre d'évaluateurs actifs et les ratios d'évaluations dans les organismes de services à domicile	32
Tableau 4 : Ressources humaines en équivalent temps complet, ressources formées au SMAF ^{MD} , nombre d'évaluateurs actifs et les ratios d'évaluations dans les EHPAD	33
Tableau 5 : Ressources humaines en équivalent temps complet, ressources formées au SMAF ^{MD} , nombre d'évaluateurs actifs et les ratios d'évaluations dans les structures pour personnes handicapées	34
Tableau 6 : Ressources humaines en équivalent temps complet, ressources formées au SMAF ^{MD} , nombre d'évaluateurs actifs et les ratios d'évaluations des équipes départementales	35
Tableau 7 : Stratégies de création des dossiers en vue des évaluations SMAF ^{MD}	50
Tableau 8 : Tableau récapitulatif du verrouillage, de l'impression et de l'utilisation du SMAF ^{MD} par les milieux l'intervention	51
Tableau 9 : Lieu de dépôt du TAI et perception des finalités liées à cet outil	52
Tableau 10 : Exemples de citations explicatives du discours des personnes interrogées concernant les facteurs stratégiques	58
Tableau 11 : Exemples de citations explicatives du discours des personnes interrogées concernant les facteurs organisationnels	61
Tableau 12 : Exemples de citations explicatives du discours des personnes interrogées concernant les facteurs liés aux intervenants	63
Tableau 13: Recommandations pour une future implantation du SMAF ^{MD} dans le secteur médico-social	66

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des milieux d'implantation	73
Annexe 2 : Grille d'analyse des rencontres	74
Annexe 3 : Journal de bord hebdomadaire	88
Annexe 4 : Grilles d'entrevues de groupe et entrevues individuelles	93

RÉSUMÉ

Contexte

Dans un contexte où les dirigeants du secteur médico-social recherchaient un instrument d'évaluation qui permettrait une juste appréciation des capacités fonctionnelles des personnes et qui s'inscrit dans une logique de prévention de la dépendance et du handicap, le Conseil général de la Dordogne a décidé d'innover en expérimentant le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) comme outil d'évaluation commun pour les personnes âgées et handicapées. Le projet PISE (Programme d'Implantation du SMAF en Europe)-Dordogne a consisté à implanter le SMAF dans onze milieux du secteur médico-social desservant des personnes âgées et handicapées, hébergées ou à domicile.

Démarche SMAF

La démarche SMAF, basée sur un paradigme de soutien à l'autonomie, se démarque des approches traditionnelles axées sur la prise en charge de la dépendance et la compensation de l'incapacité. Elle inclut les composantes cliniques suivantes : le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF), le Tableau d'Aide Individualisé (TAI) et les profils Iso-SMAF. Un logiciel de saisie et de gestion des données, le eSMAF ainsi que la formation et les services-conseil sont utilisés pour soutenir la démarche.

Objectifs du projet

L'étude d'implantation avait trois objectifs :

- a) Mesurer le degré de mise en œuvre du SMAF et du logiciel eSMAFII-France;
- b) Identifier les écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été fait et documenter les ajustements faits;
- c) Identifier les facteurs favorables et les obstacles à l'utilisation du SMAF et du logiciel eSMAFII-France.

Méthodologie

Un dispositif quasi expérimental a été utilisé. L'implantation a été réalisée dans trois (3) Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), trois (3) foyers d'hébergement pour personnes handicapées (FPH), trois (3) organismes de services d'aide à domicile (SAD) et deux équipes départementales d'évaluation, l'une pour l'APA et l'autre pour la PCH. La fenêtre d'évaluation intensive avec le SMAF s'est étalée sur une période de six mois et le suivi d'intervention s'est prolongé sur une période d'un an après la fin des évaluations avec le SMAF.

Volet d'implantation

L'implantation de la démarche SMAF s'est faite sous la supervision de trois paliers de gouvernance, à savoir un comité stratégique, un comité organisationnel et des comités cliniques. L'utilisation d'un site web sécurisé comme mécanisme de communication continu a favorisé les échanges entre les partenaires (CESS, CDRV, membres des comités).

L'implantation de la démarche SMAF comprend : 1) l'implantation d'un outil informatique; 2) la formation à la démarche SMAF et; 3) le suivi clinique et informatique.

L'implantation informatique dans les milieux d'expérimentation a compris l'achat des équipements informatiques requis, l'installation du logiciel eSMAF et le soutien informatique. La démarche SMAF a impliqué les activités de formation adaptées aux différentes catégories d'utilisateurs. Ainsi, une formation complète pour les intervenants-évaluateurs, et une formation complémentaire pour les référents SMAF ont été offertes. Finalement, pour s'assurer d'un standard de qualité dans les évaluations SMAF réalisées, un suivi clinique hebdomadaire puis mensuel a été réalisé auprès des établissements par une formatrice accréditée.

Volets d'évaluation

Une méthode mixte conciliant méthodes quantitatives et qualitatives a été utilisée.

Volet quantitatif

Évaluation du degré de mise en œuvre

Formation : La mise en œuvre de la formation a été mesurée à partir : 1) du nombre d'intervenants professionnels ETC; 2) du nombre de dossiers à évaluer pendant la période d'intérêt du projet; 3) du nombre d'intervenants formés au SMAF et; 4) du nombre d'intervenants actifs ayant complété au moins une évaluation avec le SMAF.

Évaluation SMAF : Pour mesurer la mise en œuvre de l'évaluation avec le SMAF, six variables primaires ont été extraites des bases de données eSMAF sur une base hebdomadaire puis mensuelle soit : 1) le nombre de dossiers créés; 2) le nombre de fiches d'information verrouillées; 3) le nombre de grilles SMAF verrouillées et; 4) le nombre de TAI verrouillés.

Utilisation du TAI : Le nombre de TAI imprimés et le nombre de TAI mis à la disposition des intervenants de l'équipe soignante ont été recensés auprès des Pilotes de chacun des comités cliniques.

Analyses : Des analyses de fréquence, traduites en pourcentage, ont été réalisées pour chacune des variables à l'étude et selon le milieu à l'étude.

Volet qualitatif

Évaluation des ajustements, des obstacles et des facteurs favorables rencontrés

Une étude de cas multiples (Yin, 2003) a été utilisée pour identifier les ajustements faits en cours d'implantation et les facteurs ayant influencé la démarche. Plusieurs méthodes de collecte des données ont été utilisées.

Comptes rendus des comités : Pour chacune des rencontres des comités organisationnel et stratégique des comptes rendus ont été réalisés. Cette méthode servait à identifier les obstacles rencontrés, les perceptions des membres, les suggestions et les propositions, les critiques formulées et les relations existant entre les membres du comité.

Journaux de bord : Les pilotes des comités cliniques ont eu à compléter un journal de bord hebdomadaire. Ils devaient indiquer les obstacles rencontrés au cours de la semaine concernant l'utilisation du système informatique et du logiciel eSMAFII-France, l'évaluation des personnes avec le SMAF, les relations avec leur équipe dans le cadre de la démarche SMAF et les problèmes organisationnels.

Groupes de discussion : Des groupes de discussion ont été réalisés auprès des membres des onze comités cliniques et ce avant et après l'implantation. Les guides d'entretien de groupe ont été construits à partir du modèle conceptuel.

Entrevues individuelles : Les entrevues individuelles post implantation ont été effectuées auprès d'un représentant de chacun des milieux présents au comité organisationnel et des personnes siégeant au comité stratégique. Ces entrevues ont été menées à l'aide d'une grille d'entrevue inédite développée à partir du modèle conceptuel.

Rapports des experts du CESS en soutien clinique et informatique : La responsable du soutien clinique a produit chaque semaine un rapport regroupant les difficultés répertoriées dans chacun des milieux et le compte rendu de ses contacts téléphoniques avec les pilotes des comités cliniques. Des rapports ont aussi été produits par l'équipe de soutien informatique du CESS.

Notes d'observation : Des notes d'observation ont été consignées par la directrice scientifique du projet dans le but de documenter des problèmes vécus dans chacun des milieux.

Analyses qualitatives : La première étape de l'analyse a consisté à développer une description de chacun des cas à l'étude à l'aide de la méthode d'analyse thématique de Miles et Huberman (2003). La triangulation des données provenant de plusieurs sources a été ainsi possible. L'analyse des données a été validée par un deuxième analyste qui s'est assuré de l'exactitude des résultats et une analyse par type de milieu a été produite.

Considérations éthiques

Le projet de recherche a été présenté pour évaluation au Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et des services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Le transfert et l'extraction des données seront encadrés par la politique de confidentialité de ce comité d'éthique et par les procédures requises par la CNIL.

Résultats

Degré de mise en œuvre

Formation

Trente neuf (39) intervenants ont reçu la formation pour l'utilisation du SMAF et du logiciel eSMAF. Les résultats montrent que 87 % des personnes formées ont effectivement réalisé des évaluations SMAF au cours de la fenêtre d'évaluation.

Évaluation SMAF

À la fin de la fenêtre globale d'évaluation allouée, soit après cinq mois d'évaluation, six milieux sur onze avaient atteint l'objectif fixé au départ et avaient évalué l'ensemble des usagers desservis dans leur milieu. Cet écart est principalement attribuable aux trois SAD qui comptaient chacun un très grand nombre de personnes à évaluer (205 à 835) et qui n'avaient complété que le tiers des évaluations à réaliser après cinq mois. Au 12 juin 2010, soit un an après le début de l'utilisation du SMAF, tous les milieux à l'exception de la MDPH avaient poursuivi l'évaluation des usagers desservis ou nouvellement arrivés avec le SMAF et atteint un niveau de mise en œuvre de près de 100 %.

Utilisation du TAI

Les TAI sont, le plus souvent, imprimés par les intervenants et classés dans les dossiers des usagers. Les deux principales finalités du TAI étaient de : 1) servir d'outil de transmission d'information auprès des nouveaux employés sur les besoins des personnes dont elles ont la responsabilité et; 2) favoriser les réévaluations de dossiers.

Ajustements

Les principaux ajustements faits ont consisté à prolonger le soutien clinique, assigner une ressource de l'équipe d'implantation pour régler sur place les problèmes de configuration des ordinateurs, assurer le soutien informatique de première ligne depuis le CESS, prolonger la fenêtre d'évaluation des équipes de SAD de cinq mois et ajouter trois sessions de formation pour de nouveaux utilisateurs et du perfectionnement pour les pilotes.

Conditions gagnantes et obstacles rencontrés

L'implantation de la démarche SMAF a été influencée par plusieurs facteurs de type stratégique, organisationnel et liés aux intervenants. Dans l'ensemble, le SMAF est bien reçu de l'ensemble des acteurs qui ont traduit une perception positive de la démarche, une attitude préalable qui influence positivement l'intention d'adopter un nouveau comportement. On apprécie la conception et la précision de l'outil qui en font un outil complet, facile à utiliser et utile au plan clinique.

Les entrevues réalisées avec les acteurs nous ont permis d'identifier les facteurs stratégiques déterminants dans la mise en œuvre du SMAF: un plan d'implantation et un échéancier précis, l'implication active des représentants institutionnels, des gestionnaires et des intervenants évaluateurs au sein des comités de coordination, la formation rigoureuse des évaluateurs à l'utilisation du SMAF et du logiciel eSMAF, un encadrement et un soutien continu, un système de communication efficace, la diffusion régulière de rapports faisant état de l'évolution du projet, l'état d'avancement, la formation et le soutien clinique et l'appui du Conseil général, de la CNSA et de la direction des établissements.

Le déploiement informatique est l'activité qui a posé le plus grand nombre de problèmes. D'une part, le fournisseur informatique n'a pu offrir le niveau de services attendu. D'autre part, les pilotes des comités cliniques avaient peu d'expérience dans l'utilisation de l'informatique ou étaient des gestionnaires n'ayant pas à utiliser le logiciel eSMAF puisqu'ils ne réalisaient pas d'évaluations avec le SMAF. Finalement, certains milieux ne disposaient pas d'un accès à internet ou d'installations locales permettant un accès en tout temps.

Conclusion

Plusieurs recommandations au plan stratégique et organisationnel ont émergé suite aux résultats de cette étude. Celles-ci permettront l'optimisation des futures implantations de la démarche SMAF dans les établissements français. Finalement, pour la pérennité de l'utilisation dans les milieux, quelques éléments ont également été mentionnés.

1. RAPPEL DU MANDAT

Le 29 juillet 2008, le Conseil général de la Dordogne a confié au Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (CESS) le mandat d'implanter le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF^{MD}) et le logiciel eSMAF^{MD} dans des services et établissements médico-sociaux du Bergeracois intervenant auprès de personnes âgées et d'adultes handicapés. De façon concomitante et dans une même convention, il a confié au Centre de Recherche sur le Vieillissement du Centre de Santé et des Services Sociaux-Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CDRV-CSSS-IUGS) le mandat d'évaluer l'implantation du SMAF^{MD} et du logiciel eSMAF^{MD} en conformité avec la préétude déposée en juin 2007. La convention a été prévue pour une durée de 24 mois.

2. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

En France, l'évaluation des besoins des personnes âgées et handicapées est au cœur des préoccupations du secteur médicosocial depuis l'adoption de la Loi 2001/647 du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, et de la Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Deux sujets animent ces préoccupations : d'une part l'adoption de deux référentiels nationaux différents pour l'évaluation des personnes âgées et des personnes handicapées et d'autre part la reconnaissance de la dépendance des personnes âgées comme une sous-catégorie du handicap à partir de 2010 (Loi 2005-102, art. 13), ce qui laisse présager un rapprochement entre les systèmes de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et soulève l'enjeu d'un outil commun d'évaluation (Blanc, 2007).

En 2003, le comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie (Décret 2001-1087, Loi 2001-647) a formulé la recommandation d'associer un instrument multidimensionnel d'évaluation à la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) (Colvez, 2003), utilisée pour évaluer les personnes âgées et établir le Groupe Iso-Ressource (GIR). Le GIR est utilisé pour établir l'admissibilité à l'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA), une prestation financière pour la prise en charge des conséquences de la perte d'autonomie survenant chez les personnes âgées de 60 ans et plus. L'évaluation des personnes handicapées est réalisée avec le Guide d'ÉVALuation multidimensionnelle (GEVA), une démarche en huit volets ayant pour finalité l'identification des besoins de l'individu et d'apporter les réponses à ces besoins dont la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). L'outil, qui ne permet pas d'obtenir un score ni d'établir un classement, apparaît complexe et long à compléter pour les utilisateurs (CNSA, 2010).

Dans la perspective d'une convergence entre les dispositifs d'aide aux personnes âgées et handicapées, d'une juste appréciation des capacités fonctionnelles des personnes et d'une logique de prévention de la dépendance et du handicap, le Conseil général de la Dordogne a décidé d'innover en expérimentant le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF^{MD}) comme outil d'évaluation commun pour les personnes âgées et handicapées. Le choix du SMAF^{MD} repose sur ses qualités métrologiques, sur l'expérience du Québec où il est officiellement utilisé dans le Réseau de la santé et des services sociaux

et sur les résultats positifs d'une expérimentation pilote réalisée dans un EHPAD du département en 2005-2006 (Gervais, Tousignant, Hébert, & Connangle, 2009).

Le projet PISE (Programme d'Implantation du SMAF^{MD} en Europe) -Dordogne a consisté à planter le SMAF^{MD} dans 11 milieux du secteur médico-social desservant des personnes âgées et handicapées, hébergées ou à domicile. Le Conseil général de la Dordogne a circonscrit le projet dans un territoire du département. Il a recruté les milieux d'expérimentation sur la base d'une représentation des différents types d'établissements et d'organismes du territoire choisi et en fonction de l'intérêt et de l'adhésion des milieux au projet. Trois (3) Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), trois (3) foyers d'hébergement pour personnes handicapées (FPH), trois (3) organismes de services d'aide à domicile (SAD) et deux équipes départementales d'évaluation, l'une pour l'APA et l'autre pour la PCH ont participé au projet (Annexe 1).

3. DESCRIPTION DES COMPOSANTES ET DE L'ÉCHÉANCIER DU PROJET ÉVALUÉ

3.1 Composantes

À la base de cette étude d'implantation, une préétude avait été soumise en indiquant les étapes clés de l'implantation : accréditation de formateurs; formation des comités de coordination; formation d'évaluateurs, déploiement informatique, évaluation des usagers avec le SMAF^{MD}. Nous présentons dans cette section le plan initial, ce qui nous permettra d'identifier par la suite les ajustements faits en cours d'implantation.

3.1.1 Accréditation de formateurs

Il était prévu qu'un cabinet de formation soit recruté par le CESS afin d'assurer la formation des comités cliniques et des intervenants à l'utilisation du SMAF^{MD}, du logiciel eSMAFI^{MD}-France et des profils Iso-SMAF.

Le Conseil général devait procéder au recrutement du cabinet à partir de recommandations émises par le CESS. Les paramètres suivants devaient être respectés :

- que les futurs formateurs du cabinet soient eux-mêmes des cliniciens expérimentés ayant démontré des capacités de transfert des connaissances;
- que les futurs formateurs disposent d'un ordinateur et d'un accès à Internet leur permettant d'accéder et d'utiliser le portail e-Formation développé par le CESS;
- que le cabinet soit en mesure de répondre aux demandes de formation à l'échelle nationale.

La formation des formateurs devait être donnée par les experts cliniques du CESS à raison de 35 heures réparties sur cinq jours consécutifs. Le lieu et les dates des sessions de formation devaient être convenus entre le CESS et le cabinet recruté en fonction de l'échéancier du projet. L'accès à des locaux adaptés et à l'équipement informatique requis devait être assuré par le cabinet de formation.

Selon le plan initial, les formateurs avaient accès à l'ensemble du matériel didactique à utiliser lors des formations via le portail e-Formation du CESS. Spécifiquement pour la durée du projet, une supervision directe était assurée par les experts du CESS lors des premières activités de formation auprès des comités cliniques locaux et des intervenants. Cette supervision avait pour but de s'assurer de la qualité du transfert des connaissances.

L'accréditation des formateurs pour l'enseignement du SMAF^{MD} est un processus obligatoire qui demeure en tout temps sous la supervision des experts du CESS. À des fins de contrôle de la qualité, nul ne peut offrir la formation sur le SMAF^{MD} et le logiciel eSMAFII^{MD}-France sans une accréditation officielle du CESS. Tout formateur doit démontrer une maîtrise jugée adéquate de l'outil SMAF^{MD} et des profils Iso-SMAF afin d'obtenir son accréditation. Chaque formateur doit poursuivre des activités de mise à jour et de formation continue via le portail e-Formation du CESS. Pour maintenir son accréditation, il doit se soumettre aux évaluations requises en complétant les questionnaires diffusés en ligne sur ce portail.

L'ensemble des frais associés aux activités de formation des cliniciens devait être assumé par le cabinet de formation. Ces frais incluent les frais de transport et de séjour (hébergement et repas) des experts du CESS, leurs honoraires professionnels, les frais de documentation et les frais divers. La licence d'exploitation de l'ensemble des contenus de formation, l'accès aux mises à jour ainsi que l'utilisation du portail e-formation font l'objet de redevances annuelles négociées avec le CESS.

3.1.2 Stratégie de gouvernance du projet

L'implantation d'une nouvelle démarche d'évaluation, l'utilisation d'un nouvel instrument et l'introduction d'un outil informatique posent le défi d'une adhésion de tous les paliers d'acteurs (Hawes, Fries, James, & Guihan, 2007). Afin de s'assurer de relever au mieux ces défis, trois niveaux de coordination étaient prévus (Figure 1).



Figure 1 : Paliers de gouvernance du projet

Le comité stratégique de pilotage a été constitué de représentants des instances institutionnelles et de deux experts. On y retrouvait des personnes représentant le Conseil général de la Dordogne, la CNSA, la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS), la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine (CRAM-A), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), la Mutualité Sociale Agricole (MSA), le directeur directeur de l'EHPAD La Madeleine de Bergerac ainsi que Monsieur Alain Colvez, chercheur à L'INSERM. Le CESS était représenté par la directrice scientifique du projet. Le rôle du comité était de s'assurer de l'atteinte des objectifs du projet et du respect de l'échéancier. Il voyait à recruter et à mobiliser les structures ciblées, à s'assurer de l'engagement de chacune des directions et à fournir le soutien requis par le comité organisationnel et par les comités cliniques locaux. Le chargé de mission désigné par le Conseil général était responsable de l'organisation, de la convocation et de l'animation des réunions en collaboration avec la directrice scientifique du projet. Un compte-rendu devait être produit par le chargé de projet à la suite de chaque rencontre. Il était prévu que le comité stratégique se réunisse trois à quatre fois par année.

Le comité organisationnel a été formé d'un représentant de la direction de chaque milieu d'implantation, du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et du Centre Local d'information et de Coordination (CLIC) du territoire d'implantation. Le comité s'assurait de la réalisation de chacune des étapes du projet, traitait des difficultés rencontrées par les comités cliniques locaux, formulait des recommandations au comité stratégique et collaborait avec l'équipe de recherche. Le chargé de mission désigné par le Conseil général était responsable de l'organisation, de la convocation et de l'animation des réunions en collaboration avec la directrice scientifique du projet. Un compte-rendu devait être produit par le chargé de mission à la suite de chaque rencontre. Il était prévu que le comité organisationnel se réunisse tous les deux mois durant la phase d'implantation.

Un comité clinique a été créé dans chaque milieu d'implantation et au sein des équipes de l'APA et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Il était constitué de deux à quatre personnes, selon la taille et l'organisation du milieu. Chaque établissement identifiait une personne responsable de l'implantation du SMAF^{MD} identifiée comme « pilote ». De préférence, celle-ci était un intervenant professionnel ayant une expertise clinique reconnue par ses pairs. Si possible, un médecin devait participer au comité. Les comités cliniques locaux avaient la responsabilité de réaliser l'implantation du SMAF^{MD} dans leur milieu. Ils devaient associer leur équipe à la démarche d'évaluation des usagers et collaborer avec l'équipe de recherche.

3.1.3 Formation SMAF^{MD}

Dans le plan initial, les membres des comités cliniques et les intervenants devaient recevoir la formation sur le SMAF^{MD}, le logiciel eSMAFI^{MD}-France et les profils Iso-SMAF par les formateurs d'un cabinet de formation recruté par le Conseil général.

Les trois modules de formation portant sur le SMAF^{MD}, le logiciel eSMAFI^{MD}-France et les profils Iso-SMAF sont habituellement donnés en trois journées consécutives. Une journée d'intégration des connaissances est planifiée quatre à six semaines plus tard afin de permettre aux nouveaux utilisateurs de se familiariser avec la grille d'évaluation et avec le logiciel. Dans le cadre de ce projet, une activité de soutien d'une durée d'une journée devait aussi être planifiée quatre à six semaines après l'activité d'intégration ou au début

des évaluations des usagers. Cet ajout avait pour but d'identifier les difficultés rencontrées et d'apporter rapidement des solutions.

Le nombre d'intervenants à former dans chaque structure devait être déterminé par la direction de chaque établissement en fonction du nombre d'usagers à évaluer et des ressources organisationnelles. On recommandait qu'au moins un intervenant par équipe ou par service soit formé.

Des groupes de 15 personnes au maximum devaient être formés. On recommandait que les intervenants d'un même milieu soient dans le même groupe lorsque cela était possible.

3.1.4 Déploiement informatique

Le logiciel eSMAFII^{MD}-France peut être déployé sur un poste informatique fixe ou sur un ordinateur portable. Pour les fins du projet, un ordinateur portable dans lequel le logiciel eSMAFII^{MD}-France et les applications requises étaient préinstallées devait être fourni à chaque comité clinique. Une imprimante couleur devait aussi être fournie.

Pour les fins du projet, un prix préférentiel de 500€ a été établi pour l'acquisition du logiciel eSMAFII^{MD}-France. Le coût du logiciel a été couvert par la subvention accordée pour la réalisation du projet. Le coût de la licence a également été couvert par la subvention pour les deux années du projet. Il reviendra ensuite aux différentes structures d'assumer le coût de renouvellement annuel de la licence. Les établissements participant au projet devaient tout de même signer un contrat d'acquisition du logiciel auprès du CESS.

Pour la durée de l'implantation, un service de soutien technique et informatique devait être offert par un sous-traitant local supervisé par le CESS.

3.1.5 Évaluation avec le SMAF^{MD}

Les évaluations devaient être réalisées par les intervenants préalablement formés à l'utilisation du SMAF^{MD} en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire impliquée auprès de chaque personne. Selon les milieux, l'évaluation pouvait se dérouler selon l'une ou l'autre de ces formules :

- lorsque le sujet vit à domicile : en présence de la personne (et d'un aidant s'il y a lieu) et avec la collaboration de l'équipe multidisciplinaire avant ou après la rencontre;
- lorsque le sujet vit en établissement : après avoir rencontré la personne et en présence de l'équipe multidisciplinaire.

La durée d'une évaluation avec le SMAF^{MD}, la saisie des données dans le logiciel et l'ajout de précisions dans le TAI ont été estimés à 45 minutes par personne, soit le double du temps habituellement requis. Ce laps de temps diminue progressivement à mesure que les intervenants acquièrent de l'expérience. L'inscription de l'évaluation sur un formulaire (support papier) n'était pas recommandée parce qu'elle augmente le temps requis par évaluation et génère un risque d'erreur lors de la transcription.

Le SMAF^{MD} ne remplaçait pas la grille AGGIR, nécessaire pour déterminer l'admissibilité à l'APA. Les intervenants de l'équipe d'évaluation de l'APA et les médecins

coordonnateurs des EHPAD devaient continuer à la compléter pour les nouvelles demandes d'APA et les évaluations des personnes en EHPAD. Le SMAF^{MD} devait toutefois être complété avant la grille AGGIR puisqu'on retrouve des variables de la grille AGGIR parmi les 29 items du SMAF^{MD}.

- Deux mécanismes de contrôle de la qualité des données ont été prévus :
- l'autovérification par l'évaluateur à partir d'indicateurs fournis lors de la formation;
 - la vérification hebdomadaire des évaluations réalisées et des résultats (profil Iso-SMAF et TAI) par l'équipe d'implantation du CESS.

Le calendrier local des évaluations devait être défini par chaque milieu à l'intérieur de la fenêtre d'évaluation globale fixée entre le 12 janvier et le 12 juin 2010.

3.2 Échéancier

L'échéancier prévu apparaît dans la figure 2. La formation des comités de coordination et les rencontres d'information auprès des principaux acteurs sur les objectifs, le déroulement et l'échéancier du projet ont été réalisés avant l'étape finale de signature de la convention. L'évaluation de l'implantation devait donc débuter dès le début de l'implantation et se poursuivre durant 12 mois après les évaluations des usagers.

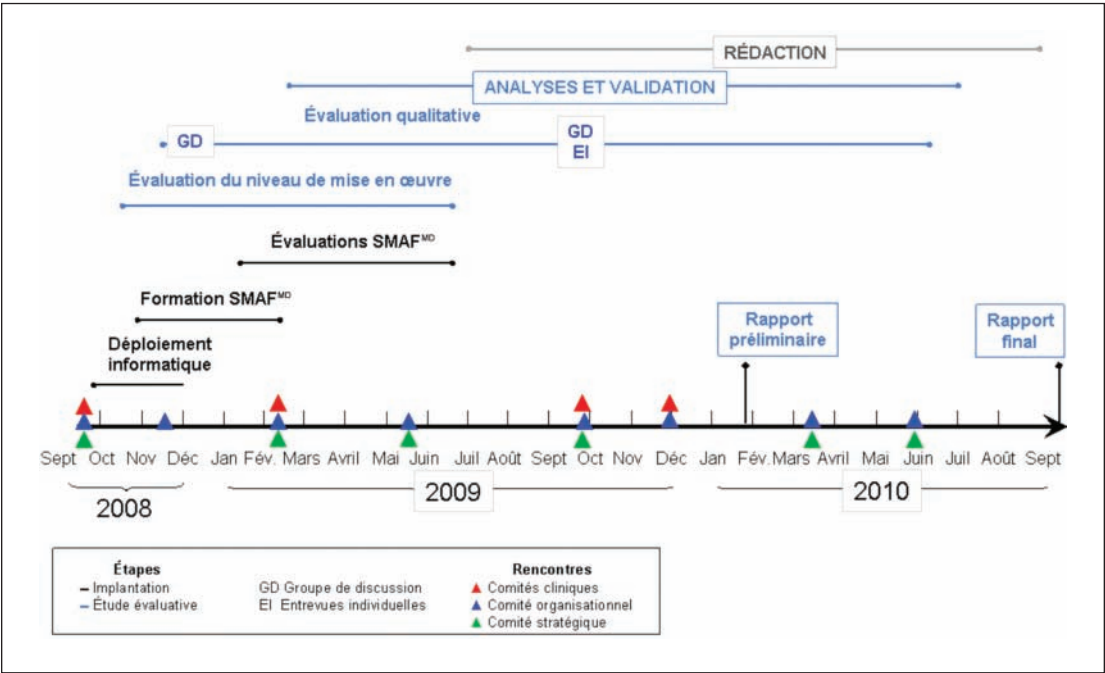


Figure 2 : Calendrier d'implantation et d'évaluation prévu

4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'étude d'implantation avait trois objectifs :

- a) Mesurer le degré de mise en œuvre du SMAF^{MD} et du logiciel eSMAFII^{MD}-France;
- b) Identifier les écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été fait et documenter les ajustements faits;
- c) Identifier les facteurs favorables et les obstacles à l'utilisation du SMAF^{MD} et du logiciel eSMAFII^{MD}-France.

Au terme du projet, il a été convenu de formuler des recommandations sur la méthodologie de mise en œuvre de la démarche SMAF^{MD} et d'identifier les conditions de succès et les obstacles à éviter lors d'une prochaine implantation du SMAF^{MD}.

Ce rapport final sur la mise en œuvre du SMAF^{MD} dans le secteur médico-social comporte deux volets. Le premier volet répond à l'objectif 1 de l'étude et fait état des résultats quantitatifs de la mise en œuvre du SMAF^{MD} et du logiciel eSMAFII^{MD}-France dans les 11 milieux d'implantation. Le deuxième volet réfère aux objectifs 2 et 3 de l'étude et expose les résultats d'analyses qualitatives. Des recommandations spécifiques et les perspectives de développement seront ensuite présentées.

5. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

5.1 Modèle conceptuel

Un devis mixte a été développé à partir d'un modèle logique illustré dans les figures 3 et 4. Ce modèle a fait ses preuves pour la conceptualisation et la planification d'un projet mais aussi pour le suivi des processus et la communication entre les acteurs (McLaughlin & Jordan 1998). Les activités font référence aux composantes de l'implantation du SMAF^{MD} dans les milieux et auprès des équipes d'évaluation départementales. Chaque activité comporte différentes étapes, décrites dans la méthodologie d'implantation. Les activités concernent chacune un public particulier. Les extrants générés suite à la réalisation de chaque activité interviennent sur l'activité suivante selon une chronologie illustrée dans l'échéancier de l'implantation. Contrairement à ce que l'on retrouve dans un modèle logique courant, l'évaluation des résultats à moyen et à long termes n'est pas prévue dans cette étude. La figure 3 illustre les liens entre les différentes activités, les acteurs concernés, les extrants et les résultats attendus à court terme ainsi que les facteurs d'influence sur l'ensemble du processus.

Prenant appui sur la théorie de Scheirer selon laquelle l'implantation d'une innovation dans une organisation ne peut être évaluée sans tenir compte de l'influence exercée par l'environnement social de cette organisation (Scheirer, 1981), trois catégories de facteurs ont été introduites dans le modèle conceptuel. Les facteurs stratégiques correspondent aux politiques qui régissent l'évaluation des usagers, aux ressources affectées à la réalisation du projet, aux mécanismes de pilotage et de coordination mis en place pour le projet, aux relations avec les partenaires associés au projet, à la démarche SMAF^{MD} et ses composantes, à la formation sur le SMAF^{MD} et le eSMAFII^{MD}-France ainsi

qu'aux communications relatives au projet. Les facteurs organisationnels réfèrent au leadership exercé par la direction de chaque milieu et par les pilotes locaux, aux pratiques des professionnels et des équipes multidisciplinaires en matière d'évaluation des besoins des usagers et à l'organisation du travail. Les facteurs professionnels renvoient aux caractéristiques des intervenants, à leurs compétences, à leurs perceptions, à leurs attitudes et à leurs croyances. Afin d'étudier ces facteurs, une adaptation du *Physician Guideline Compliance Model* de Maue (Maue, Segal, Kimberlin, & Lipowski, 2004) (figure 4) a été conçue et intégrée dans le modèle conceptuel.

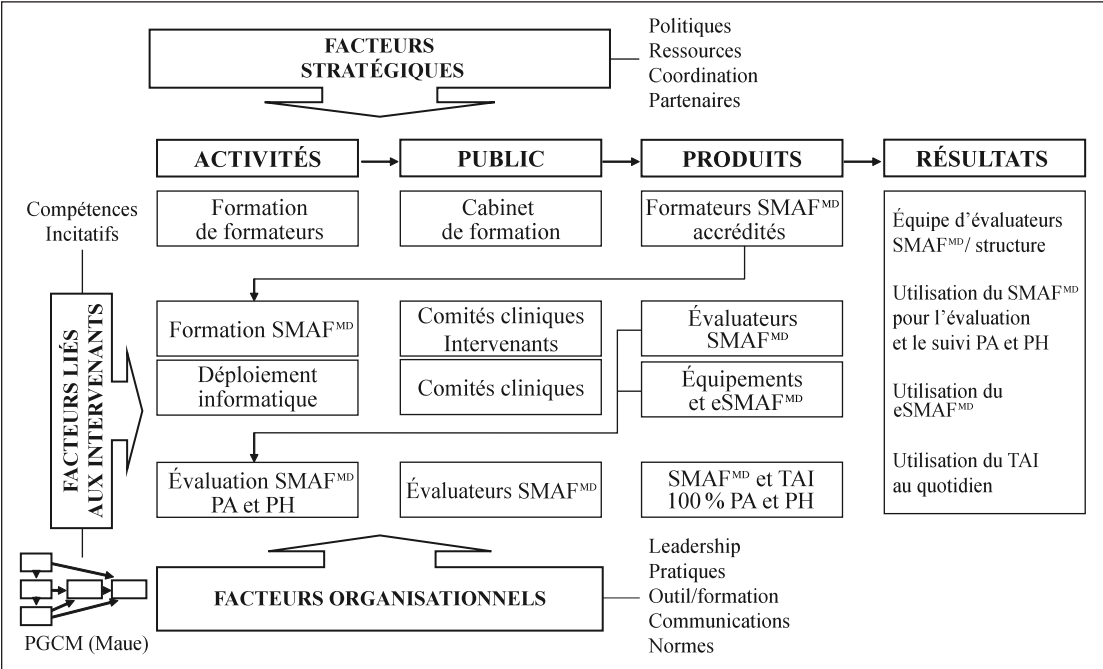


Figure 3 : Modèle logique adapté (Scheirer, 1981, 1994; Maue, 2004)

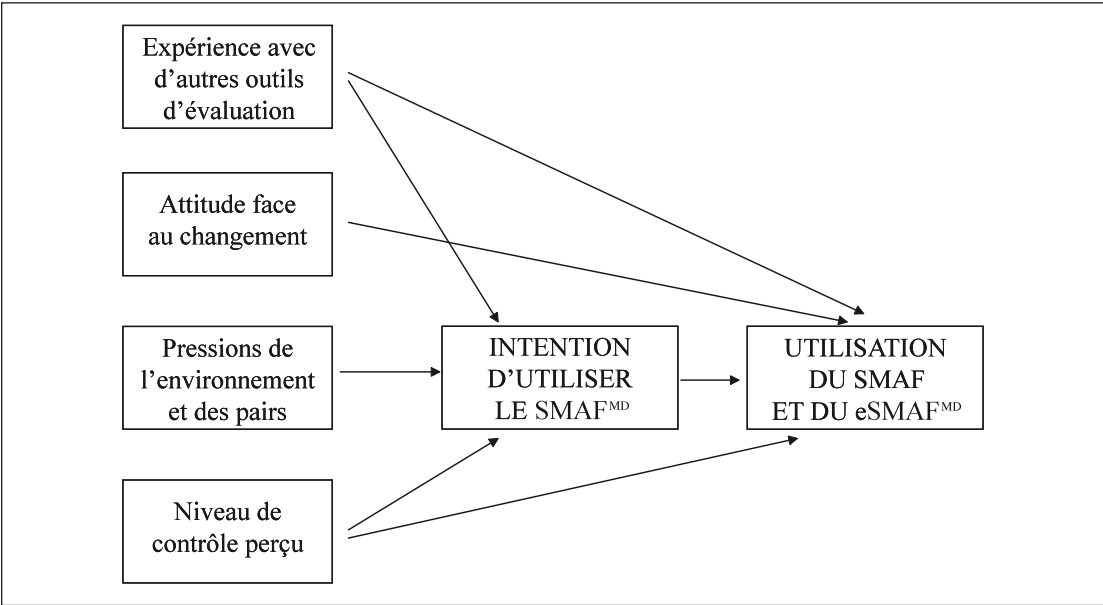


Figure 4 : Adaptation du Physician Guideline Compliance Model de Maue (2004)

5.2 Information et communication

Dans l'objectif de permettre une meilleure communication entre le CESS, le CDRV et les membres de chacun des comités de coordination, un espace Web collaboratif sécurisé hébergé par la Faculté de Médecine et des Sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke a été développé.

Ce site sécurisé a servi à transmettre l'information relative au projet à l'ensemble des acteurs : rapports périodiques, rapport d'étape, documentation et textes de références, agenda des rencontres et des dates à retenir, dossier de presse, etc. Chaque comité avait accès à une salle spécifique dans laquelle l'on pouvait recevoir ou transmettre des messages ou des documents sans que les membres d'autres milieux ou d'autres comités puissent y avoir accès.

Le site Web et les salles réservées aux comités cliniques ont pu servir à la transmission des journaux de bord et des bases de données de façon sécuritaire et conforme aux exigences.

5.3 Volet 1 : Évaluation du degré de mise en œuvre

L'évaluation du degré de mise en œuvre a été réalisée en continu sur une base hebdomadaire afin 1) d'identifier rapidement les retards et les difficultés rencontrées et d'apporter les ajustements requis, 2) de comparer la progression dans les différents milieux et 3) de tenir les membres des trois comités de coordination informés sur l'évolution du projet.

Pour les fins de ce rapport, deux composantes de l'implantation ont été mesurées soit 1) la formation des intervenants dans chaque milieu et 2) l'utilisation du SMAF^{MD}, du logiciel eSMAFII^{MD}-France et du Tableau d'Aide Individualisé (TAI).

5.3.1 Formation des intervenants

5.3.1.1 Déroulement

Quatre sessions de formation de cinq jours chacune ont été offertes. Trois ont débuté en octobre 2008 et une en janvier 2009. Chaque session, encadrée par une formatrice expérimentée accréditée par le CESS, comportait une session de trois jours de formation suivie d'une journée d'intégration trois à quatre semaines plus tard et d'une journée de présence de la formatrice dans chaque milieu lors des premières évaluations SMAF^{MD}. Les milieux ont déterminé le nombre d'intervenants à former en fonction du nombre d'utilisateurs à évaluer dans leur milieu, des ressources disponibles et de leurs disponibilités. Chaque groupe de formation était composé d'intervenants de différents milieux et comportait au maximum 15 personnes.

Le contenu de la formation portait sur l'historique du SMAF^{MD}, la description des concepts, la cotation des items d'évaluation, le TAI, l'utilisation du logiciel eSMAFII^{MD}-France et, brièvement, sur la classification en profils Iso-SMAF. Des ordinateurs étaient mis à la disposition des intervenants qui ont pu tester le logiciel sur des évaluations fictives. Lors de la 3^e journée de formation, chaque milieu a reçu l'ordinateur portable acheté pour son établissement et configuré pour l'utilisation du logiciel eSMAFII^{MD}-France.

Dans le mois suivant la 3^e journée de formation, les intervenants ont pu réaliser quelques évaluations d’usagers desservis dans leur établissement et obtenir le soutien de la formatrice lors de la 4^e journée d’intégration un mois plus tard.

5.3.1.2 Indicateurs et collecte des données

Les indicateurs et les sources de données qui ont été consultés pour évaluer la formation des intervenants sont identifiés dans le tableau 1.

Le nombre d’intervenants professionnels transformé en équivalent d’employés à temps complet (ETC) nous a été fourni par chaque milieu d’implantation. Le nombre de lits ou places autorisés dans les milieux d’hébergement a été confirmé par la Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention (DDSP) du Conseil général. Le nombre d’évaluations à réaliser par les équipes départementales a été estimé à partir du nombre de nouvelles demandes de prestations évaluées au cours de l’année précédente puis réajusté à partir du nombre réel de nouvelles demandes reçues au Service d’aide générale du Conseil général et transmises pour évaluation aux équipes d’évaluation pendant la fenêtre globale d’évaluation. Ces données ont été fournies par la DDSP. Finalement, le dénombrement des intervenants actifs, c'est-à-dire qui ont réalisé au moins une évaluation SMAF^{MD}, nous a été fourni par les pilotes de chaque milieu à la fin de la fenêtre globale d’évaluation.

Tableau 1 : Indicateurs de mesure de la mise en œuvre de la formation

INDICATEURS	SOURCES DES DONNÉES
Nb d’intervenants professionnels (ETC)	Milieux d’implantation DDSP du Conseil général
Milieux d’hébergement : Nb de lits/places autorisés Équipes d’évaluation : Demandes-année précédente	
Nb d’intervenants ayant reçu la formation	CESS : rapport de présence aux journées de formation
Nb d’intervenants actifs ayant réalisé au moins une évaluation SMAF ^{MD}	Milieux d’implantation

5.3.1.3 Analyses des données concernant le degré de mise en œuvre

Le degré de mise en œuvre de la formation d’évaluateurs SMAF^{MD} a été mesuré à partir d’analyses de fréquence des variables suivantes : 1) le nombre d’intervenants professionnels ETC œuvrant dans chaque unité, 2) le nombre de dossiers à évaluer pendant la période d’intérêt du projet : le nombre de lits autorisés pour les EHPAD et les milieux d’hébergement pour personnes handicapées, le nombre de dossiers actifs pour les services à domicile et le nombre moyen de nouvelles demandes admissibles reçues sur une période de cinq mois pour les équipes départementales, 3) le nombre d’intervenants formés au SMAF^{MD}; et 4) le nombre d’intervenants actifs ayant complété au moins une évaluation avec le SMAF^{MD}.

Chaque milieu d'implantation est considéré comme une unité d'analyse. Des analyses de fréquence seront présentées pour chaque unité.

5.3.2 Utilisation du SMAF^{MD}, du logiciel eSMAF^{MD} et du TAI

5.3.2.1 Présentation de l'instrument et des variables à l'étude

Le SMAF^{MD} est basé sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS (W.H.O., 1980) et a été développé selon un paradigme de soutien à l'autonomie et non de prise en charge de la dépendance. L'outil SMAF^{MD} repose sur 29 items d'évaluation regroupés en cinq catégories : les activités de la vie quotidienne (AVQ) (7), la mobilité (6), la communication (3), les fonctions mentales (5) et les activités de la vie domestique (AVD) (8). Chaque item est coté sur une échelle à cinq degrés : 0 (autonome); -1 (surveillance ou stimulation requise); -2 (aide partielle requise); -3 (aide complète requise). Une cote intermédiaire de -0,5 ou de -1,5 est utilisée pour certains items lorsqu'une activité est réalisée de façon autonome mais avec difficulté. Le score maximum d'incapacité est donc de -87. Pour chaque fonction, la grille permet d'identifier si des ressources sont mises en place pour compenser l'incapacité. Un score de handicap indiquant les ressources requises disponibles et adéquates ou non peut ainsi être établi.

Afin de faciliter l'utilisation du SMAF^{MD} à des fins de gestion, une classification a été développée sous forme de 14 profils iso-ressources (profils Iso-SMAF) basés sur les services requis. Chaque profil Iso-SMAF correspond à un groupe de sujets semblables présentant des caractéristiques semblables et requérant des services similaires à des coûts et une dotation de personnel similaires (Dubuc, Delli-Colli, Bonin, & Tousignant, 2007; Dubuc, Hébert, Desrosiers, Buteau, & Trottier, 2006).

Basé sur l'informatisation de la grille d'évaluation SMAF^{MD}, le logiciel eSMAFII^{MD}-France a été conçu à des fins cliniques et de gestion. Il permet la saisie immédiate de l'évaluation, fournit automatiquement le profil Iso-SMAF et génère un tableau d'aide individualisé (TAI) qui illustre par un code de couleurs les fonctions pour lesquelles la personne est autonome et le niveau d'aide requis pour les fonctions atteintes (Boissy, Brière, Tousignant, & Rousseau, 2007). Le logiciel fonctionne de telle façon que la création d'un dossier d'utilisateur génère automatiquement une fiche d'information à compléter. Par la suite, l'utilisateur peut ouvrir et compléter une grille SMAF^{MD} et un TAI. Le verrouillage est une fonction du logiciel qui est exécutée par l'évaluateur lorsque toutes les informations requises ont été saisies. L'utilisation de plusieurs comptes utilisateurs permet de conserver une trace du nom de l'intervenant qui a complété un test et qui en prend donc la responsabilité. Une version du logiciel adaptée au contexte français, le eSMAFII^{MD}-France, a été développée en 2007. Le logiciel fait l'objet de mises à jour régulières.

Dans le cadre de PISE-Dordogne, l'utilisation du SMAF^{MD} et celle du logiciel eSMAFII^{MD}-France sont intimement liées et l'utilisation du eSMAFII^{MD}-France a donc été considérée comme étant inhérente à l'utilisation du SMAF^{MD}. De façon générale, le logiciel eSMAFII^{MD}-France fonctionne de telle façon que, pour chaque dossier d'utilisateur créé, on doit retrouver une fiche d'information verrouillée, au moins un SMAF^{MD} verrouillé et au moins un TAI verrouillé.

Chaque semaine, une agente de recherche a procédé d'abord à l'extraction de quatre variables primaires : 1) le nombre de dossiers créés; 2) le nombre de fiches d'information verrouillées; 3) le nombre de grilles SMAF^{MD} verrouillées et 4) le nombre de TAI verrouillés.

Bien que toutes ces variables aient été utilisées pour quantifier le niveau de mise en œuvre de chacun des milieux d'intervention, la variable SMAF^{MD} a été privilégiée pour suivre l'évolution hebdomadaire et mensuelle de la mise en œuvre dans chacun des milieux et comparer ces derniers entre eux. Le SMAF^{MD} porte directement sur l'évaluation des incapacités et des besoins du sujet et est donc considéré comme étant l'indicateur le plus important pour l'évaluation de la mise en œuvre.

Pour mesurer l'importance de l'utilisation du TAI par les professionnels et apprécier le partage des informations collectées à l'aide du SMAF^{MD} avec l'ensemble des intervenants de l'équipe soignante, deux variables ont été collectées auprès des pilotes à la fin de la fenêtre d'évaluation globale, soit le nombre de TAI imprimés et le nombre de TAI mis à la disposition des intervenants de l'équipe soignante. Deux questions complémentaires ont aussi été adressées aux pilotes : 1) où étaient déposés les TAI imprimés (ex. : chambre du résident, bureau des soins, dossier de l'utilisateur...)? et 2) à quelles fins les TAI étaient utilisés dans le milieu d'intervention?

5.3.2.2 Méthodologie de collecte, de transfert et d'extraction des données

La collecte des données sur l'utilisation du SMAF^{MD} et du logiciel eSMAFI^{MD}-France s'est faite indépendamment pour chacun des milieux d'implantation. Certains milieux ont choisi de concentrer les évaluations sur une courte période tandis que d'autres ont préféré répartir les évaluations sur la totalité de la fenêtre globale allouée.

La fenêtre globale a été fixée à cinq mois, soit du 12 janvier au 12 juin 2009 pour l'ensemble des milieux sauf pour le Foyer d'accueil médicalisé de Bourg d'Abren. Ce dernier a vu sa fenêtre d'évaluation reportée entre le 6 mars et le 31 juillet 2009, les membres de ce comité clinique n'ayant reçu la formation sur le SMAF^{MD} qu'en janvier et février 2009.

Tous les usagers « actifs », c'est-à-dire les usagers admis en établissement ou inscrits aux services d'aide à domicile au jour 1 de la fenêtre d'évaluation, et les nouvelles demandes d'APA et auprès de la MDPH devaient faire l'objet d'une évaluation avec le SMAF^{MD}.

Les intervenants formés à l'utilisation du SMAF^{MD} ont réalisé l'évaluation des usagers de leur établissement et procédé, simultanément ou séquentiellement, à la saisie des données dans le logiciel eSMAFI^{MD}-France. Selon les milieux, cette collecte était effectuée auprès de l'utilisateur ou auprès des autres intervenants œuvrant auprès des usagers concernés.

Chaque vendredi, les « pilotes SMAF^{MD} » des 11 milieux avaient la responsabilité de transférer, via l'espace Web collaboratif sécurisé, le fichier de sauvegarde de la base de données eSMAF^{MD} afin de le rendre disponible pour : 1) l'anonymisation et la vérification de la qualité des données par l'équipe d'implantation puis 2) l'interprétation et l'analyse des données par l'équipe de recherche. Un message de rappel était envoyé aux milieux si la base de données n'était pas reçue le lundi suivant. Pour les milieux éprouvant des difficultés à effectuer le transfert, un soutien technique pouvait être

apporté, soit par téléphone, soit par une connexion à distance sur l'ordinateur du milieu en difficulté. Au total, 12 bases de données étaient récupérées chaque semaine (10 milieux + deux bases de données à l'ADPA). Un rapport de vérification des bases de données faisant état des données manquantes ou aberrantes et des erreurs possibles au niveau des évaluations était transmis à la formatrice SMAF^{MD} du CESS assurant le soutien clinique pour qu'elle communique avec les milieux concernés afin qu'ils apportent les corrections requises pour la semaine suivante.

La création de scripts SQL (*Structured Query Language*), l'utilisation du générateur de rapports du logiciel eSMAFI^{MD}-France et le logiciel de gestion et d'analyses statistiques SPSS 15.0 ont été utilisés pour extraire les variables d'intérêt étudiées et procéder aux analyses.

Des graphiques représentant le suivi hebdomadaire et mensuel de la mise en œuvre ont été réalisés pour faciliter la compréhension et le suivi de l'évolution par tous les acteurs des comités de coordination du projet. Ces graphiques ont été présentés lors des réunions des comités de coordination puis mis à la disposition de tous les membres du projet sur l'espace collaboratif PISE-Dordogne.

5.3.2.3 Analyses relatives à l'utilisation du SMAF^{MD} et du TAI

Des analyses de fréquence traduites ensuite en pourcentage ont été réalisées pour chacune des variables à l'étude. Les résultats sont présentés par milieux d'intervention sous forme d'histogrammes évolutifs hebdomadaires illustrant l'effectif et le pourcentage atteint pour chaque variable ainsi que le pourcentage de mise en œuvre établi à partir du nombre de SMAF^{MD} complétés et verrouillés.

5.4 Volet 2 : Évaluation des ajustements faits, des conditions favorables et des obstacles

Une étude de cas multiples (Yin, 2003) a été utilisée pour identifier les ajustements faits en cours d'implantation et les facteurs ayant influencé la démarche. Cette approche a permis de cerner des questions pratiques à travers l'expérience des acteurs et la description du contexte d'implantation. La construction de références explicatives et la comparaison d'expériences dans des contextes similaires ont ainsi été possibles (Gagnon, 2005).

5.4.1 Collecte des données

Les écrits sur les études de cas mentionnent l'importance de tenir compte de différentes sources de données pour bien comprendre la situation présente dans chacun des milieux à l'étude (Patton, 2002). Plusieurs méthodes de collecte des données ont donc été utilisées : 1) la revue des comptes-rendus des comités de coordination; 2) des journaux de bord hebdomadaires complétés par les pilotes des comités cliniques pendant la fenêtre d'évaluation avec le SMAF^{MD}; 3) des groupes de discussion en pré et post implantation avec chacun des comités cliniques; 4) des entrevues individuelles post implantation avec les acteurs des comités stratégique et organisationnel; 5) les rapports des experts du CESS en soutien clinique et informatique; et 6) des notes d'observation.

5.4.1.1 Comptes-rendus des comités

Pour chacune des rencontres des comités organisationnel (N=7) et stratégique (N=5), des comptes-rendus ont été réalisés par le chargé de mission du Conseil général ou bien par la directrice scientifique du projet. Ils ont aussi complété une grille d'analyse des rencontres (annexe 2) permettant de faire émerger tous les éléments pouvant influencer l'implantation ou expliquer certains ajustements faits par les milieux. On y a mentionné les obstacles rencontrés, les perceptions des membres, les suggestions et les propositions, les critiques formulées et les relations existant entre les membres du comité. Cette méthode de collecte des données s'est effectuée durant les 20 premiers mois de l'implantation du projet (septembre 2008 à juin 2010).

5.4.1.2 Journaux de bord

Les pilotes des comités cliniques ont eu à compléter un Journal de bord hebdomadaire (annexe 3) pendant la fenêtre d'implantation. Ils devaient indiquer les obstacles rencontrés au cours de la semaine concernant l'utilisation du système informatique et du logiciel eSMAFI^{MD}-France, l'évaluation des personnes avec le SMAF^{MD}, les relations avec leur équipe dans le cadre de la démarche SMAF^{MD} et les problèmes organisationnels. Après avoir identifié un obstacle, le répondant devait exposer quelles démarches il avait tentées pour résoudre le problème et si la solution trouvée lui semblait satisfaisante. L'évolution de la situation dans les milieux a pu ainsi être suivie semaine après semaine. Ces journaux de bord ont été complétés pendant la période d'évaluation des personnes desservies par le milieu d'implantation (janvier 2009 à juin 2009).

5.4.1.3 Groupes de discussion

Des groupes de discussion ont été réalisés auprès des membres des 11 comités cliniques (N=22). Les guides d'entretien de groupe (annexe 4) ont été construits à partir du modèle conceptuel. Les comités cliniques ont été rencontrés à deux reprises. Les groupes de discussion se sont tenus après la formation offerte aux intervenants (décembre 2008 ou mars 2009) puis après la période d'implantation (octobre 2009). Les groupes de discussion ont été menés par une agente de recherche qui s'est inspirée de l'approche de Krueger (1998) pour mener les entretiens. Ils ont été enregistrés sur un support audionumérique et retranscrits sous forme de verbatim pour permettre l'analyse.

5.4.1.4 Entrevues individuelles

Les entrevues individuelles post implantation (septembre-octobre 2009) ont été effectuées auprès d'un représentant de chacun des milieux présents au comité organisationnel (N=10 car dans 1 milieu, la responsable était en congé de maladie lors de la période d'entrevue) et des personnes siégeant au comité stratégique (N=7). Ces entrevues ont été menées à l'aide d'une grille d'entrevue inédite développée à partir du modèle conceptuel (annexe 4). Elles ont été dirigées par une agente de recherche et ont été enregistrées sur support audionumérique afin d'être ensuite retranscrites sous forme de verbatim pour permettre l'analyse.

5.4.1.5 Rapports des experts du CESS en soutien clinique et informatique

Pendant la durée de la fenêtre d'évaluation (12 janvier au 12 juin 2009), la responsable du soutien clinique a produit chaque semaine un rapport regroupant les difficultés répertoriées dans chacun des milieux et le compte-rendu de ses contacts téléphoniques avec les pilotes des comités cliniques. Des rapports ont aussi été produits par l'équipe de soutien informatique du CESS.

5.4.1.6 Notes d'observation

Des notes d'observation ont été consignées par la directrice scientifique du projet dans le but de documenter des problèmes vécus dans chacun des milieux (septembre 2008 à juillet 2010).

5.4.2 Analyses qualitatives

Les données ont été saisies au moyen du logiciel N'Vivo 7. À l'aide de ce logiciel, il a été plus facile de coder et de classifier un grand nombre de thèmes provenant de plusieurs sources de données qualitatives (Miles & Huberman, 2003).

En conformité avec la méthodologie qualitative de l'étude de cas de Yin (2003), la première étape de l'analyse a consisté à développer une description de chacun des cas (milieux d'implantation) à l'étude à l'aide de la méthode d'analyse thématique de Huberman et Miles (Hubermann & Miles, 2003). Cette approche souple permet à la fois l'émergence de thèmes spécifiques à la population et la référence au cadre conceptuel prédéterminé. La méthode permet aussi d'effectuer la triangulation des données provenant de plusieurs sources (comptes-rendus, journaux de bord, groupes de discussion, entrevues, rapports d'expert, notes d'observation). L'analyse des données a été validée par un deuxième analyste pour s'assurer de l'exactitude des résultats. Les divergences d'opinion ont été rediscutées pour arriver à un consensus. Pour chacun des milieux, les ajustements faits en cours d'implantation ainsi que les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés ont été décrits.

Un deuxième niveau d'analyse a consisté à dresser un portrait des différents types de milieux (SAD, EHPAD, FPH et des deux équipes médico-sociales) séparément. Il a été possible de soulever les éléments communs et les différences entre les types de milieux. Finalement, un portrait global de la situation a été préparé afin de permettre l'élaboration de recommandations sur les conditions de déploiement à considérer lors de prochaines implantations dans des contextes similaires. Ces résultats sont présentés dans ce rapport.

6. RÉSULTATS

6.1 Ajustements faits

Le recrutement et l'accréditation de nouveaux formateurs sur le SMAF^{MD} n'ont pu être réalisés en raison d'une modification de l'échéancier laissant peu de temps avant le début de la formation des intervenants des 11 milieux d'implantation. Une formatrice

déjà accréditée par le CESS et établie en France a été retenue pour offrir la formation et le soutien clinique.

Un suivi hebdomadaire des problèmes et irritants rencontrés par les milieux a été réalisé. Des ajustements au plan d'implantation prévu ont dû être apportés afin de l'adapter et de le bonifier (figure 5 et tableau 2). Ces ajustements ont permis de répondre aux besoins des milieux sans ralentir la collecte des données. Essentiellement, ces ajustements ont consisté à prolonger le soutien clinique, à assigner une ressource de l'équipe d'implantation pour régler sur place les problèmes de configuration des ordinateurs et assurer le soutien informatique de première ligne depuis le CESS, à prolonger la fenêtre d'évaluation des équipes de SAD de cinq mois et à ajouter trois sessions de formation pour de nouveaux utilisateurs et du perfectionnement pour les pilotes.

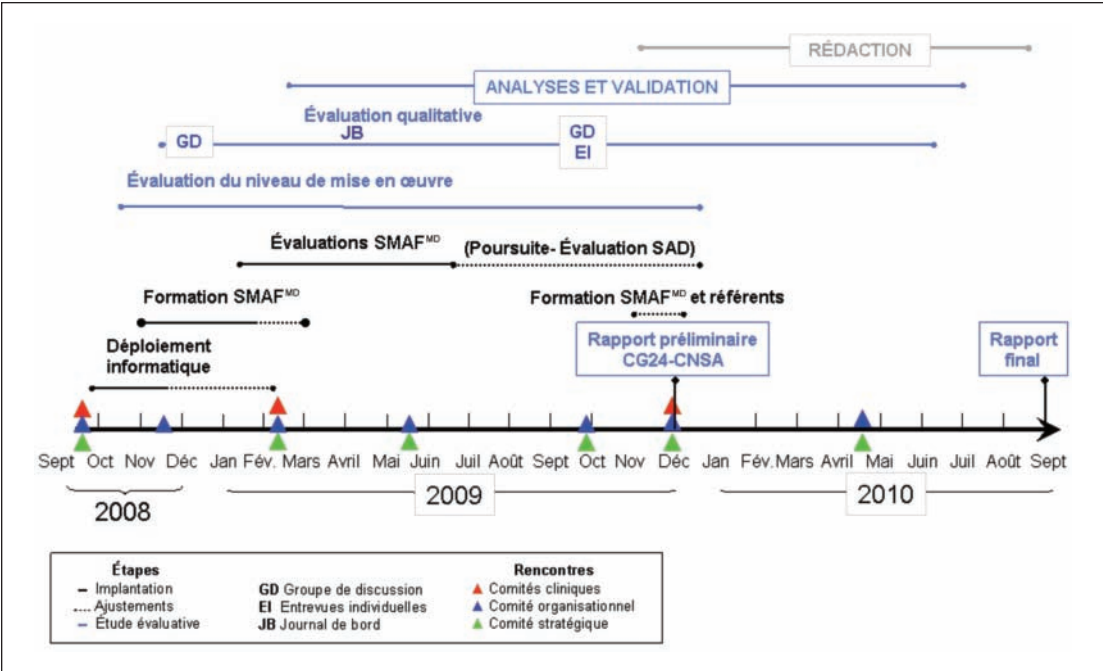


Figure 5 : Calendrier d'implantation et d'évaluation ajusté

Tableau 2 : Ajustements faits lors de l'implantation comparativement au projet de départ

FACTEURS STRATÉGIQUES		
Éléments prévus au protocole	Difficultés rencontrées pendant la phase d'implantation	Modifications apportées pour résoudre les difficultés rencontrées
Démarche d'implantation		
Fenêtre d'évaluation de 5 mois (12 janv. au 12 juin 2009)	Non-atteinte de l'objectif pour les SAD	Prolongation de la fenêtre d'évaluation pour les SAD (12 janv. au 31 nov. 2009)
Déploiement informatique		
Soutien de première ligne : <ul style="list-style-type: none"> • Prévu dans pré-étude : Firme Itergy • Choix révisé : fournisseur local, ADM informatique 	Qualifications et disponibilités insuffisantes du fournisseur local choisi Erreurs de configuration des ordinateurs Procédures non documentées Retard de livraison des équipements	Intervention informatique corrective sur place puis prise en charge à distance (fév. 2009) par le CDRV Prise en charge du soutien technique et informatique en accès à distance par le CESS (mars 2009-aujourd'hui)
Utilisation de la version du logiciel eSMAFI ^{MD} -France version 4.03	Bogues mineurs dans le logiciel	Deux mises à jour du logiciel (mars 2009 version 4.05a; juin 2009 version 4.05b)
Formation SMAF^{MD}		
Recrutement d'un cabinet de formation	Laps de temps trop court pour procéder à cette étape dans le temps imparti	Assignation d'une formatrice déjà accréditée, à l'emploi du CESS et résidant en France
Formation en octobre 2008 et début des évaluations le 12 janvier 2009	Délai entre la formation et le début de la fenêtre d'évaluation amenant des oublis concernant les notions d'évaluation Formation en février pour un groupe d'intervenants	Ajout d'heures en soutien clinique (jan. 2009)
3 premiers jours de formation consécutifs	Difficulté des milieux à libérer les intervenants	Trois groupes ont reçu les 3 premiers jours de formation à raison d'une journée par semaine sur 3 semaines consécutives
Formation des personnes faisant partie du comité clinique	Accès limité aux évaluateurs et non disponible pour l'ensemble des personnels	Développement d'une formation de base à diffuser auprès des équipes par le pilote SMAF ^{MD} (déc. 2009)

Démarche SMAF ^{MD}		
Évaluation des usagers par les évaluateurs	Difficulté à évaluer les fonctions mentales	Développement d'un guide pour l'évaluation des fonctions mentales (sept. 2009)
Appropriation de l'outil par les évaluateurs	Difficultés à établir les cotations	Vérification hebdomadaire des évaluations et retour de l'intervenante en soutien clinique (fév.-nov. 2009)
Implantation du logiciel eSMAFII ^{MD} -France version 4.03	Absence d'items d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> • des capacités au plan social • des relations affectives 	Ajout du SMAF-Social dans le logiciel (oct. 2010)
Recherche		
Transfert hebdomadaire des données par le pilote de chacun des milieux	Procédures informatiques complexes	Récupération des données en accès à distance (logiciel LogMeIn) par CDRV
FACTEURS ORGANISATIONNELS		
Éléments prévus au protocole	Difficultés rencontrées pendant la phase d'implantation	Modifications apportées pour résoudre les difficultés rencontrées
Plan d'action local		
Chacun des milieux identifie le nombre d'évaluateurs à former	Nombre insuffisant d'évaluateurs formés	Ajout de 2 sessions de formation (nov.-déc. 2009)
Aucune mesure de prévue; laissé à la discrétion des milieux	Conscientisation de l'impossibilité d'atteindre les objectifs s'il n'y a pas de changement organisationnel qui sont mis en place	Priorisation du projet par les directions Aménagement des horaires de travail Ajout d'heures d'évaluation Implication des équipes pour faire les évaluations
Installations informatiques existantes		
Un ordinateur portable par milieu	Difficulté de partager un ordinateur pour 2 intervenants lors des évaluations à domicile	Un milieu a fait l'achat d'un autre ordinateur portable
FACTEURS LIÉS AUX INTERVENANTS		
Éléments prévus au protocole	Difficultés rencontrées pendant la phase d'implantation	Modifications apportées pour résoudre les difficultés rencontrées
Transfert et sauvegarde des données sur support informatique	Faible niveau de connaissances informatiques	Accompagnement individuel par téléphone ou en accès à distance
	Manque de confiance en soi des évaluateurs	Suivi hebdomadaire par CESS

Enfin, dans le plan prévu, il était convenu d'accréditer des formateurs français à la démarche SMAF^{MD}. En raison d'un retard important de la CNSA à autoriser le versement du financement consenti pour le projet, il a été convenu de démarrer rapidement l'implantation du SMAF^{MD} dès cette autorisation obtenue. Le CESS n'a donc pu accréditer de formateurs en France et a privilégié l'implication d'une formatrice du CESS qui, par ailleurs, demeure en France. Toutefois, le CESS a assumé par la suite l'accréditation de nouveaux formateurs SMAF^{MD} en France. En date du 1^{er} juin 2010, deux formateurs français ont été accrédités pour enseigner la démarche SMAF^{MD}.

6.2 Niveau de mise en œuvre

6.2.1 Formation d'évaluateurs

En date du 12 février 2009, 39 intervenants ont reçu la formation pour l'utilisation du SMAF^{MD} et du logiciel SMAF^{MD}. Deux autres personnes du CLIC, milieu partenaire non inclus dans l'expérimentation, ont également reçu la formation à la demande du comité stratégique.

Les résultats montrent que 87 % des personnes formées (soit 34 sur 39) ont effectivement réalisé des évaluations SMAF^{MD} au cours de la fenêtre d'évaluation. Parmi les personnes n'ayant réalisé aucune évaluation avec le SMAF^{MD}, quatre exercent une fonction administrative et une a quitté ses fonctions.

Les tableaux 3, 4, 5 et 6 décrivent les ressources disponibles en équivalent temps complet, les ressources formées à l'utilisation du SMAF^{MD}, le nombre d'évaluateurs actifs et les ratios d'évaluations dans chaque milieu.

Finalement, en novembre-décembre 2009, 26 intervenants ont reçu la formation de base du SMAF^{MD} pour répondre à des demandes de formation de plus de personnel dans les milieux. En outre, une formation de référents a été offerte aux pilotes des comités cliniques (sauf à la MDPH où aucune personne ne s'est inscrite). Cette formation est complémentaire à la formation de base et prépare les candidats à agir comme personnes-ressources dans leur milieu et à diffuser les connaissances de base sur la démarche d'évaluation SMAF^{MD} et l'utilisation du TAI dans les équipes.

Tableau 3 : Ressources humaines en équivalent temps complet, ressources formées au SMAF^{MD}, nombre d'évaluateurs actifs et ratios d'évaluations dans les organismes de services à domicile

Milieu	Nb SMAF ^{MD} prévus	Types d'intervenants (nombre)	Nb interv. formés au SMAF ^{MD}	Titre des interv. formés	Nb interv. formés au SMAF ^{MD} / nb interv.	Éval. actifs (formés utilisant le SMAF ^{MD})	Ratio interv. formés / nb pers. desservies	Ratio éval. actifs / pers. desservies	Nb de nouveaux interv. formés au SMAF ^{MD} Nov.-Déc. 2009
ADPA	835	Auxiliaire vie sociale (25) Aide à domicile (64) Employée à domicile (25)	3	Resp. de secteur Resp. de secteur Resp. de secteur	12 %	2 (67 %)	1/278,3	1/417,5	1
AARD	496	Auxiliaire vie sociale (65) Aide à domicile (15) Agent à domicile (19)	3	Resp. de secteur Resp. de secteur Resp. de secteur	5 %	3 (100 %)	1/165,3	1/165,3	2
CIAS de La Force	205	Directrice adjointe (1) Coordonnatrice (1) Agente administrative (1) Auxiliaire vie sociale (30)	4	Adj. admin. Sec. tech inform. Coord. serv. prest. Directrice adjointe	12 %	3 (75 %)	1/51,3	1/68,3	0

Tableau 4 : Ressources humaines en équivalent temps complet, ressources formées au SMAF^{MD}, nombre d'évaluateurs actifs et ratios d'évaluations dans les EHPAD

Milieu	Nb SMAF ^{MD} prévus	Types d'intervenants (nombre)	Nb interv. formés au SMAF ^{MD}	Titre des interv. formés	Nb interv. formés au SMAF ^{MD} / nb interv.	Éval. actifs (formés utilisant le SMAF ^{MD})	Ratio interv. formés / nb pers. desservies	Ratio éval. actifs / pers. desservies	Nb de nouveaux interv. formés au SMAF ^{MD} Nov.-Déc. 2009
EHPA St-Joseph	99	Médecin (1) Infirmière (6) Psychomotricienne (1) Psychologue (1) Aide soignante (15)	4	Infirmière resp. Agente de service Aide soignante Infirmière	17 %	4 (100 %)	1/24,8	1/24,8	4
EHPAD de Lalinde	81	Médecin (1) Infirmière (3) Kinésithérapeute (1) Psychologue (1) Aide soignante (15) Cadre de santé (1)	4	Infirmière AS ASH Cadre de santé	18 %	4 (100 %)	1/20,3	1/20,3	6
EHPAD de Bergerac	108	Médecin (2) Infirmière (10) Kinésithérapeute (2) Aide soignante (31) AMP (2)	3	Cadre clinique Médecin coord. Infirmière	6 %	2 (66,7 %)	1/36	1/54	7

Tableau 5 : Ressources humaines en équivalent temps complet, ressources formées au SMAF^{MD}, nombre d'évaluateurs actifs et ratios d'évaluations dans les Foyers pour personnes handicapées

Milieu	Nb SMAF ^{MD} prévus	Types d'intervenants (nombre)	Nb interv. formés au SMAF ^{MD}	Titre des interv. formés	Nb interv. formés au SMAF ^{MD} / nb interv.	Éval. actifs (formés utilisant le SMAF ^{MD})	Ratio interv. formés / nb pers. desservies	Ratio éval. actifs / pers. desservies	Nb de nouveaux interv. formés au SMAF ^{MD} Nov.-Déc. 2009
Foyer d'accueil médicalisé "Bourg D'Abren"	77	Médecin (2) Infirmière (6) Kinésithérapeute (1) Psychomotricien (1) TMS (12) Éduc. spécialisés (5) Psychologue (2) AMP (18) Aide soignante (19)	4	Médecin psychiatre Cadre soignant Cadre éducatif Psychologue	6 %	3 (75 %)	1/19,3	1/25,7	2
La Brunetière	44	Médecin (2) TMS (4) Psychologue (2) AMP (4) Psychothérapeute (1) Chef de service (1)	4	Chef de service Monitrice-éduc. AMP (2)	29 %	4 (100 %)	1/11	1/11	0
Foyer « La Peyrouse »	18	Données non fournies	1	AMP	ND	1 (100 %)	1/18	1/18	2

Tableau 6 : Ressources humaines en équivalent temps complet, ressources formées au SMAF^{MD}, nombre d'évaluateurs actifs et ratios d'évaluations des équipes départementales

Milieu	Nb SMAF ^{MD} prévus	Types d'intervenants (nombre)	Nb interv. formés au SMAF ^{MD}	Titre des interv. formés	Nb interv. formés au SMAF ^{MD} / nb interv.	Éval. actifs (formés utilisant le SMAF ^{MD})	Ratio interv. formés / nb pers. desservies	Ratio éval. actifs / pers. desservies	Nb de nouveaux interv. formés au SMAF ^{MD} Nov.-Déc. 2009
MDPH	34	Médecin (1) Infirmière (1) Ergothérapeute (1) Psychologue (1)	4	Psychologue Assistante sociale Médecin Ergothérapeute	100 %	4 (100 %)	1/8,5	1/8.5	0
APA	263	Médecin (1) TMS (4) Responsable adjoint (1)	5	Adj. chef équipe Assistantes sociales (4)	83,3 %	4 (80 %)	1/52,6	1/ 66,8	2

6.2.2 Déploiement informatique

L'entreprise recrutée a configuré les 11 ordinateurs portatifs qu'on lui avait commandés ainsi que l'ordinateur supplémentaire acheté par l'un des milieux d'implantation. Contrairement à ce qui avait été demandé, la livraison des ordinateurs et des imprimantes a accusé un retard, ce qui a affecté la période de familiarisation avec le logiciel eSMAFII^{MD}-France, prévue entre la 3^e et la 4^e journée de formation. Par la suite, des anomalies dans la configuration des ordinateurs et dans la description des procédures d'accès et de sauvegarde ont freiné, voire empêché, l'utilisation du logiciel dans plusieurs milieux pendant les six premières semaines de la fenêtre d'évaluation. L'intervention sur place d'une ressource en informatique de l'équipe d'implantation a pu corriger les situations problématiques.

Le soutien technique et informatique n'a pu être assumé entièrement par le fournisseur informatique. Par ailleurs, seulement trois milieux sur onze (3/11) disposaient d'un service informatique. Comme près de la moitié des intervenants évaluateurs avaient peu ou pas d'expérience dans l'utilisation d'un ordinateur, le logiciel *LogMeIn*, un logiciel permettant l'accès à distance aux ordinateurs a donc été installé et une prise en charge totale du soutien informatique pour l'utilisation du logiciel eSMAFII^{MD}-France a été assumée par le CESS. Sur demande des pilotes, une assistance pour réaliser les sauvegardes et les transferts hebdomadaires de la base de données eSMAF^{MD} a été faite.

Les bogues informatiques repérés au cours de la fenêtre d'évaluation ont fait l'objet de trois mises à jour. L'installation des mises à jour dans les 12 ordinateurs du projet a été assumée par l'équipe informatique du CESS.

6.2.3 Utilisation du SMAF^{MD} dans les milieux

6.2.3.1 Pourcentage de mise en œuvre

Les résultats de l'étude d'évaluation de la mise en œuvre montrent qu'à la fin de la fenêtre globale d'évaluation allouée, soit après cinq mois d'évaluation (22 semaines), six milieux sur 11 avaient atteint l'objectif fixé au départ et avaient évalué, à l'aide du SMAF^{MD}, l'ensemble des usagers desservis dans leur milieu. La progression dans chaque milieu est illustrée dans la figure 6. Les figures suivantes présentent l'évolution hebdomadaire de la mise en œuvre dans chaque milieu à la fin de la fenêtre d'évaluation de cinq mois (22 juin 2009) au cours des sept mois suivants (12 juin 2010). La figure 7 fournit les explications requises pour comprendre les figures 8 à 18.

Parmi les milieux ayant complété toutes les évaluations à la fin de la fenêtre d'évaluation, on retrouvait deux EHPAD (Lalinde et CH de Bergerac), l'équipe départementale d'évaluation de l'APA et les trois établissements d'hébergement pour personnes handicapées (Foyer d'accueil médicalisé de Bourg d'Abren, Foyer pour sourds et aveugles La Peyrouse et Foyer La Brunetière). Les milieux d'intervention restants avaient quant à eux réalisé entre 1/3 et 2/3 de l'objectif fixé. Sur les 2 260 SMAF^{MD} à réaliser en début de fenêtre par l'ensemble des milieux d'intervention, 1 189 (53 %) avaient été complétés à la fin de la fenêtre d'évaluation de cinq mois. Cet écart est principalement attribuable aux trois SAD qui comptaient chacun un très grand nombre de personnes à évaluer (205 à 835) et qui n'avaient donc complété que le tiers des évaluations à réaliser après cinq mois.

Au 12 juin 2010, soit un an après le début de l'utilisation du SMAF^{MD}, tous les milieux à l'exception de la MDPH avaient poursuivi l'évaluation des usagers desservis ou nouvellement arrivés avec le SMAF^{MD} et atteint un niveau de mise en œuvre de près de 100 %.

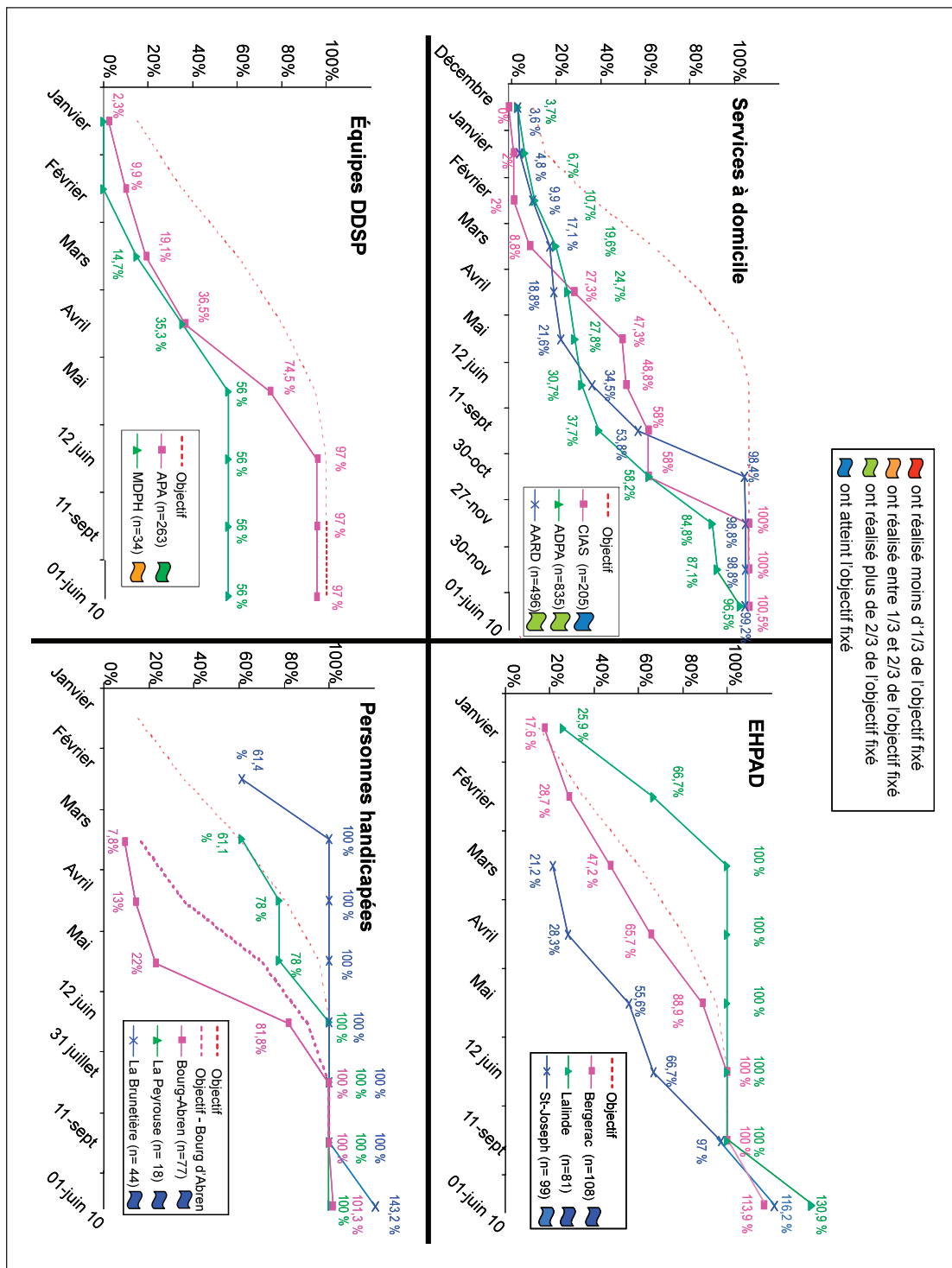
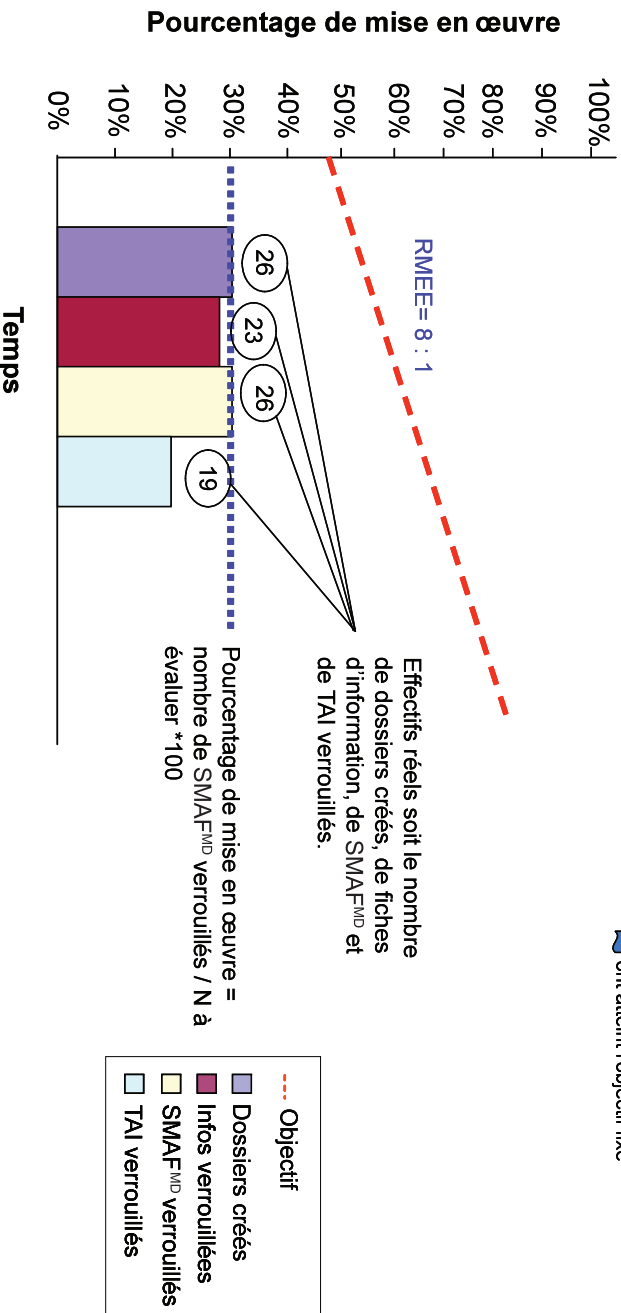


Figure 6 : Évolution mensuelle en pourcentage du nombre de SMAF^{MD} complétés représentant l'évolution de la mise en œuvre pour chacun des milieux d'implantation

Fiche explicative

N à évaluer = Nombre de personnes à évaluer à l'aide du SMAF^{MD}
Nombre d'évaluateurs SMAF^{MD} formés - Nombre d'évaluateurs SMAF^{MD} actifs
Ratio global évaluations/évaluateur (RGEE) = 13 : 1

 ont réalisé moins d'1/3 de l'objectif fixé
 ont réalisé entre 1/3 et 2/3 de l'objectif fixé
 ont réalisé plus de 2/3 de l'objectif fixé
 ont atteint l'objectif fixé



DÉFINITIONS
Ratio global évaluations/évaluateur (RGEE) : C'est le nombre moyen d'évaluations réalisées par un évaluateur actif à la fin de la fenêtre d'évaluation.
Ratio mensuel évaluations/évaluateur (RMEE) : C'est le nombre moyen d'évaluations réalisées par un évaluateur actif, chaque mois.

Figure 7 : Fiche explicative des données des figures sur l'évolution hebdomadaire de la mise en œuvre

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - CIAS La Force

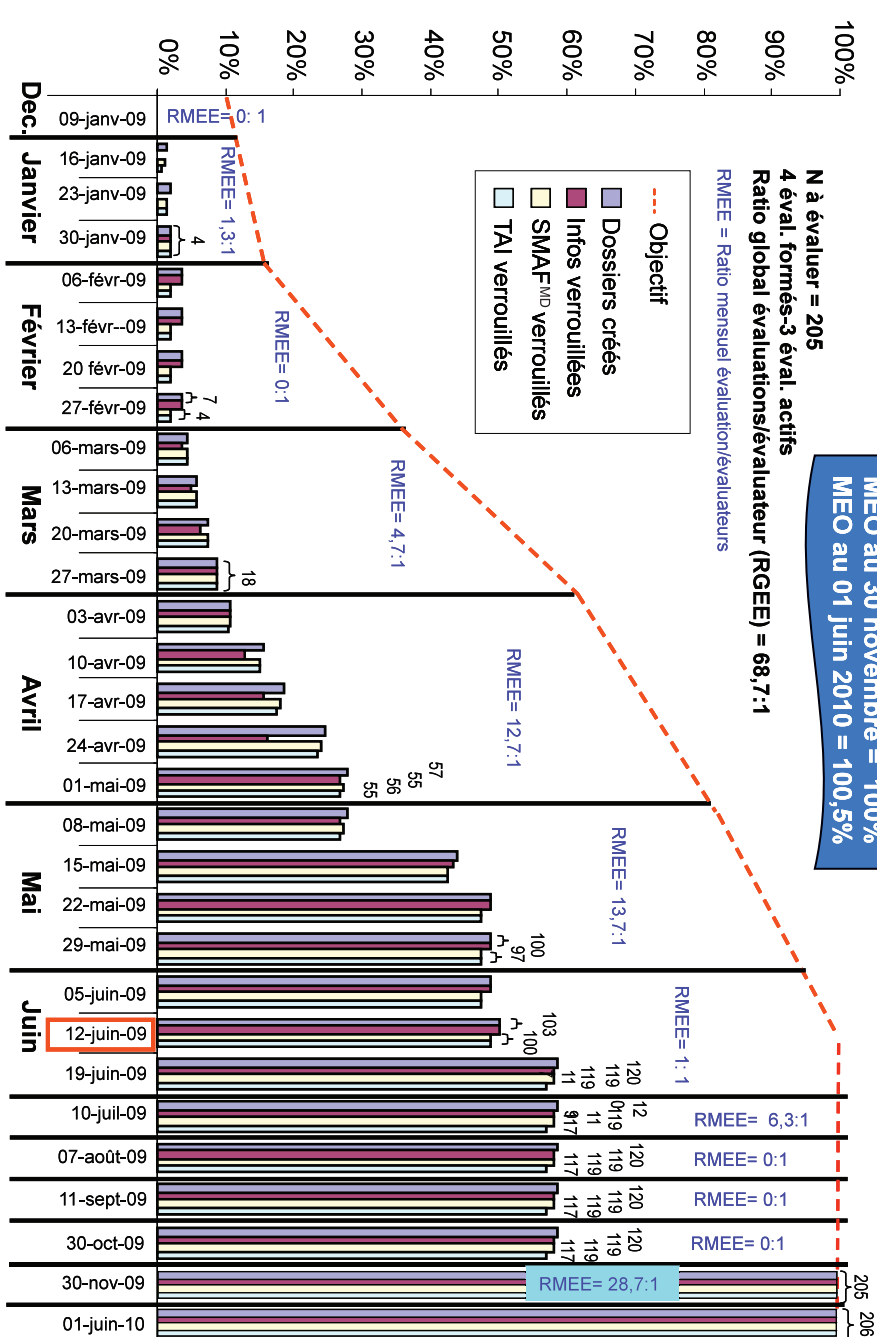


Figure 8 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} au CIAS de La Force

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre ADPA

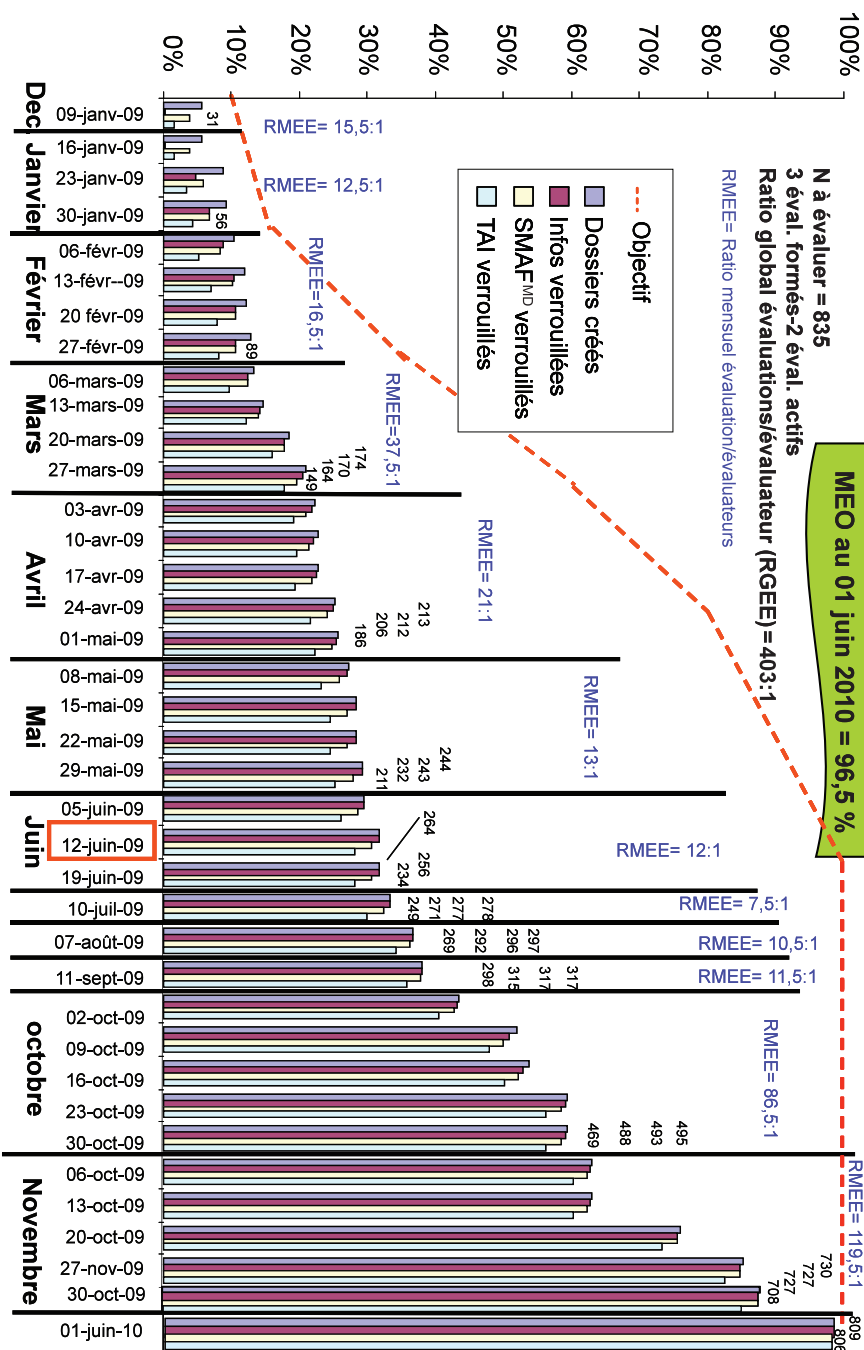


Figure 9 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} à l'ADPA

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - AARD

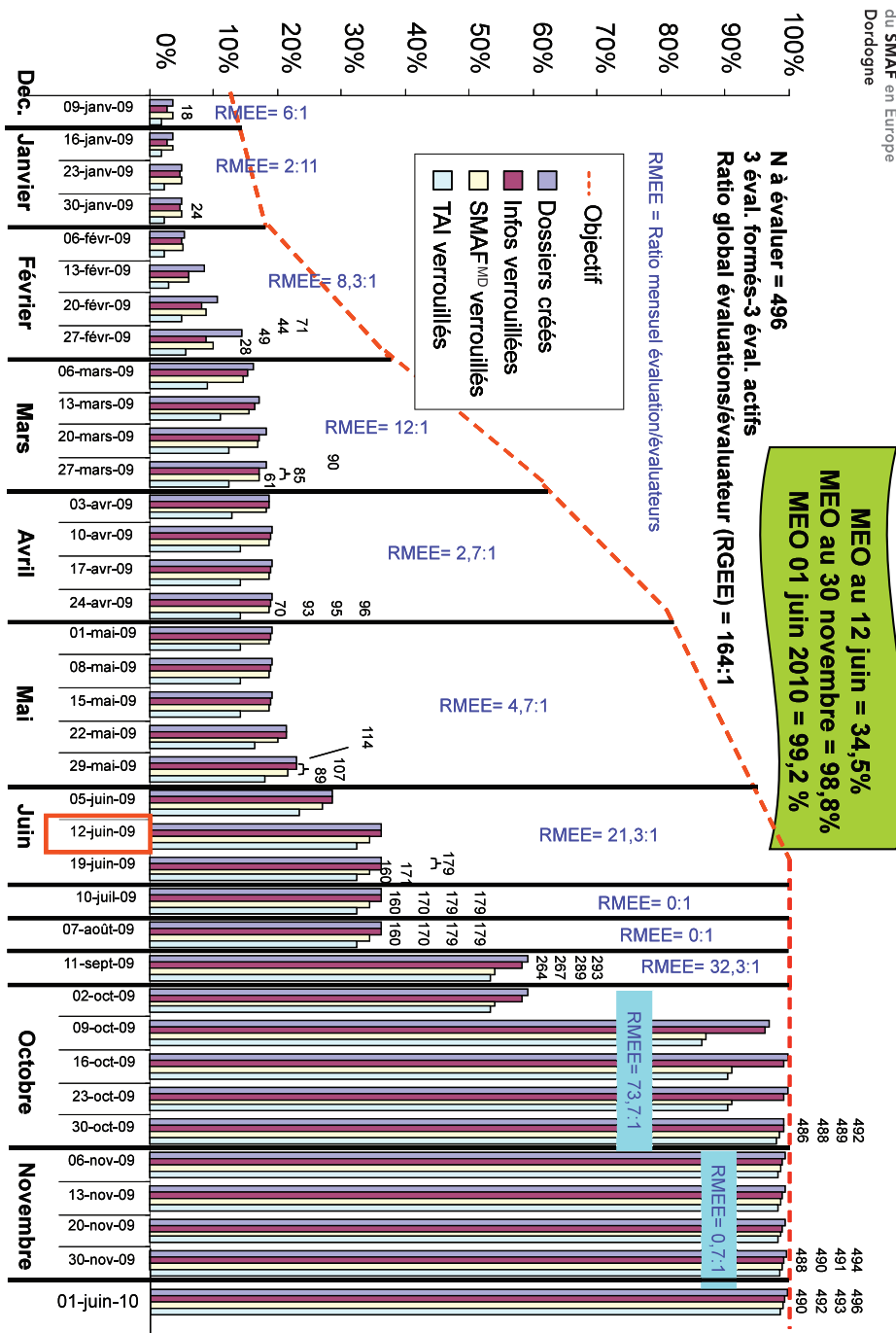


Figure 10 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} à l'AARD

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - APA

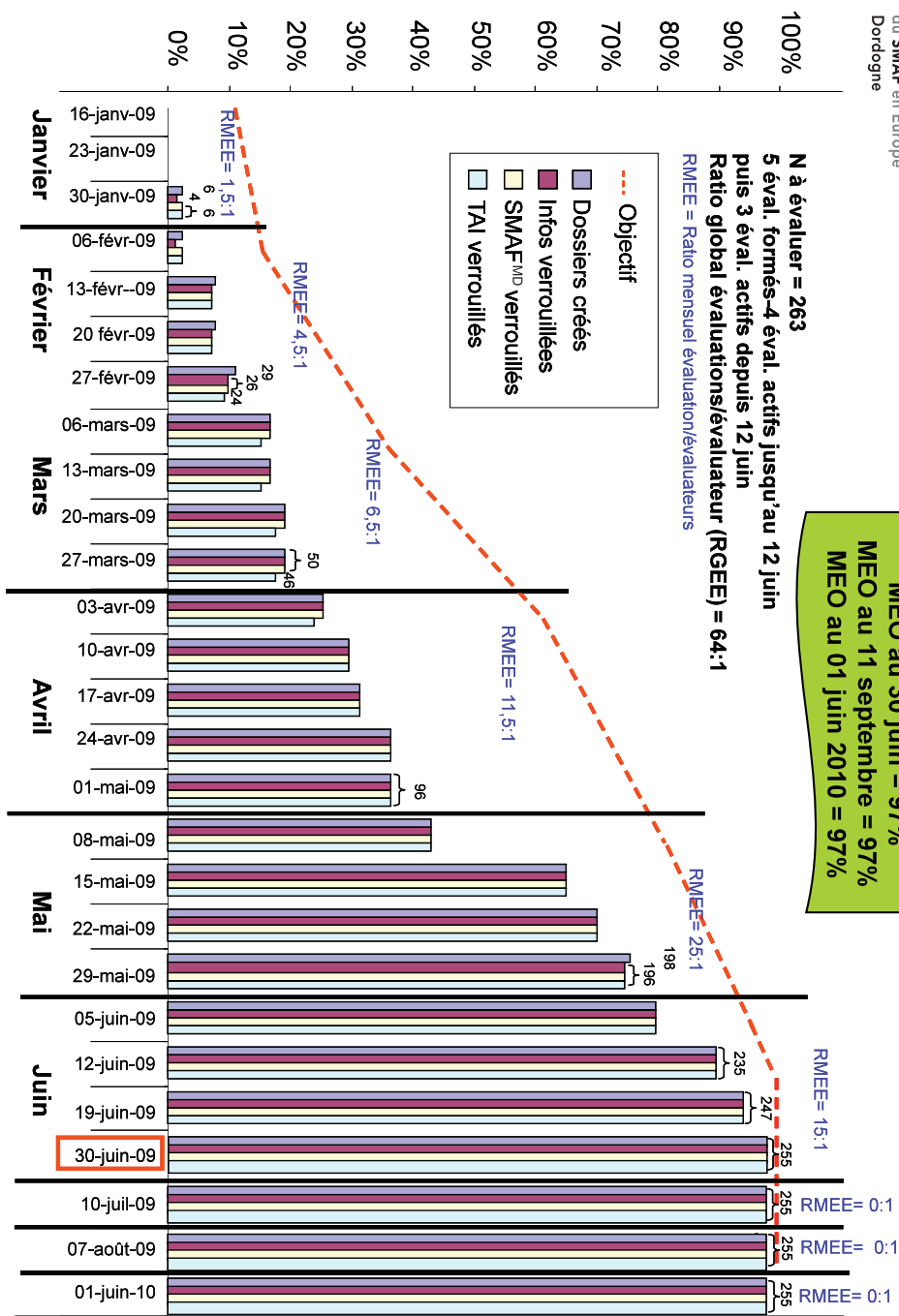


Figure 11 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} pour l'APA

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - MDPH

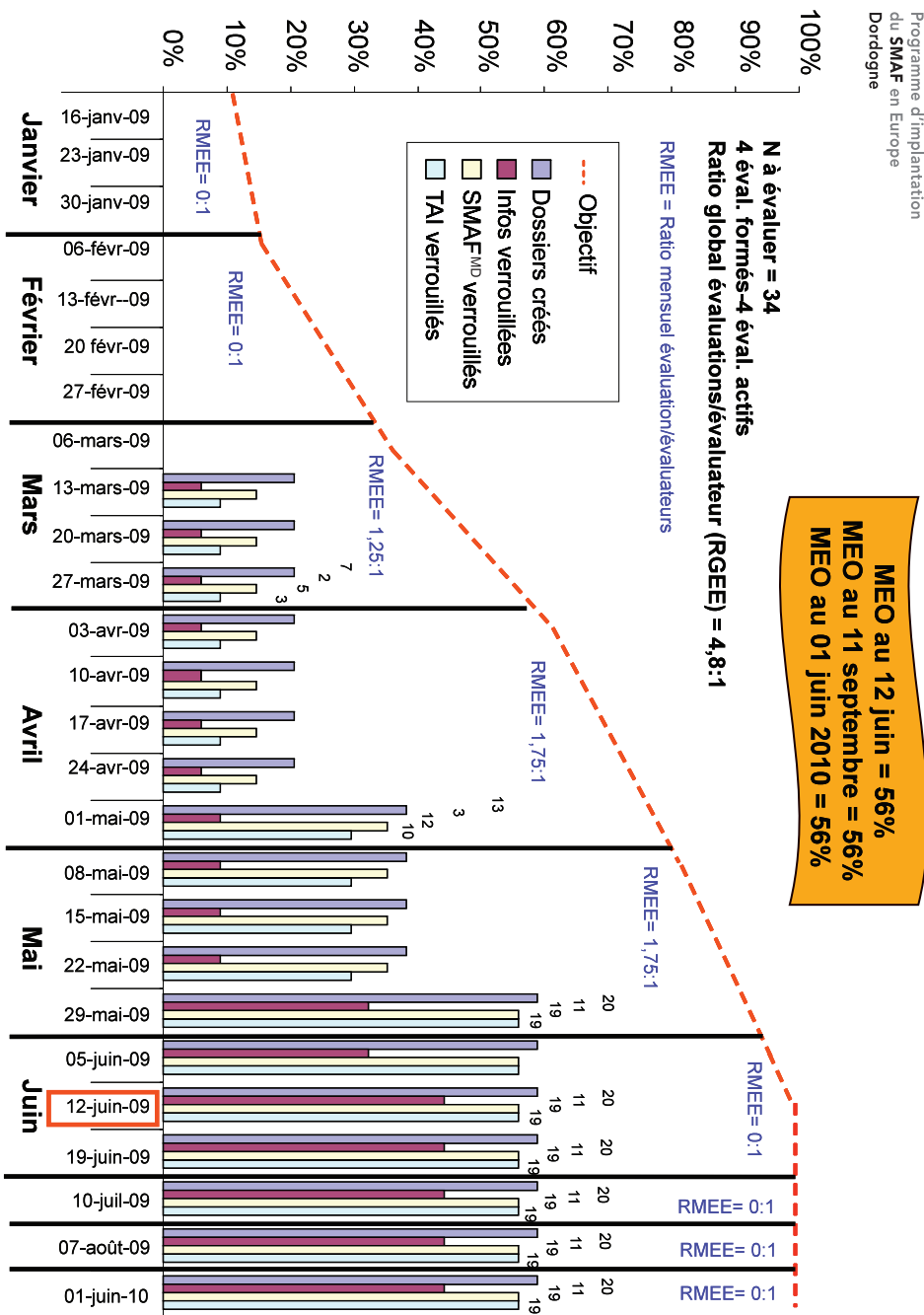


Figure 12 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} à la MDPH

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - EHPAD de Bergerac

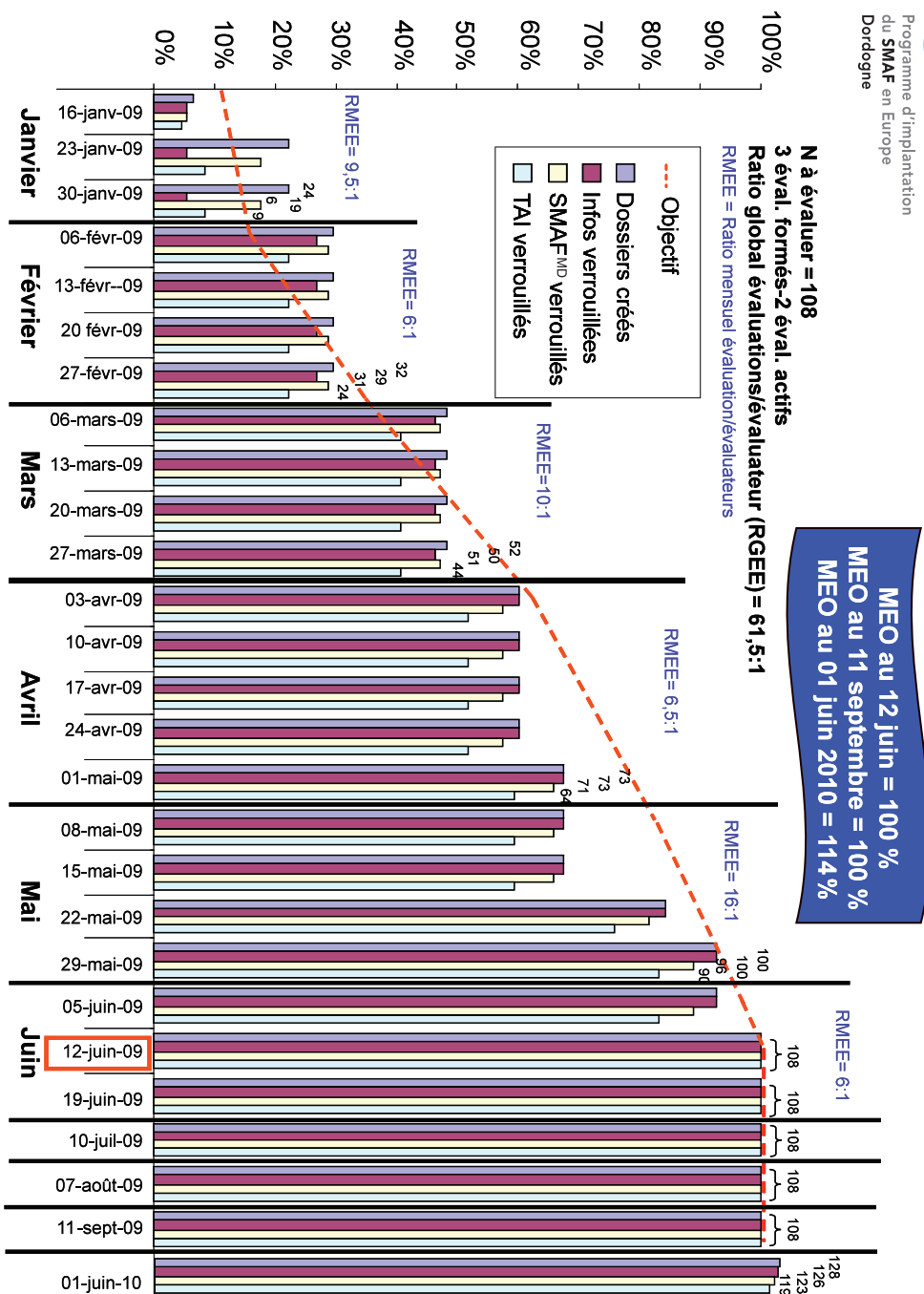


Figure 13 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} à l'EHPAD du CH de Bergerac

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - EHPAD Lalinde

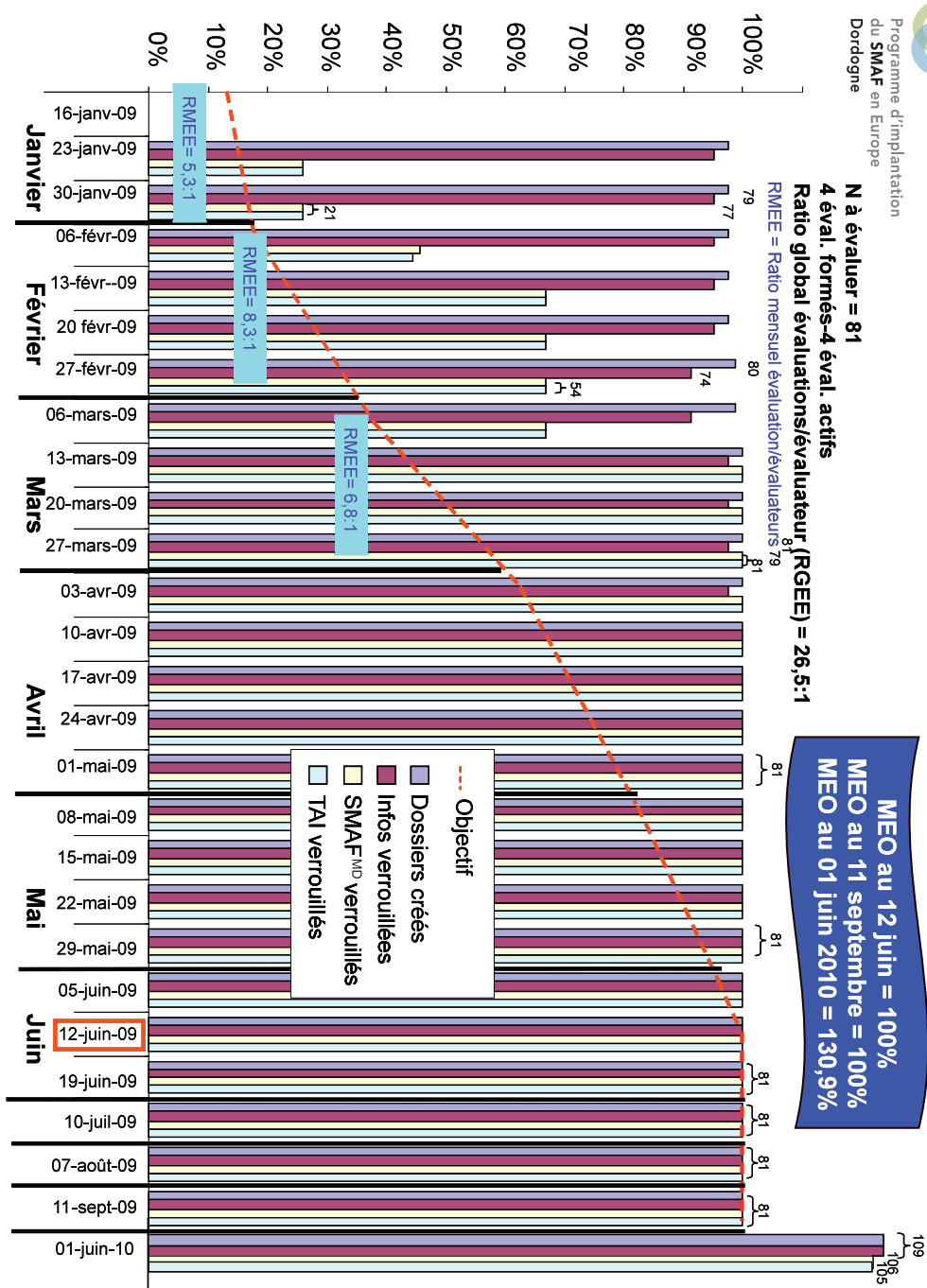


Figure 14 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} à l'EHPAD de Lalinde

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - EHPAD St Joseph

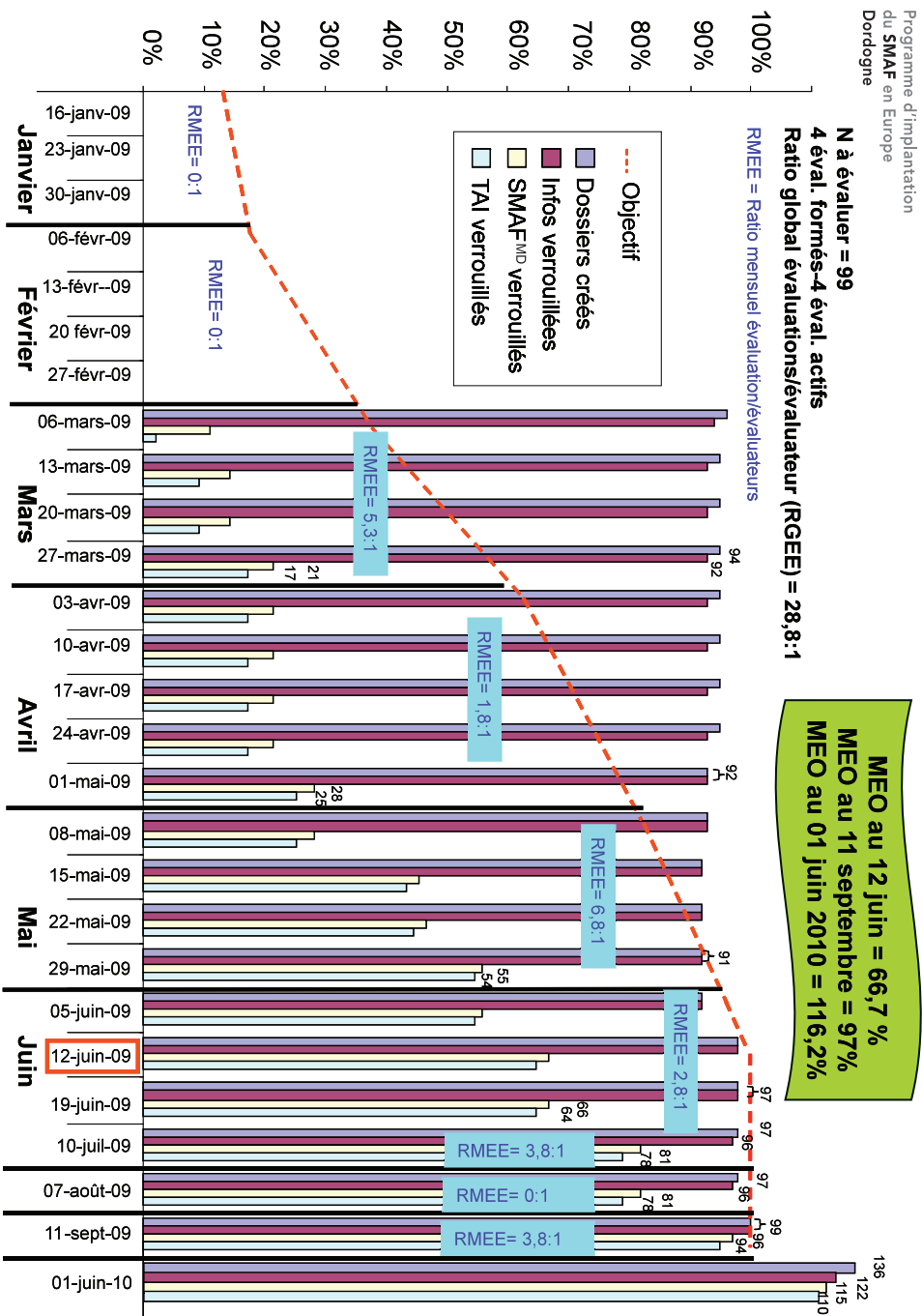


Figure 15 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAFMD à l'EHPAD St-Joseph

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - Bourg d'Abren

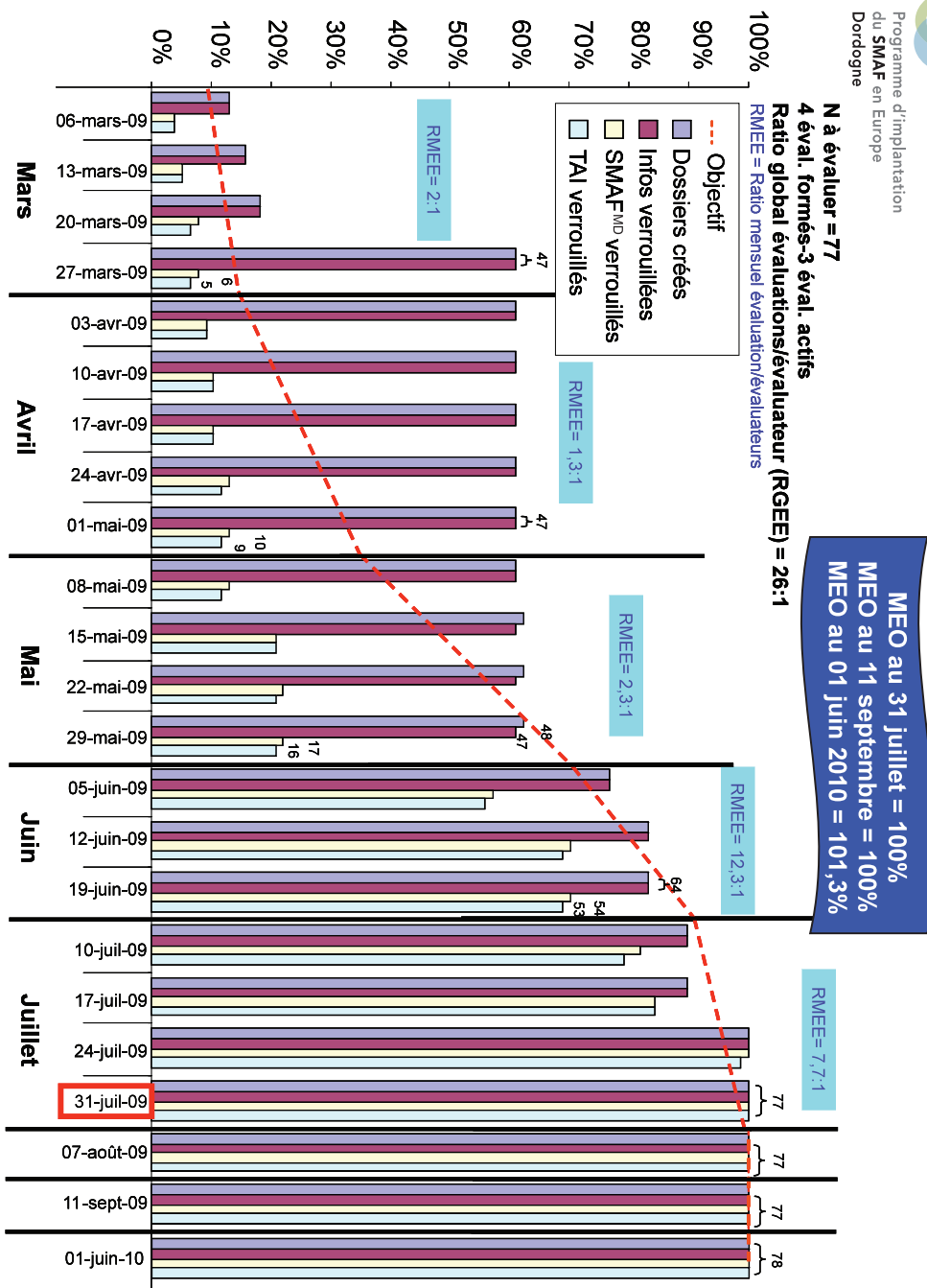


Figure 16 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} au Foyer Bourg d'Abren

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - La Peyrouse

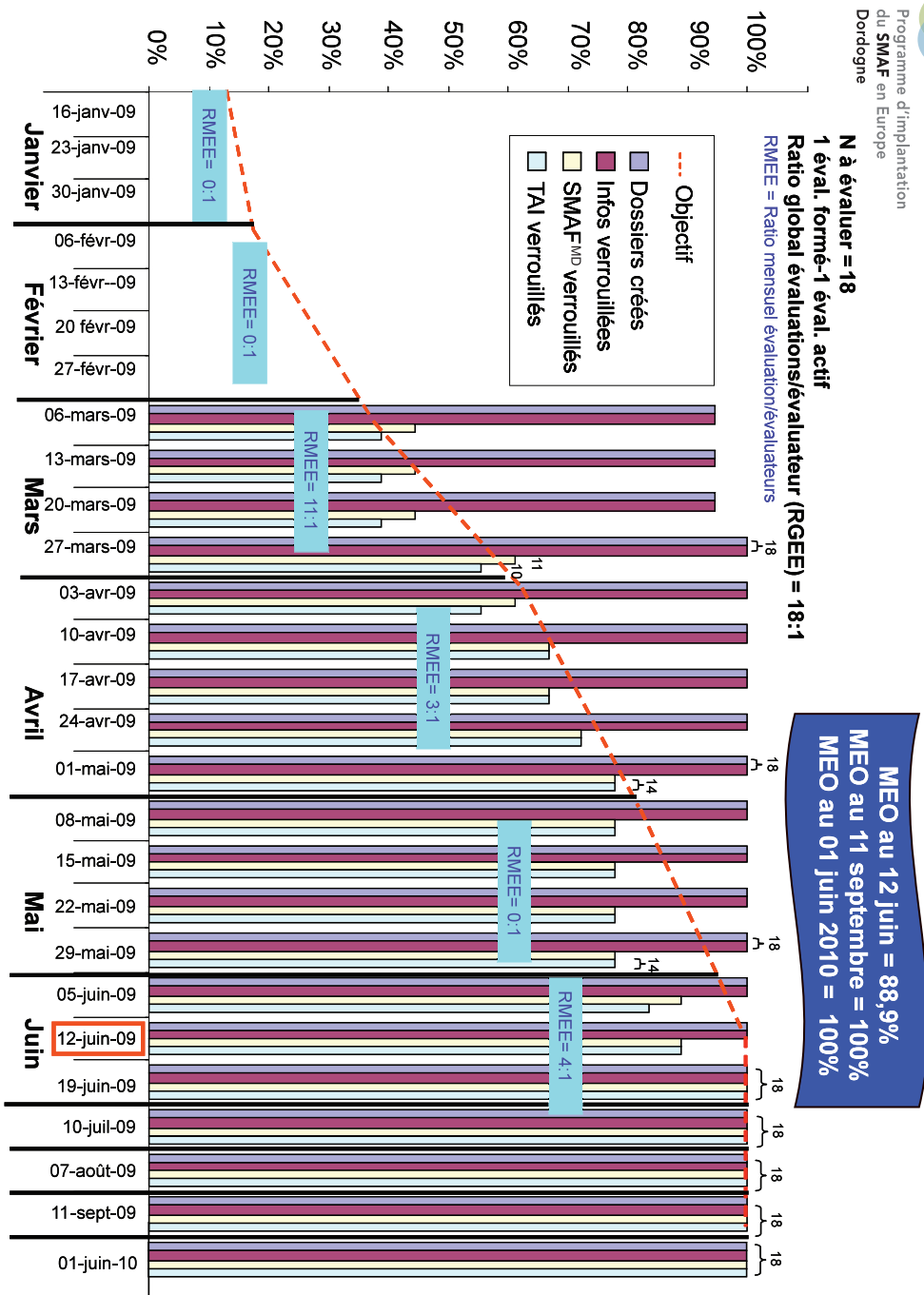


Figure 17 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAF^{MD} au Foyer La Peyrouse

Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre - La Brunetière

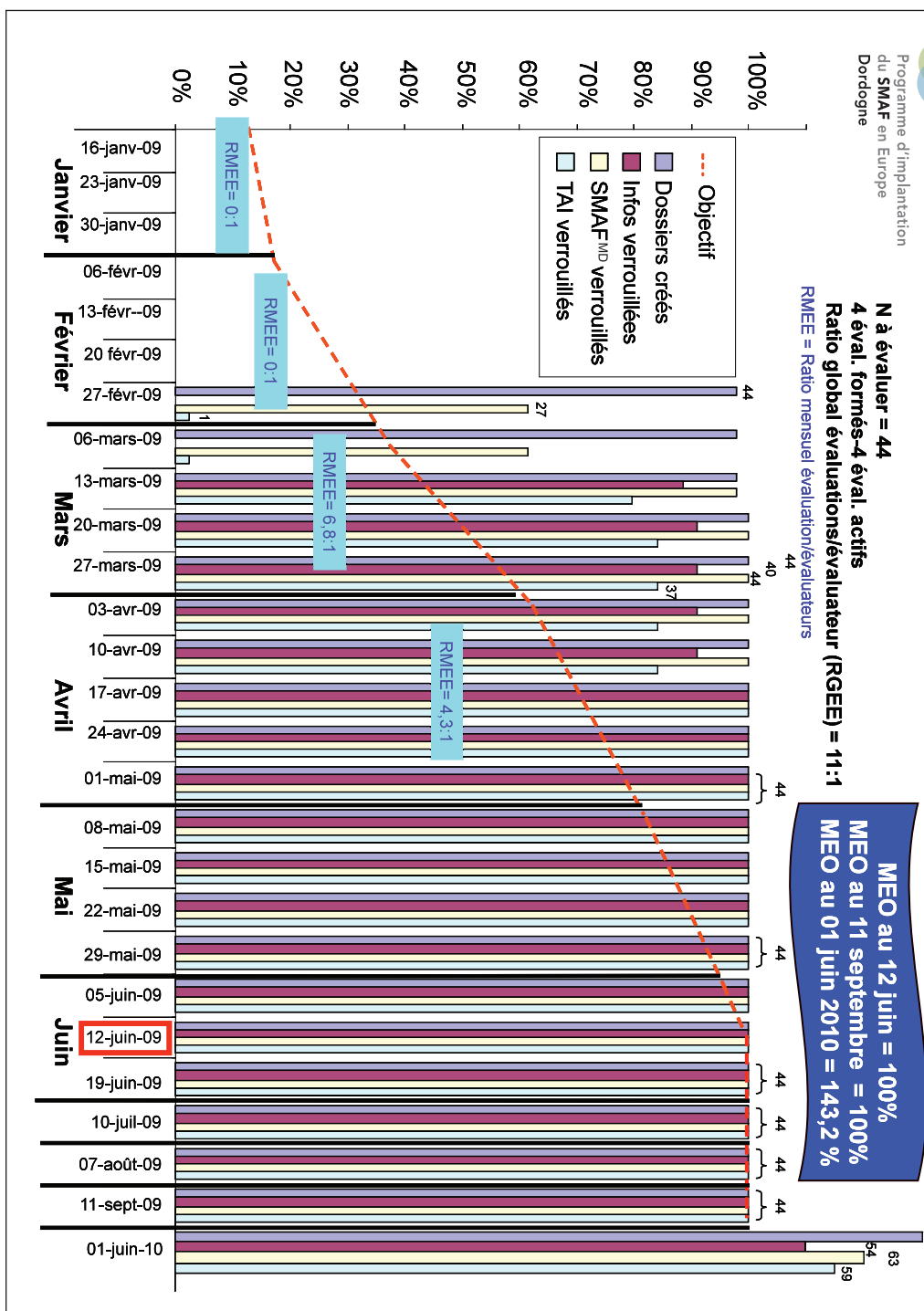


Figure 18 : Évolution hebdomadaire de la mise en œuvre des composantes complétées dans le eSMAFMD au Foyer La Brunetière

6.2.3.2 Stratégies de mise en œuvre locale

Les graphiques d'évolution de la mise en œuvre montrent que certains milieux n'ont pas utilisé la totalité de la fenêtre d'évaluation allouée pour atteindre leur objectif et finaliser l'ensemble des évaluations de leur clientèle. C'est le cas notamment du Foyer pour sourds et aveugles La Peyrouse, du Foyer La Brunetière et de l'EHPAD de Lalinde qui ont respectivement mis 17 semaines, quatre semaines et neuf semaines. À l'inverse, certains milieux semblent avoir sous-estimé le temps requis ou la charge de travail. Ce constat a été fait à l'EHPAD St-Joseph où les évaluations ont débuté en retard et dans les services à domicile où les évaluations ont connu un début très lent.

Les histogrammes représentant l'évolution hebdomadaire dans chacun des milieux (figures 8 à 18) ont permis d'identifier trois types de stratégies utilisées par les milieux pour collecter les données et atteindre leur objectif. Le tableau 7 fait état de la répartition des milieux selon la stratégie utilisée.

La première stratégie, de type « création en continu », implique la création de dossiers au fur et à mesure. Les milieux d'intervention qui ont utilisé cette stratégie ont créé simultanément un dossier usager, rempli et verrouillé une fiche d'information, un SMAF^{MD} et un TAI pour chaque personne rencontrée. La seconde stratégie de type « création en différé » consiste à créer l'ensemble des dossiers à évaluer dès le départ en remplissant toutes les fiches d'informations puis à compléter les évaluations SMAF^{MD} par la suite. Finalement, la troisième stratégie est une approche hybride que l'on pourrait qualifier de stratégie de « création par blocs ». Dans cette stratégie, les milieux choisissaient de créer toutes les fiches d'information d'une partie de leur clientèle (ex. : une unité, un secteur, un étage...) puis d'évaluer avec le SMAF^{MD} l'ensemble des personnes concernées. Une fois ce premier bloc complété, un deuxième bloc était identifié et la même procédure était répétée, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'ensemble de la clientèle du milieu soit évalué.

Tableau 7 : Stratégies de création des dossiers en vue des évaluations SMAF^{MD}

Stratégie de création en CONTINU	Stratégie de création en DIFFÉRÉ	Stratégie de création par BLOCS
APA CIAS ADPA AARD	EHPAD de Lalinde EHPAD St-Joseph Foyer La Brunetière Foyer La Peyrouse	EHPAD CH de Bergerac Foyer Bourg d'Abren MDPH

À la lumière des résultats obtenus, il apparaît que la stratégie par blocs et la stratégie de création en différé conviennent mieux aux établissements d'hébergement tandis qu'une stratégie de création en continu paraît plus adaptée aux milieux desservant des usagers à domicile.

6.2.3.3 TAI verrouillés et disponibles pour l'équipe soignante

L'analyse des pourcentages de SMAF^{MD} et de TAI verrouillés montre que de façon générale, la consigne donnée en formation de compléter puis de verrouiller un TAI après avoir complété puis verrouillé le SMAF^{MD} a été appliquée par la majorité des intervenants, et ce, dans la presque totalité des milieux d'intervention (tableau 8).

Tableau 8 : Tableau récapitulatif du verrouillage, de l'impression et de l'utilisation du SMAF^{MD} par les milieux d'intervention

	Milieux	% SMAF ^{MD} verrouillés	% Tai verrouillés	% TAI imprimés parmi les TAI verrouillés	% TAI disponibles parmi les TAI imprimés
Service à domicile	CIAS de La Force	49	49	0	N/A
	ADPA	31	28	81	100
	AARD	34	32	95	100
EHPAD	EHPAD Bergerac	100	100	100	23
	EHPAD Lalinde	100	100	100	100
	EHPAD St-Joseph	67	65	100	100
Personnes handicapées	Bourg_Abren	100	100	100	0
	La Peyrouse	100	100	100	0
	La Brunetière	100	100	0	N/A
Équipes DDSP	APA	89	89	77	100
	MDPH	56	56	0	N/A

Par ailleurs, une fois complétés et verrouillés, les TAI sont, le plus souvent, imprimés par les intervenants sauf dans trois milieux (CIAS de La Force, Foyer La Brunetière et MDPH) et classés dans les dossiers des usagers. Parmi les huit milieux qui impriment les TAI, trois milieux ne diffusent pas l'information auprès des membres de l'équipe soignante (EHPAD du CH de Bergerac, Foyer d'accueil médicalisé de Bourg d'Abren et Foyer pour sourds et aveugles La Peyrouse).

Finalement, les pilotes ont rapporté que les deux principales finalités du TAI, dans les semaines suivant la fenêtre d'évaluation étaient de : 1) servir d'outil de transmission d'information auprès des nouveaux employés sur les besoins des personnes dont elles ont la responsabilité et 2) favoriser les réévaluations de dossiers (tableau 9).

Tableau 9 : Lieu de dépôt du TAI et perception des finalités liées à cet outil

	Lieu où sont déposés les TAI	Motifs d'utilisation du TAI	Autres informations pertinentes
CIAS de La Force	Selon la décision qui sera prise, soit dans le dossier de l'usager, soit remis aux agentes à domicile	Comme fiches de consignes, notamment pour les remplaçantes	S'interrogeant sur la diffusion des TAI auprès des agents et les risques concernant la confidentialité
ADPA	Un exemplaire est classé dans le dossier du bénéficiaire et un exemplaire est remis à chaque intervenante .	<ul style="list-style-type: none">• Pour s'assurer que l'intervenante est en accord avec l'évaluation, sinon apport de modifications• Pour favoriser l'observation, l'écoute et le repérage des besoins par l'intervenante à domicile• Pour valoriser le travail des intervenantes• Pour la transmission des informations relatives à l'amélioration ou à la dégradation de la condition, ceci amenant au réajustement du plan d'aide	
AARD	Classé dans les dossiers à l'association	Pour présenter les capacités de la personne aux intervenants à domicile (très utile notamment lors des remplacements)	
EHPAD CH Bergerac	73 TAI rangés dans une armoire avec l'ordinateur servant aux évaluations SMAF [™] et 22 TAI (ceux des personnes les plus autonomes) classés dans les dossiers des patients .	Donnée manquante	
EHPAD Lalinde	Dans le dossier du patient . Disponible en tout temps pour les équipes.	Donnée manquante	
EHPAD St-Joseph	Dans le dossier du patient . Disponible en tout temps pour les équipes.	Donnée manquante	
Foyer La Brunetière	N/A car aucune impression faite	Donnée manquante	Peu de roulement des salariés, donc TAI non nécessaire
FAM Bourg d'Abren	Dans le cartable des évaluatrices . Non disponible pour les équipes.	Donnée manquante	
FSA La Peyrouse	Dans un cartable conservé par la chef de service . Non disponible pour l'équipe	Donnée manquante	
APA	Dans les dossiers individuels de demandes d'APA	Pour permettre aux assistantes sociales de repérer les dossiers à réévaluer lors des demandes de révision sollicitées par les bénéficiaires.	
MDPH	N/A car aucune impression faite	Donnée manquante	

6.3 Conditions gagnantes et obstacles rencontrés

Lors de l'implantation, nous avons documenté plusieurs éléments pouvant avoir une influence positive ou négative sur la réussite de l'implantation de la démarche SMAF^{MD} dans les 11 établissements. Nous présentons ces résultats dans la section suivante. Elle se subdivise en 3 sous-sections, soit les facteurs stratégiques, les facteurs organisationnels et les facteurs liés aux intervenants.

6.3.1 Facteurs stratégiques

Les facteurs stratégiques se définissent comme les éléments qui sont reliés directement au contexte réglementaire régissant les établissements et au processus d'implantation du SMAF^{MD}. On compte parmi eux le processus d'implantation, le déploiement informatique, la formation des utilisateurs, la démarche SMAF^{MD} et la recherche. Quelques exemples de verbatim explicatifs ont été répertoriés dans le tableau 10 pour faciliter la compréhension.

6.3.1.1 Le processus d'implantation du SMAF^{MD}

Conditions favorables

Le choix d'établir une fenêtre d'évaluation intensive de cinq mois et d'avoir prolongé de six mois cette fenêtre pour les services d'aide à domicile (SAD) a permis de maintenir une cadence soutenue dans les évaluations. Ainsi, la plupart des milieux ont évalué avec le SMAF^{MD} 100 % de leurs usagers (Gervais, Hébert, & Tousignant, 2010). Le nombre élevé d'évaluations à réaliser (entre 205 à 835 personnes) et le petit nombre d'évaluateurs actifs formés au SMAF^{MD} (en moyenne deux par milieu) a justifié la prolongation de la fenêtre d'évaluation pour les SAD.

Le soutien et l'encadrement fournis par l'équipe d'implantation du CESS et le suivi hebdomadaire fait par l'équipe de recherche ont été identifiés par les acteurs comme un appui ayant facilité l'appropriation de la démarche SMAF^{MD}. La proximité ressentie et la réactivité des équipes d'implantation et de recherche ont favorisé le sentiment de confiance.

La mise en place d'une coordination de projet à trois niveaux (stratégique, organisationnel et clinique) a permis à chacun des comités de se pencher sur des questions différentes et complémentaires, et surtout de jouer un rôle actif durant toute l'implantation. Dans un premier temps, le comité stratégique a été davantage sollicité pour des questions de mise en place et, dans un deuxième temps, pour les orientations à donner au projet. Le comité organisationnel a permis aux gestionnaires de discuter des difficultés particulières à leur milieu et de leur perception du déroulement de l'implantation. Les comités cliniques, en lien direct avec l'équipe d'implantation, ont joué le rôle clé d'évaluer toutes les personnes desservies par leur milieu. Ainsi, tous les acteurs impliqués de près ou de loin dans l'implantation ont été pris en compte, ce qui a permis de gérer les difficultés retrouvées à différents niveaux.

Le cadre d'un projet mené depuis le Québec dans un département en France imposait la mise en œuvre de méthodes de communication entre les interlocuteurs des deux pays. Le recours à un site collaboratif sur le Web a favorisé et facilité les échanges entre les acteurs. Les rapports mensuels sur la progression des évaluations SMAF^{MD} dans chacun des milieux, diffusés sur le site Web, ont instauré ainsi une émulation positive entre les milieux.

Finalement, le choix de faire des entrevues individuelles et des groupes de discussion a permis aux acteurs de se sentir écoutés selon leur niveau d'expertise, ce qui a augmenté leur degré d'implication dans le projet.

Obstacles

L'exigence réglementaire de poursuivre l'utilisation de la grille AGGIR et du guide GEVA en sus des évaluations avec le SMAF^{MD} a eu pour effet d'alourdir la tâche des évaluateurs. Pour tenter de minimiser les effets de cet obstacle, une consigne à l'effet d'évaluer d'abord avec le SMAF^{MD} puis de compléter ensuite les outils réglementaires avait été émise. Plus exhaustive et précise, l'évaluation SMAF^{MD} comprend les variables de grille AGGIR et la majorité des informations requises dans le volet (6) sur l'autonomie fonctionnelle du GEVA.

Par ailleurs, les finalités des outils réglementaires AGGIR et GEVA, orientés vers l'attribution d'une compensation financière, et celle du SMAF^{MD}, orientée vers des interventions de soutien à l'autonomie, sont apparues incohérentes aux intervenants évaluateurs. Ainsi, les équipes départementales d'évaluation n'arrivaient pas aux mêmes résultats avec le SMAF^{MD} qu'avec les grilles légales de financement de l'APA et de la PCH.

Le temps requis, d'une part pour s'approprier l'outil et d'autre part pour effectuer toutes les évaluations, a imputé des coûts directs supplémentaires aux établissements. Les utilisateurs ont fait le constat d'un ralentissement temporaire de productivité durant les six premières semaines d'utilisation du SMAF^{MD}, soit durant la période d'appropriation de la démarche.

6.3.1.2 Le déploiement informatique

Conditions gagnantes

Les utilisateurs ont majoritairement mentionné la qualité et la convivialité du logiciel eSMAFII^{MD}-France. Le niveau de connaissances requis en informatique est minimal.

Plusieurs mesures de protection des données ont été mises en place : mot de passe pour accéder à l'environnement de l'ordinateur, mot de passe pour accéder au logiciel eSMAFII^{MD}-France et sauvegarde des données sur une clé USB encryptée.

Le soutien assuré par le CESS, et ce, par téléphone ou en accès à distance à l'aide du logiciel « LogMeIn », a su répondre aux besoins immédiats des utilisateurs lors de difficultés d'utilisation particulières ou lors des mises à jour du logiciel.

Obstacles

Plusieurs obstacles ont été répertoriés au niveau du déploiement informatique. En premier lieu, mentionnons un retard dans la livraison des équipements informatiques et des erreurs de configuration des ordinateurs imputables au sous-traitant identifié comme fournisseur. Les qualifications et la disponibilité des techniciens de cette entreprise étant insuffisantes, une intervention informatique corrective a dû être faite sur place un mois après le début de la fenêtre d'évaluation par une experte informatique du CDRV, appuyée par l'équipe informatique du CESS. Un dispositif d'accès à distance a été installé dans chaque ordinateur lors de cette intervention.

Les services informatiques, présents dans trois des onze milieux d'implantation, n'ont pas été impliqués dès le départ, ce qui aurait peut-être permis de résoudre plus rapidement des problèmes d'accès au réseau Internet, nécessaire pour le transfert des données de recherche sur le site Web collaboratif sécurisé. Une intervention de la responsable du service informatique du CDRV a été faite pour expliquer les besoins d'accès informatique et les correctifs ont été apportés par la suite par les services informatiques des milieux concernés.

Les bogues mineurs dans le logiciel ont été solutionnés par deux mises à jour du logiciel, faites en accès à distance par le CESS.

Toutes ces difficultés ont ralenti l'appropriation du logiciel et les évaluations sans pour autant compromettre l'atteinte de l'objectif. Ces situations ont aussi mené à des sentiments d'insécurité chez certains utilisateurs.

6.3.1.3 La formation des utilisateurs

Conditions gagnantes

Les intervenants utilisateurs du SMAF^{MD} ont souligné la qualité du contenu de la formation et l'efficacité de l'approche pédagogique. La formation a donné confiance aux utilisateurs dans leurs capacités à réaliser des évaluations de qualité. Après les trois premiers jours de formation, les utilisateurs étaient en mesure de compléter des évaluations seuls.

La répartition des trois premières journées de formation à raison d'une journée par semaine et la tenue de la quatrième journée de formation, orientée sur l'intégration des connaissances, un mois plus tard a satisfait aux besoins des utilisateurs. Une cinquième journée, consistant en l'accompagnement de la formatrice dans chacun des milieux d'implantation pour réaliser les premières évaluations, a permis de répondre aux questions particulières des milieux.

La formation de groupes hétérogènes regroupant des personnes de différents milieux a été riche en échanges et a permis aux utilisateurs de créer des liens entre eux. Cela a favorisé le partage d'une vision et d'un langage commun malgré les populations différentes desservies.

Obstacles

Le délai de deux mois entre la formation et le début de la fenêtre d'évaluation a retardé la consolidation des nouvelles notions apprises lors de la formation, ce qui s'est traduit par l'oubli de quelques notions. Pour contrer cet obstacle, des heures en soutien clinique ont été ajoutées dès le début de la fenêtre d'évaluation. La formatrice a ainsi pu répondre directement, par téléphone, dès qu'une interrogation se présentait. Une vérification hebdomadaire de la base de données eSMAF^{MD} de chaque milieu a aussi été faite, donnant lieu à un appel de la formatrice lorsque des anomalies étaient constatées.

Chaque milieu a identifié les intervenants auxquels la formation sur le SMAF^{MD} serait offerte. Entre un et quatre intervenants par milieu ont donc été formés à l'automne 2008 et février 2009. Les utilisateurs formés au SMAF^{MD} ont estimé qu'un plus grand nombre d'intervenants auraient dû être formés à défaut de pouvoir offrir la formation à tous les membres des équipes. Pour répondre à la préoccupation de renseigner les équipes sur le

SMAF^{MD}, une formation supplémentaire de deux jours, dédiée aux pilotes des comités cliniques, a été ajoutée en décembre 2009. Cette activité d'une journée intégrait une composante sur le transfert des connaissances SMAF^{MD} aux équipes cliniques, ce qui a répondu en partie aux besoins.

Quelques personnes inscrites à la formation sur le SMAF^{MD} occupaient des postes de cadre dans les milieux et n'étaient pas en contact direct avec les personnes à évaluer. Ceci a eu pour conséquence de réduire le nombre d'évaluateurs actifs, c'est-à-dire réalisant effectivement des évaluations.

6.3.1.4 La démarche SMAF^{MD}

Conditions gagnantes

La grille SMAF^{MD}, comme outil d'évaluation rejoint les préoccupations des utilisateurs en regard d'une démarche qui soit structurée, approfondie et précise. Cet outil intègre aussi des indicateurs de dépistage et tient compte des ressources disponibles dans le milieu. Il est vu comme un guide d'entretien pour l'évaluation et, pour certains, un soutien à l'élaboration des plans d'aide.

Les fonctionnalités du logiciel eSMAFI^{MD}-France, qui permettent entre autres d'effectuer des mises à jour rapides et de produire des rapports standardisés ou en fonction de requêtes spécifiques, répondent aux besoins des intervenants évaluateurs autant qu'aux besoins des dirigeants qui veulent mieux connaître les caractéristiques de la population desservie.

Le TAI, synthèse visuelle de l'autonomie de la personne, est perçu comme un outil utile au quotidien pour les intervenants sur le terrain. L'utilité du TAI au plan clinique a favorisé l'adhésion des intervenants qui perçoivent que la démarche d'évaluation contribue à valoriser les interventions quotidiennes auprès des personnes.

Les profils Iso-SMAF sont perçus comme un outil utile cliniquement et administrativement, même si on les a encore peu utilisés, d'une part parce que les évaluations SMAF^{MD} devaient d'abord être complétées et d'autre part en raison de connaissances insuffisantes sur leur interprétation. Selon les utilisateurs, les profils Iso-SMAF permettent une classification logique des personnes. Certains milieux ont planifié l'utilisation des profils Iso-SMAF pour reconfigurer leurs unités de soins ou revoir la dotation en personnel en fonction des besoins des usagers.

Le SMAF^{MD} a suscité intérêt et mobilisation dans les milieux en instaurant un langage commun dans les équipes. Il a aussi permis l'identification de nouveaux besoins chez les personnes. L'approche valorise le personnel et la personne aidée en misant sur l'autonomie de celle-ci. Déjà après cinq mois d'utilisation, certains changements dans les pratiques ont été observés, dont une observation plus fine du potentiel des usagers et un ajustement des interventions dans une approche individualisée.

Obstacles

L'absence d'items évaluant les capacités de la personne sur le plan social et dans les relations affectives a été relevée comme lacune dans la grille SMAF^{MD}, et ce, principalement par les intervenants œuvrant auprès d'une population de personnes handicapées. Cette lacune sera corrigée en intégrant les items du SMAF-Social, un

nouveau volet déjà développé et validé, dans la prochaine version du logiciel eSMAFI^{MD}-France à l'automne 2010.

6.3.1.5 La recherche

Conditions gagnantes

La réussite du projet d'implantation est attribuable à plusieurs aspects liés au contexte de recherche. Ainsi, la portée nationale du projet, une participation active des instances politiques, l'impact attendu des résultats et la collaboration avec une équipe de recherche québécoise ont favorisé l'engagement et une mobilisation soutenue des différents niveaux d'acteurs. La participation concrète des acteurs à la recherche a été perçue comme une valorisation de leurs compétences.

La mobilisation de plusieurs milieux autour d'un projet commun constitue un premier pas vers un partenariat inter-établissements. Les différentes occasions d'échanges entre les établissements, avec les chercheurs et les instances politiques a permis aux acteurs impliqués de maintenir un niveau élevé de motivation.

Obstacles

Les obstacles imputables à la recherche ont touché surtout les pilotes des comités cliniques qui devaient faire la saisie d'informations supplémentaires dans les journaux de bord hebdomadaires, effectuer chaque vendredi le transfert de la base de données eSMAFI^{MD}, effectuer des procédures informatiques d'une certaine complexité et transmettre aux autres membres du comité clinique les consignes reçues de l'équipe d'implantation ou de recherche. Afin de leur faciliter la tâche, la récupération des données en accès à distance pouvait être faite sur demande.

Tableau 10 : Exemples de citations explicatives du discours des personnes interrogées concernant les facteurs stratégiques¹.

Facteurs stratégiques	Citations de conditions favorables	Citations d'obstacles
1. Processus d'implantation du SMAF ^{PMO}	<p>Nous avons toujours eu une réponse, des qu'elle est posée pratiquement. On a toujours été soutenu. Voilà. Donc ça, c'était aussi très facilitant pour la mise en place. De pouvoir avoir des réponses, de ne pas rester dans l'interrogation, de ne pas attendre pour avancer, c'était très soutenant pour nous. (Comité clinique EHPAD)</p> <p>Natamment au niveau de la décision de départ. Bon, ensuite, peut-être moins, mais c'était normal, une fois que la mécanique était en route. [...] Donc, j'ai vécu ce rôle-là comme l'acceptation de départ, une impulsion de départ. (Comité stratégique).</p> <p>Tout à fait. C'est vrai que ça a permis d'avoir le retour de chacun des participants, qu'ils soient acteurs sur le terrain, acteurs financiers ou bien encadrants et qu'ils bien utilisateurs. C'est vrai que c'était intéressant à ce plan-là mais à mon avis, ça ne pouvait pas marcher autrement. (Comité stratégique).</p>	<p>Moi, ce qui m'embêterait, c'est d'avoir ça en plus de la grille AGGIR. Finalement, ça a un surcoût qu'on a nécessité du temps humain. Je dirais que ça peut... ça se rajoute quelque part. (Comité organisationnel SAD.) Et comme pour le GEVA, on parle des incapacités de la personne, de ce qu'elle ne peut pas faire. Bon, c'est ce qui sert à déterminer l'éligibilité de la PCH. Et avec le SMAF^{PMO} [...], qu'on raisonne en tenant compte de l'environnement, des aides techniques, des aides humaines qui existent, on s'est retrouvé avec des gens qui étaient éligibles à la PCH, au vu du GEVA, mais qui devenaient complètement autonomes quand on les évaluait avec le SMAF^{PMO}. (Comité organisationnel MDPH)</p> <p>Effectivement, il y a eu les premières semaines, peut-être un mois et demi qui ont été assez pilotables, où le soir, je rentrais chez moi, je me disais, je prenais la grille SMAF^{PMO}, ah!h, mais ce n'est pas possible tout ce temps sur chaque grille. Jamais je n'y arriverai. Et puis bon, et après 1 mois et demi, je me suis saisie de la grille, et aujourd'hui, c'est complètement négociable dans ma charge de travail. (Comité clinique APH)</p>
2. Déploiement informatif	<p>Bien, on essaie de faire avec, comme on n'est pas des pros de l'informatique, c'est simple parce que si ce n'était pas simple, on ne pourrait pas. C'est quand même relativement simple. C'est ce qu'on nous avait dit d'ailleurs. De toute façon, tout est affiché. On n'a jamais été ni bloqués ni... une fois peut-être. (Comité clinique EHPAD)</p> <p>Quand y a un souci d'ordre technique c'est mieux d'avoir la solution par téléphone. Enfin pour moi, résoudre les problèmes en direct, c'est nécessaire pour moi, pour pouvoir continuer à avancer. Par mail, c'est plus délicat pour moi. Moi, j'ai besoin d'avoir une réponse téléphonique quand j'ai un problème technique. (Comité clinique EHPAD)</p>	<p>Disons que c'est difficile mais c'est vrai qu'on a beaucoup râlé parce que le démarrage était difficile. Bon, on ne va pas revenir sur l'histoire du fournisseur informatique. Ça n'était pas bon, vraiment pas bon. On comprenait qu'eux, ils ne s'accordaient pas non plus. Donc, on a bien vu que ça n'allait pas du tout. Et puis, c'est vrai qu'on a perdu beaucoup de temps... (Comité clinique EHPAD)</p>
3. Formation des utilisateurs	<p>Les uns et les autres ont évoqué la formation, la qualité de la formation. C'est vrai que je reprends ce qui a pu dire ma collègue, c'est par rapport à une aide pour l'apprentissage de l'outil, on a eu un réel accompagnement, une réelle qualité de... des apports théoriques, puisque c'était une démarche d'apprentissage, mais au-delà de l'utilisation, c'était se réinterroger sur le sens de l'évaluation, sur les contenus avec, au fil du temps, m'a-t-il semblé, un approfondissement de la qualité des évaluations. (Comité clinique APH)</p>	<p>J'ai envie de dire, c'est les gens qui sont près d'eux, qui peuvent effectivement remplir le SMAF^{PMO} parce que la quotidienneté, c'est eux qui la vivent, c'est pas nous les cadres. Ils n'étaient pas formés. Sur d'autres lieux, c'est des gens de terrain qui ont été formés. (Comité clinique FPH)</p>
4. Démarche SMAF ^{PMO}	<p>Avec le SMAF^{PMO}, je pense qu'en ce qui me concerne, c'est vrai que j'ai trouvé que la démarche était quand même, comme on vous l'a dit, je pense, au début, c'est une démarche un peu plus approfondie qui va plus au fond des choses. Donc, ça nous a permis de mieux évaluer les gens, tout simplement. (Comité clinique SAD)</p> <p>Bon, c'est bien pour les remplaçantes, toujours, parce que déjà, à l'entrée, elles savent ce qu'elles doivent faire ou ne pas faire. Comment s'occuper du résident. Au premier coup d'œil comme ça, ça... quand c'est que du rouge, là, on voit... (Comité clinique EHPAD)</p>	
5. Recherche	<p>Alors, une étude, je dirais, ça a un effet valorisant en plus. C'est une recherche action qui tourne sur quand même une longue période. C'est avec le Québec, donc, vous voyez, tout ça, c'est des éléments qui à mon avis, sont des moteurs et qui permettent de mobiliser plus facilement le personnel. (Comité stratégique)</p> <p>Je crois que encore une fois, vous imaginez quand même la révolution culturelle que ça a amené, cette histoire-là. Je dirais que le point fort, paradoxalement, à mon avis, un point fort inattendu, pour nous, pour moi, c'est le côté fédératif, institutionnel, vous nous avez appris, par cette implantation, à se rencontrer, à se connaître. (Comité stratégique)</p>	

¹ Seuls quelques extraits de verbatim ont été utilisés pour appuyer nos résultats dans le but d'assurer la confidentialité et de protéger l'identité des personnes ayant participé à l'étude.

6.3.2 Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels correspondent aux pratiques et caractéristiques spécifiques à chacun des milieux. Les conditions gagnantes et les obstacles en lien avec les pratiques antérieures, le leadership du pilote, la communication interne, le plan d'action local et les installations informatiques existantes sont présentés. Quelques exemples d'extraits de verbatim explicatifs ont été répertoriés dans le tableau 11 pour permettre au lecteur d'en comprendre la portée.

6.3.2.1 Les pratiques antérieures

Conditions gagnantes

Lorsque des rencontres régulières d'équipe étaient préexistantes, le transfert d'information entre les intervenants a permis de compléter les évaluations plus rapidement et a favorisé l'implication de l'équipe dans l'évaluation. En ce qui concerne les services à domicile, la réalisation de l'évaluation au domicile de la personne a eu moins d'impact sur la charge de travail dans les milieux où cette pratique était déjà en place.

6.3.2.2 Le leadership du pilote

Conditions gagnantes

Dans les milieux où le pilote a assumé la gestion rapide des difficultés et a exécuté lui-même toutes les tâches liées à la recherche, les autres membres du comité clinique pouvaient compléter leur évaluation rapidement.

Le leadership du pilote s'est également exprimé par la transmission de l'information aux autres membres du comité clinique concernant le déroulement du projet. Dans ces cas, la perception de l'implantation du SMAF^{MD} qu'avaient les utilisateurs était beaucoup plus positive.

Obstacles

Lorsque le pilote ne s'impliquait pas régulièrement auprès du comité clinique ou occupait une fonction de cadre dans le milieu, la réalisation de l'implantation s'est avérée plus difficile ou a altéré la confiance des utilisateurs envers le pilote.

6.3.2.3 La communication interne

Conditions gagnantes

La communication sur l'évolution de l'implantation est apparue très importante pour les intervenants évaluateurs des comités cliniques. Dans le cadre de ce projet, une grande transparence a été assurée en diffusant les mêmes informations aux acteurs des trois niveaux hiérarchiques (clinique, organisationnel et stratégique), ce qui a maintenu un niveau de confiance élevé malgré les difficultés rencontrées.

Obstacles

Dans quelques milieux, aucune information sur le SMAF^{MD} et le TAI n'a été transmise aux autres membres de l'équipe de travail. Ceci a eu pour conséquence de diminuer leur collaboration à l'évaluation.

Les comités cliniques auprès desquels les pilotes ne transmettaient pas les informations et les rapports d'évolution diffusés par l'équipe de recherche sur le site Web ont fait part de leur insatisfaction sur l'absence de retour sur les résultats de leur travail.

6.3.2.4 Le plan local

Conditions gagnantes

La priorisation du projet de la part des dirigeants et la mise en place d'un plan d'action local pour la réalisation des évaluations dans le temps imparti sont deux conditions qui ont facilité le travail des évaluateurs. Essentiellement, les actions concernaient l'aménagement des horaires de travail des utilisateurs, l'ajout d'heures pour effectuer les évaluations et l'implication des équipes dans les évaluations.

L'utilisation du TAI dans les équipes dès les premières évaluations a favorisé la collaboration des équipes et l'intégration rapide de la démarche dans les pratiques.

Obstacles

Le manque de temps, imputable au maintien de la charge de travail préexistante, au roulement et au non-remplacement du personnel, a constitué une contrainte importante. L'implantation du SMAF^{MD} est donc une démarche qui demande un investissement de temps supplémentaire pour maîtriser un nouvel outil d'évaluation et un nouveau logiciel et pour évaluer en peu de temps un grand nombre de personnes. Cela a amené des difficultés à réaliser toutes les évaluations prévues dans le temps accordé.

Le nombre d'évaluateurs à former au SMAF^{MD} a été sous-évalué par certains milieux, considérant le nombre de personnes à évaluer. Pour s'assurer de la consolidation de l'implantation dans les milieux de l'étude, deux sessions de formation supplémentaires ont été mises en place en novembre et décembre 2009.

Enfin, la mise en œuvre simultanée d'autres projets importants a interféré avec l'implantation du SMAF^{MD} dans quelques milieux, particulièrement si les évaluateurs SMAF^{MD} devaient également s'impliquer dans la planification ou la réalisation de ces projets.

6.3.2.5 Les installations informatiques existantes

Obstacles

L'accessibilité à l'ordinateur portable réservé à la saisie du SMAF^{MD} a posé problème dans quelques milieux. Chez certains, l'équipement était sous clé ou dans un lieu peu accessible aux évaluateurs, imposant perte de temps pour récupérer et installer l'équipement, voire même retardant la saisie des données de l'évaluation SMAF^{MD}.

La disponibilité d'un seul ordinateur pour plusieurs intervenants qui réalisent leurs évaluations au domicile des usagers a imposé d'établir un horaire d'utilisation par évaluateur, retardant ainsi la saisie des données d'évaluation.

Tableau 11 : Exemples de citations explicatives du discours des personnes interrogées concernant les facteurs organisationnels²

Facteurs organisationnels	Citations de conditions favorables	Citations d'obstacles
1. Pratiques antérieures	<i>Après, nous, c'est vrai que de toute manière, au niveau de notre fonctionnement, on a toujours pratiqué des visites à domicile, évalué les gens, donc, on utilisait, c'est vrai, la grille AGGIR, donc, on avait déjà quand même cette pratique professionnelle de se rendre au domicile et d'évaluer les gens. (Comité clinique SAD)</i>	
2. Leadership du pilote	<i>Parce que la plupart, ils n'y connaissaient rien. Il y en a qui n'ont jamais ouvert un ordinateur. Donc, y fallait en même temps expliquer. Pour certaines, on préparait l'ordinateur quand on savait qu'elles arrivaient, on lançait l'appareil, tout ça, pour qu'ensuite elles puissent saisir. (Comité organisationnel APA)</i>	
3. Communication interne		<i>Sur ce, se sont greffées d'autres choses puisque quand même, l'autre projet, c'est un gros projet qui nous demande beaucoup de temps, de réunions, d'organisation, et d'autant plus, du temps pas disponible pour faire les SMAF^{MD}. (Comité clinique EHPAD)</i>
4. Plan local	<i>J'ai dit ce qui est intéressant, c'est de le faire avec l'ensemble de l'équipe parce que vous avez une personne qui vous donne une réponse par rapport à l'évaluation, qui n'a pas le même regard que l'autre et en fait, c'est... c'est purement du suggestif. Vaut mieux que ce soit l'ensemble de l'équipe qui se mette d'accord sur une réponse par rapport à une cotation. (Comité clinique FPH)</i>	

6.3.3 Facteurs liés aux intervenants

Le niveau d'accord des intervenants avec le SMAF^{MD}, leur niveau de motivation vis-à-vis du projet, leurs connaissances préalables et l'influence que l'environnement interne et externe a sur eux ont été considérés comme des facteurs d'influence sur le déroulement du projet et sur le niveau de mise en œuvre du SMAF^{MD}. Le tableau 12 présente quelques verbatims expliquant le vécu des intervenants face au SMAF^{MD}.

6.3.3.1 Le niveau d'accord

Conditions gagnantes

La plupart des utilisateurs étaient en accord avec la démarche SMAF^{MD} et le principe d'orienter l'intervention clinique vers un soutien à l'autonomie de la personne. De plus, ils voyaient une utilité clinique à cette démarche d'évaluation.

² Seuls quelques extraits de verbatims ont été utilisés pour appuyer nos résultats dans le but d'assurer la confidentialité et de protéger l'identité des personnes ayant participé à l'étude.

6.3.3.2 Le niveau de motivation

Conditions gagnantes

Le niveau de motivation s'est exprimé dès le début de l'implantation par une inscription volontaire à la formation. Il s'est traduit par l'attente de résultats positifs et de changements dans les pratiques. La reconnaissance professionnelle de la part de leur employeur ou des autres professionnels des milieux partenaires a aussi exercé une influence positive sur le niveau de motivation. Cela a permis une implication soutenue durant toute l'implantation, ce qui n'est pas toujours le cas dans ce type de projet.

6.3.3.3 Les connaissances préalables

Conditions gagnantes

La connaissance préalable des usagers à évaluer a facilité la réalisation des évaluations, que ce soit en milieu d'hébergement ou à domicile. Un lien de confiance préétabli entre l'évaluateur et l'utilisateur rend plus facile l'obtention d'informations justes.

Obstacles

Plusieurs intervenants évaluateurs ont fait part, dès le début, de leur insécurité en raison de connaissances limitées dans l'utilisation de l'informatique. Cette situation a aussi été observée chez quelques pilotes, ce qui s'est avéré un obstacle important dans l'implantation du logiciel eSMAF^{MD}. Ce problème a demandé aux utilisateurs d'investir aussi du temps pour apprendre les rudiments informatiques et a suscité de l'insécurité chez eux. L'accès à distance « LogMeIn » mis en place pour assister les pilotes lors de procédures informatiques a permis de contourner cette difficulté, voire même de contribuer à développer les habiletés des pilotes dans l'utilisation de l'ordinateur et d'Internet.

Un manque d'initiative, se traduisant par une hésitation à demander de l'aide et à la mise en veilleuse des problèmes rencontrés, a été observé chez plusieurs intervenants évaluateurs. Ceci a eu pour conséquence la suspension occasionnelle des évaluations. Pour contrer cette difficulté, un suivi téléphonique hebdomadaire a été mis en place ainsi qu'un accompagnement individuel par téléphone et en accès à distance.

6.3.3.4 L'influence de l'environnement

Conditions gagnantes

L'influence de l'environnement est déterminante. L'appui et l'engagement des instances politiques et de la direction de chacun des milieux ont exercé une influence positive sur l'adhésion et l'engagement des évaluateurs dans la démarche d'implantation, ce qui s'est traduit par une progression soutenue du nombre d'évaluations.

Tableau 12 : Exemples de citations explicatives du discours des personnes interrogées concernant les facteurs liés aux intervenants³

Facteurs liés aux intervenants	Citations de conditions favorables	Citations d'obstacles
1. Niveau d'accord	<i>Ça fait que très vite le SMAF^{MD} pour moi a pris le dessus sur la grille AGGIR, tant et si bien d'ailleurs qu'au mois de juin, quand j'ai arrêté le SMAF^{MD}, comme toutes mes collègues, en me disant ouf, une charge de travail en moins, j'ai arrêté une semaine, et puis ça allait pas du tout, mes grilles AGGIR, ça ne me convenait pas, ça. Donc, j'ai repris le SMAF^{MD}, en fait, et je n'ai pas arrêté le SMAF^{MD}, j'ai continué à évaluer. (Comité clinique APA)</i>	
2. Leadership du pilote	<i>Le SMAF^{MD} n'est jamais retombé. Ça, c'est intéressant. Ça veut dire que, il a véritablement une raison d'être au sein des pratiques professionnelles et des professionnels. Donc, ça, c'est important pour un directeur, d'avoir un projet qui ne fait pas flop, qui tient malgré les embûches, c'est-à-dire qu'elles venaient et puis on trouvait ensemble des solutions aux embûches. (Comité organisationnel EHPAD)</i>	
3. Communication interne		<i>Je pense que c'est bien au départ que ce soit quand même quelqu'un qui manipule l'informatique avec aisance, parce que moi, honnêtement, je m'en sers, ce n'est pas la question. J'ai progressé, je me sers pas de la souris. Non, mais vous plaisantez, mais c'est vrai que quelque part, quand on n'est pas à l'aise avec l'informatique. C'est pareil, s'approprier un nouveau logiciel, ce n'est pas évident. Alors, à 20 ans, peut-être, à 45 ans, beaucoup moins. Non, mais après, c'est vrai qu'on a une certaine facilité avec ça ou pas. Moi, je ne l'ai pas. Moi, je ne suis pas une scientifique du tout. Non, ce n'est pas du tout mon truc. Enfin, je veux dire, l'informatique... ne serait-ce que pour passer un mail, moi, je n'envoyais même pas de mails. Voilà, pour vous dire. (Comité organisationnel SAD)</i>
4. Plan local	<i>Voilà, chacune m'a présenté son plan et on a essayé de s'en tenir. [...] J'ai dit : « Allez sur le SMAF^{MD} ». Alors maintenant, je dis non [à les impliquer sur d'autres projets]. On verra après le mois de novembre. Présentement, on ne peut pas, on est [seulement] sur l'évaluation SMAF^{MD}. (Comité organisationnel SAD)</i>	

6.3.4 Éléments d'impacts

Même si l'objectif de l'étude n'était pas de documenter l'impact sur les pratiques, il a été possible à la lumière des rencontres faites auprès des intervenants de faire ressortir quelques éléments d'impacts.

La majorité des établissements veulent conserver la pratique d'évaluation avec le SMAF^{MD} même si la décision du conseil général s'avère négative (3 EHPAD, 2 SAD). Dans un EHPAD, il est même question d'implanter la démarche SMAF^{MD} aux autres populations de l'établissement dont les personnes en réadaptation.

La démarche SMAF^{MD} vient questionner le fonctionnement des établissements, ce qui porte à croire que certaines modifications dans les pratiques vont devoir être apportées. À preuve, toutes les personnes recevant des services des milieux d'implantation ont été évaluées, ce qui n'était pas pratique courante. L'implantation du SMAF^{MD} a aussi permis aux intervenants d'instaurer plus systématiquement la pratique de réévaluation annuelle. Dans certains milieux, cette façon de faire n'était pas présente.

³ Seuls quelques extraits de verbatims ont été utilisés pour appuyer nos résultats dans le but d'assurer la confidentialité et de protéger l'identité des personnes ayant participé à l'étude.

Incontestablement, les intervenants ont dû apprendre à évaluer ce que la personne fait plutôt que ses incapacités, un changement de paradigme d'évaluation a donc été introduit. Les évaluateurs ont dû transmettre cette manière de penser aux autres intervenants consultés lors des évaluations mais aussi adapter par la suite les interventions pour favoriser l'autonomie des personnes.

Au plan personnel, les évaluateurs des services à domicile ont trouvé, dans la démarche scientifique d'évaluation avec le SMAF^{MD}, une manière de développer une crédibilité auprès des intervenants des autres milieux comme l'APA et les EHPAD.

6.3.5 Attentes des acteurs

Tous les utilisateurs du SMAF^{MD}, à l'exception des intervenants de la MDPH, ont exprimé le souhait de poursuivre avec le SMAF^{MD} pour l'évaluation des personnes desservies par leur établissement. Les comités cliniques souhaitent utiliser le SMAF^{MD} pour l'élaboration des plans d'aide. Dans les milieux qui desservent la population âgée, on veut conserver le SMAF^{MD} sans toutefois devoir continuer à compléter la grille AGGIR. Les milieux desservant la population handicapée demandent que le SMAF-Social soit rendu disponible dans le logiciel eSMAFII^{MD}-France.

Les questionnaires ont réitéré les attentes exprimées par les utilisateurs. Ils ont également recommandé de consolider l'implantation du SMAF^{MD} dans les 11 milieux d'implantation et exprimé leur intérêt vis-à-vis de l'utilisation des profils Iso-SMAF pour l'évaluation de la dotation en personnel ainsi que pour l'offre et l'organisation de services de leur établissement. Une recommandation a été émise pour que les mécanismes de financement soient revus de façon à encourager le soutien de l'autonomie.

Des représentants d'organismes financeurs, membres du comité stratégique, ont proposé d'étendre l'utilisation du SMAF^{MD} auprès des aidants et des personnes catégorisées en GIR 5 et 6 afin d'identifier les personnes à risque de perte d'autonomie. Des membres de ce comité ont également proposé que l'étude évaluative se poursuive afin d'identifier les changements instaurés dans les milieux et les pratiques suite à l'implantation du SMAF^{MD}.

Pour tous les acteurs interviewés, l'optimisation de la démarche d'évaluation SMAF^{MD} reposera sur un partage des évaluations entre les intervenants des différents établissements et organismes d'aide impliqués auprès d'une même personne et avec les médecins. On souhaite donc une mise en réseau du SMAF^{MD} à l'intérieur des établissements, mais aussi le développement de passerelles et la mise en réseau du logiciel eSMAFII^{MD}-France entre les établissements et les organismes.

7. DISCUSSION

Nous savons que l'implantation d'une pratique innovante est influencée par plusieurs facteurs de type stratégique, organisationnel et liés aux intervenants (Landry et al., 2007). Le Modèle logique adapté (Maue et al., 2004; Scheirer, 1981, 1994), proposé comme cadre conceptuel a su circonscrire les données tout en permettant une certaine latitude propre à notre implantation.

Dans l'ensemble, le SMAF^{MD} est bien reçu des acteurs qui ont traduit une perception positive de la démarche, une attitude préalable qui influence positivement l'intention d'adopter un nouveau comportement (Fishbein & Ajzen, 1975; Maue et al., 2004). L'avantage relatif du SMAF^{MD} est l'un des principaux éléments mentionnés. On apprécie la conception et la précision de l'outil qui en font un outil complet, facile à utiliser et utile au plan clinique. L'avantage perçu est un attribut essentiel à l'adoption d'une nouvelle pratique (Landry et al., 2007). Il constitue l'assise de la motivation avec, dans le cadre du projet discuté, l'attente de changements pour faire évoluer l'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie.

Les entrevues réalisées avec les acteurs nous ont permis d'identifier les facteurs stratégiques déterminants dans la mise en œuvre du SMAF^{MD} : un plan d'implantation et un échéancier précis, l'implication active des représentants institutionnels, des gestionnaires et des intervenants évaluateurs au sein des comités de coordination, la formation rigoureuse des évaluateurs à l'utilisation du SMAF^{MD} et du logiciel eSMAF^{MD}, un encadrement et un soutien continus, un système de communication efficace, la diffusion régulière de rapports faisant état de l'évolution du projet, l'état d'avancement, la formation et le soutien clinique et l'appui du Conseil général, de la CNSA et de la direction des établissements. Ces facteurs concordent avec les résultats d'études ayant examiné le processus d'adoption d'innovations ou de nouvelles pratiques dans le secteur sanitaire et médico-social (Desbiens & Dagenais, 2001; Landry et al., 2007; Scott et al., 2009). Au-delà des facteurs stratégiques, la mise en œuvre du SMAF^{MD} reposait aussi sur des facteurs organisationnels, spécifiques à chaque milieu. La priorisation du projet et la préparation d'un plan local d'implantation, la tenue de réunions d'équipe permettant d'impliquer le personnel dans l'évaluation SMAF^{MD} et l'aménagement de plages horaires réservées à l'évaluation ont grandement facilité la mise en œuvre dans les milieux qui les ont mis de l'avant.

Contrairement à ce que l'on retrouve habituellement lors de l'implantation de nouvelles pratiques, la résistance au changement (Cornillot, Blanchet, Flachenberg, Galand, & Ngoma Phuati, 2005) n'a pas été un obstacle, sauf pour un milieu. Ce constat a été fait à partir de nos observations et des propos consignés dans les comptes-rendus des rencontres des comités de coordination. La résistance au changement, observée dans l'équipe de la MDPH, s'est manifestée, dès le début de l'étude, par un engagement mitigé des intervenants dans la réalisation d'évaluations avec le SMAF^{MD}. Outre le fait que l'implantation du SMAF^{MD} s'est amorcée en même temps que celle du GEVA, quelques obstacles, bien décrits dans la littérature et confirmés par nos observations et les entretiens avec les intervenants, expliquent ce comportement (Carton, 2004). L'implantation d'un outil d'évaluation partagé avec les partenaires du secteur a pu amener certains intervenants à ressentir une perte de pouvoir (Cornillot et al., 2005). En étendant la responsabilité de l'évaluation des besoins des personnes à d'autres intervenants du secteur médico-social, tels les services à domicile et les établissements d'hébergement, l'équipe de la MDPH s'est vue privée d'une prérogative exclusive. Cet argument méritera d'être étudié éventuellement tout comme celui à l'effet que l'utilisation du SMAF^{MD} pourrait restreindre l'admissibilité des personnes à la PCH ou réduire la compensation accordée. Actuellement, cette compensation est établie selon le niveau de handicap de la personne et non sur ses capacités restantes.

Finalement, la réalisation du projet d'implantation du SMAF^{MD} a bénéficié de la rigueur imposée par la réalisation simultanée de l'étude évaluative qui, sans être une

recherche action, a favorisé la collaboration et les échanges entre les différents acteurs impliqués avant et pendant la réalisation du projet (Anonymous, 1990).

Le déploiement informatique est l'activité qui a occasionné le plus grand nombre de problèmes. D'une part, le fournisseur informatique n'a pu offrir le niveau de services attendu. D'autre part, les pilotes des comités cliniques avaient peu d'expérience dans l'utilisation de l'informatique ou étaient des gestionnaires n'ayant pas à utiliser le logiciel eSMAF^{MD} puisqu'ils ne réalisaient pas d'évaluations avec le SMAF^{MD}. Finalement, certains milieux ne disposaient pas d'un accès à Internet ou d'installations locales permettant un accès en tout temps. Les recommandations d'un comité d'experts des technologies de l'information du CESS et du CDRV qui a étudié, a posteriori, les problèmes rencontrés feront l'objet de recommandations qui seront considérées lors d'implantations futures. Elles concordent avec les conclusions d'études menées sur l'implantation de technologies similaires (Barki, Rivard, & Talbot, 1993; Lemay et al., 2002)

8. RECOMMANDATIONS

Il nous est apparu pertinent de dégager quelques recommandations émanant des constats faits par les acteurs du projet, étayées de nos observations sur le terrain. Le tableau 13 fait état de ces recommandations.

Tableau 13 : Recommandations pour une future implantation du SMAF^{MD} dans le secteur médico-social

Facteurs stratégiques
<ul style="list-style-type: none">• S'assurer de l'engagement et de l'adhésion préalables des institutionnels et des décideurs.• Impliquer des acteurs de trois niveaux en les regroupant en trois comités de nature différente et complémentaire :<ul style="list-style-type: none">- Stratégique;- Organisationnel;- Clinique.• Mettre en place des mécanismes de coordination et de communication internes et entre les partenaires :<ul style="list-style-type: none">- Portail sécurisé Web;- Contacts téléphoniques.• Informer les gestionnaires et les équipes cliniques sur les étapes à rencontrer et sur les exigences d'une implantation du SMAF^{MD}.• Offrir et organiser la formation selon le modèle suivant.<ul style="list-style-type: none">> <i>Pour les intervenants évaluateurs :</i><ul style="list-style-type: none">- Trois jours de formation initiale sur l'ensemble des composantes de la démarche SMAF^{MD} répartis à raison d'une journée/semaine pendant trois semaines consécutives et offerts au maximum un mois et demi avant le début de la fenêtre d'évaluation;

- Une journée d'intégration des connaissances trois semaines après la formation initiale, après les premières évaluations d'utilisateurs dans le milieu;
 - Une journée d'assistance du formateur dans le milieu;
 - Une journée annuelle d'actualisation portant sur la qualité des évaluations et l'approfondissement de la démarche d'évaluation.
- > *Gestionnaires* : formation de base sur la démarche SMAF^{MD} et sur l'utilisation clinique et administrative des profils Iso-SMAF.
- > *Équipes et autres personnels* : notions de base sur le SMAF^{MD}.
- > *Référents cliniques et référents du logiciel eSMAF^{MD}* : formation exhaustive sur la démarche d'évaluation eSMAF^{MD} et/ou sur les fonctions du logiciel, selon le cas.
- Identification d'un référent clinique responsable du contrôle de la qualité des évaluations SMAF^{MD}. Selon ses compétences, ce référent pourrait aussi assumer le rôle de référent pour le logiciel eSMAF^{MD}.
 - Assurer un déploiement informatique complet :
- > *Après des gestionnaires*
- Intervention de type service-conseil de la part du distributeur du logiciel pour travailler la compréhension de l'utilisation du logiciel dans les plans stratégiques de l'organisation;
 - Identification des ressources informatiques en place ou à prévoir. En établissement, privilégier une installation en réseau afin de faciliter le travail des intervenants et l'ajout d'un ordinateur portable pour les réunions d'équipes. Pour les intervenants à domicile, prévoir un ordinateur portable par intervenant.
- > *Après des utilisateurs du logiciel*
- Identification d'un référent pour le logiciel eSMAF^{MD}; responsable de la gestion du logiciel;
 - Identification des utilisateurs et détermination de leurs besoins en formation de base pour l'utilisation de l'informatique;
 - Accès à un ordinateur dès le début de la formation;
 - Arrimage de l'échéancier des formations avec celui de l'installation du logiciel;
 - Prise en compte de l'approche pédagogique et maximisation de l'utilisation des diverses stratégies (guide d'utilisation papier, en ligne; tutoriels en ligne; forum électronique, soutien téléphonique, coaching, etc.);
 - Identification de la chaîne de communication entre l'établissement et le CESS (qui contacte qui et comment?);
 - Soutien intensif au référent pendant une phase d'implantation de deux mois, suivi d'une période de suivi ponctuel pendant deux mois puis soutien sur demande par la suite.
- > *Après des ressources informatiques du milieu*
- Identification des pré-requis informatiques en terme de fonctionnement du logiciel, de sécurité et d'intégrité des données;
 - Identification de la place du logiciel parmi les autres systèmes de l'établissement;

- Identification des ressources informatiques de première ligne pour l'établissement (interne ou externe) et de leur place dans la chaîne de communication (soutien, mises à jour, etc.);
- Soutien pour l'adoption de bonnes pratiques en matière de gestion de l'information, notamment avec la création d'un compte eSMAF^{MD} par utilisateur.
- Assurer un soutien clinique et informatique accessible et réactif :
 - Planifier un suivi régulier des problèmes et irritants rencontrés;
 - Ajuster les procédures en continu en fonction des besoins des utilisateurs.
- Planifier un encadrement étroit et un suivi régulier de l'évolution de la mise en œuvre.
- Rechercher des solutions pour limiter les duplications d'évaluations :
 - Développer une passerelle informatique entre le SMAF^{MD} et la grille AGGIR pour calculer le GIR (disponible en oct. 2010);
 - Étudier la possibilité d'intégrer le SMAF^{MD} dans le volet 6 de GEVA;
 - Intégrer le SMAF-Social au logiciel eSMAFII^{MD}-France.

Facteurs organisationnels

- Établir un plan d'action local en sus du plan d'implantation global :
 - Former un nombre suffisant d'évaluateurs en fonction du nombre d'utilisateurs à évaluer;
 - Prévoir du temps en surplus pour réaliser les évaluations la première fois;
 - Prévoir du temps pour la consultation des membres de l'équipe et/ou pour des rencontres entre ceux-ci;
 - Prévoir des rencontres entre les évaluateurs.
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité de l'équipement informatique en tout temps pour les évaluateurs.
- Choisir le référent clinique du SMAF^{MD} en fonction des critères suivants :
 - Formation professionnelle
 - Reconnu par ses pairs
 - Qualités de leader
 - Formé au SMAF^{MD}
 - Intervenant sur le terrain
 - Connaissances de base en informatique
- Favoriser l'utilisation des TAI :
 - Rendre le TAI disponible pour consultation dans l'environnement direct ou indirect de l'utilisateur afin de faciliter son utilisation quotidienne par tous les membres de l'équipe;
 - Assurer un transfert de connaissances des évaluateurs SMAF^{MD} à tous les membres de l'équipe quant à l'utilité du TAI dans la mise en place d'interventions concertées et orientées vers le soutien à l'autonomie;
 - Tenir des rencontres d'équipe ou minimalement, une consultation des membres de l'équipe par l'intervenant évaluateur pour recueillir toutes les informations requises dans le cadre de l'évaluation SMAF^{MD} et la complétion du TAI.

L'adhésion des acteurs du projet à l'utilisation du SMAF^{MD} et les attentes exprimées confirment leur volonté de poursuivre la démarche amorcée. Les recommandations consignées dans le tableau 13 énoncent les mesures à confirmer afin de ne pas compromettre tous les efforts investis.

Pérennité de l'utilisation du SMAF ^{MD} dans les milieux
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la formation de nouveaux évaluateurs SMAF^{MD}. • Maintenir un soutien clinique et technique auprès des utilisateurs du SMAF^{MD} et du logiciel eSMAFII^{MD}-France. • Déployer les profils Iso-SMAF comme outil de gestion. • Procéder à la mise en réseau du logiciel eSMAFII^{MD}-France à l'intérieur des établissements. • Soutenir les utilisateurs et les gestionnaires dans l'utilisation des données. • Adapter le financement à une approche de soutien de l'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser un indicateur de soutien à l'autonomie basé sur l'évolution de l'autonomie globale des usagers (en cours de développement) servant à apprécier les efforts de réadaptation ou de soutien à l'autonomie d'un service ou d'un établissement. • Considérer une généralisation à l'ensemble du secteur médico-social du département : <ul style="list-style-type: none"> - Étendre l'implantation du SMAF^{MD} dans l'ensemble du département; - Permettre le partage des évaluations SMAF^{MD} par la mise en réseau des systèmes informatiques des établissements; - Prévoir des mécanismes de suivi de l'évolution des populations et des besoins.

9. PERSPECTIVES

L'implantation d'une démarche comme celle de l'évaluation avec le SMAF^{MD} amène à considérer quelques perspectives pour le futur, et ce, à deux niveaux, soit pour le département de la Dordogne et pour le CESS.

La réalisation de ce projet ouvre des voies de développement pour l'ensemble du département de la Dordogne. Dans un premier temps, un déploiement à l'ensemble du département pourrait être envisagé, ce qui permettrait l'intégration de la démarche auprès des populations de personnes âgées et de personnes handicapées. Dans un deuxième temps, il serait possible de procéder à l'utilisation des profils Iso-SMAF à des fins cliniques et de gestion mais également de travailler à développer des passerelles qui ouvriraient vers le partage d'informations entre les milieux. Finalement, l'intégration de la démarche pourrait amener à effectuer une évaluation à long terme de l'impact d'une telle démarche sur les pratiques, les populations et le financement.

À la suite de ce projet, plusieurs besoins ont émergé et donné lieu à des travaux pour développer des réponses adaptées au milieu français. Le SMAF-Social, un volet d'évaluation sur le fonctionnement social, sera intégré dans la prochaine version du

logiciel. Le SMAF-Social a été élaboré selon le même cadre et la même cotation que le SMAF^{MD} et comporte six items (Eugénie Pinsonnault et al., 2003; Eugénie Pinsonnault, Dubuc, Desrosiers, Delli-Colli, & Hebert, 2009). Par ailleurs, les équipes du CDRV et du CESS ont développé une passerelle qui permettra de reproduire la grille AGGIR à partir de l'évaluation SMAF^{MD} et de calculer le GIR. Cette fonctionnalité permettra, outre l'élimination d'une double évaluation, l'accès en temps réel au GIR. Le logiciel Web SMAF^{MD} sera disponible en octobre 2010. Des travaux se poursuivent pour développer un indice de soutien à l'autonomie qui puisse rendre compte annuellement de l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle des clientèles desservies au cours de l'année et qui sont toujours présentes à la fin de la période considérée. Cet indice permettra de compenser l'effet pervers d'une amélioration de l'autonomie d'une personne sur la perte de financement pour l'établissement qui l'accueille.

9. RÉFÉRENCES

- Anonymous. (1990). Action research : Harnessing the power of participation. *Training*, 27(1), 85-87.
- Barki, H., Rivard, S., & Talbot, J. (1993). Toward an Assessment of Software Development Risk. *Journal of Management Information Systems*, 10(2), 203-225.
- Blanc, P. (2007). *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* (No. 359) : Sénat de la République française.
- Boissy, P., Brière, S., Tousignant, M., & Rousseau, É. (2007). The eSMAF^{MD}: a software for the assessment and follow-up of functional autonomy in geriatrics. *BMC Geriatrics*, 7(2), 1-4.
- Carton, G. D. (2004). *Éloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel*. Paris : Village mondial.
- CNSA. (2010). *Dossier technique. Rapport sur l'appropriation du GEVA. Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*. Paris (France).
- Colvez, A. (2003). *Rapport du comité scientifique pour l'évaluation de l'autonomie*. Paris (France) : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.
- Cornillot, P., Blanchet, K., Flachenberg, F., Galand, B., & Ngoma Phuati, A. (2005). *Guide des bonnes pratiques pour conduire la pérennisation d'une innovation en santé* : Groupe Pérennité.
- Desbiens, F., & Dagenais, C. (2001). *De l'innovation au changement. Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Dubuc, N., Delli-Colli, N., Bonin, L., & Tousignant, M. (2007). Les profils Iso-SMAF : un système pour soutenir les réseaux de services intégrés. In G. Morin (Ed.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 245-261). Montréal (Québec).
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., & Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(2), 191-206.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading (MA): Addison-Wesley.
- Gagnon, Y. C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche. Guide de réalisation*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval.
- Gervais, P., Hébert, R., & Tousignant, M. (2010). Méthodologie de l'étude d'évaluation de l'implantation du Système de Mesure de l'Autonomie fonctionnelle (SMAF^{MD}) dans le secteur médico-social français : l'étude PISE-Dordogne. [Article original]. *La Revue de Gériatrie*, 35(4), 235-244.

- Gervais, P., Tousignant, M., Hébert, R., & Connangle, S. (2009). Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : comparaison des profils Iso-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR. *Revue Management et Avenir*(26), 205-218.
- Hawes, C., Fries, B. E., James, M. L., & Guihan, M. (2007). Prospects and Pitfalls: Use of the RAI-HC Assessment by the Department of Veterans Affairs for Home Care Clients. *The Gerontologist*, 47(3), 378-387.
- Hubermann, A. M., & Miles, M. B. (2003). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. De Boeck-Université.
- Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Halilem, N., Jbilou, J., Elaine Mosconi, E., et al. (2007). *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale. Rapport de la revue systématique des écrits*. Québec.
- Lemay, A., Sicotte, C., Denis, J.-L., Croteau, M.-J., Ouadahi, Y., Saindon, D., et al. (2002). *Évaluation de l'implantation d'une technologie de l'information et de la communication dans un réseau de soins du Québec*. Ottawa (Canada).
- Maue, S. K., Segal, R., Kimberlin, C. L., & Lipowski, E. E. (2004). Predicting Physician Guideline Compliance: An Assessment of Motivators and Perceived Barriers. *The American Journal of Managed Care*, 10(6), 383-391.
- McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (1998). *Logic Models: A Tool for Telling Your Program's Performance Story*. Washington D.C.
- Miles, M. B., & Huberman, M. (2003). *Analyse de données qualitatives*. Bruxelles (Belgique) : de Boeck.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA, USA : Sage Publications.
- Pinsonnault, E., Desrosiers, J., Dubuc, N., Kalfat, H., Colvez, A., & Delli-Colli, N. (2003). Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37, 223-233.
- Pinsonnault, E., Dubuc, N., Desrosiers, J., Delli-Colli, N., & Hébert, R. (2009). Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), 40-44.
- Scheirer, M. A. (1981). *Program implementation: The organizational context* (Vol. 5). Beverly Hills (USA): Sage Publications.
- Scheirer, M. A. (1994). Designing and Using Process Evaluation. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp. 40-68). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Scott, S. D., Osmond, M. H., O'Leary, K. A., Graham, I. D. G., Grimshaw, J., & Klassen, T. (2009). Barriers and supports to implementation of MDI/spacer use in nine Canadian pediatric emergency departments: a qualitative study. [Research article]. *Implementation Science*, 4(65).
- W.H.O. (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*. Geneva: World Health Organization.
- Yin, R., K. (Ed.). (2003). *Case study research: Design and methods. Applied Social Research Methods Series, 3rd edition*. (Vol. 5). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Annexe 1 : Liste des milieux d'implantation

EHPAD de l'Hôpital de Bergerac

9 Avenue Pr. Calmette
24108 BERGERAC
Tél. : 05.53.63.89.38
Directeur : Monsieur Christian
DELAQUERIE

EHPAD Saint-Joseph

19 Avenue du Périgord
33220 PORT STE FOY
Tél. : 05.53.24.70.87
Directrice : Madame Karima DURAND

EHPAD de Lalinde

24150 LALINDE
Tél. : 05.53.61.02.83
Directrice : Madame Sylvie MALLET-
MARÉCHAL

Foyer d'hébergement La Brunetière

Rue de la Brunetière
24100 BERGERAC
Tél. : 05.53.61.59.00
Président : Dr Jacques DELPRAT

Foyer pour sourds et aveugles La Peyrouse

24510 SAINT FELIX DE VILLADEIX
Tél. : 05.53.24.97.43
Directrice : Madame Natalie MARTEL

Foyer d'accueil médicalisé Bourg d'Abren

24130 SAINT PIERRE D'EYRAUD
Tél. : 05.53.58.01.03
Directeur : Monsieur Christian GALTIER

Équipe APA de la DDSP

Cité Administrative
24016 PERIGUEUX
Tél. : 05 53 02 66 70
Directrice : Madame Sophie l'HÔTE

MDPH

Cité Administrative
24016 PERIGUEUX
Tél. : 05.53.03.33.60
Directrice : Madame Hélène LEFAURE
DIEUAIDE

ADPA

15 Boulevard Jean Moulin BP 215
24102 BERGERAC Cedex
Tél. : 05.53.57.04.55
Président : Monsieur Jean-Pierre
LÉVÊQUE

AARD/Auxiliaire 24

Place Maurice Loupias
24100 BERGERAC
Tél. : 05.53.57.79.83
Président : Monsieur Michel ANTOINE

CIAS de la Force

12 Rue Jean Miquel
24130 LA FORCE
Tél. : 05.53.24.09.49
Président : Monsieur Jacques
MALMOUSTIER

Annexe 2 : Grille d'analyse des rencontres (complétée par le chargé de mission du Conseil général)

PISE - DORDOGNE **Compte rendu des rencontres** **COMITÉ STRATÉGIQUE**



Programme d'implantation
du **SMAF** en Europe
Dordogne



Centre de recherche
sur le vieillissement

À compléter par le Chargé de projet, M. Yves MARÉCAUX

Veillez répondre à chacune des questions ci-dessous en fonction des points discutés lors de la rencontre.
Référez-vous à l'enregistrement audionumérique au besoin.

Transmettre à Julie LAMONTAGNE, agente de recherche
Courriel : Julie.Lamontagne@usherbrooke.ca

1. Informations générales

Ordre du jour de la rencontre (à annexer au compte rendu)

Date de la rencontre

Rencontre animée par

2. Personnes présentes et leur affiliation

Affiliations	Noms	Présents	Motifs de l'absence
Conseil général de la Dordogne		<input type="checkbox"/>	
CNSA		<input type="checkbox"/>	
DDASS		<input type="checkbox"/>	
CRAM Aquitaine		<input type="checkbox"/>	
CPAM Dordogne		<input type="checkbox"/>	
MSA Dordogne		<input type="checkbox"/>	
Expert externe INSERM de Montpellier		<input type="checkbox"/>	
EHPAD La Madeleine		<input type="checkbox"/>	
CESS-CDRV		<input type="checkbox"/>	
Autres: Nom, affiliation			

3. Aspects limitants et facilitateurs

Le recueil d'informations consignées dans ce formulaire ont pour objet de mettre en lumière les facteurs facilitateurs et limitants l'implantation de la démarche SMAF en DORDOGNE. Vous aurez à faire ressortir des propos tenus lors de la réunion concernant les obstacles rencontrés, les perceptions des différents membres du comité, les suggestions ou propositions et les critiques positives comme celles négatives.

Observation 1

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 2

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 3 (Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)	
Obstacle rencontré Perception d'un ou des membre(s) Suggestion ou proposition Critique formulée	
Description	
Évoqué par qui?	
Quelles sont les réactions du comité?	
Quels sont les impacts sur le projet?	

Observation 4 (Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)	
Obstacle rencontré Perception d'un ou des membre(s) Suggestion ou proposition Critique formulée	
Description	
Évoqué par qui?	
Quelles sont les réactions du comité?	
Quels sont les impacts sur le projet?	

Observation 5

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 6

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 7 (Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)	
Obstacle rencontré Perception d'un ou des membre(s) Suggestion ou proposition Critique formulée	
Description	
Évoqué par qui?	
Quelles sont les réactions du comité?	
Quels sont les impacts sur le projet?	

Notez bien: S'il y a plus de sept (7) aspects limitants ou facilitants soulevés lors de la rencontre, annexe un autre formulaire et remplissez seulement la section 3.

4. RELATIONS ENTRE LES INSTANCES OU LES ACTEURS
De quelle manière l'information et les idées sont transmises au comité stratégique? Qui est en contact avec qui?

5. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Vous pouvez maintenant transmettre le formulaire à Julie LAMONTAGNE
julie.lamontagne@usherbrooke.ca

PISE - DORDOGNE

Compte rendu des rencontres

COMITÉ ORGANISATIONNEL



Programme d'implantation
du **SMAF** en Europe
Dordogne



Centre de recherche
sur le vieillissement

À compléter par le Chargé de projet, M. Yves MARÉCAUX

Veuillez répondre à chacune des questions ci-dessous en fonction des points
discutés lors de la rencontre.

Référez-vous à l'enregistrement audionumérique au besoin.

Transmettre à Julie LAMONTAGNE, agente de recherche

Courriel : Julie.Lamontagne@usherbrooke.ca

1. Informations générales

Ordre du jour de la rencontre (à annexer au compte rendu)

Date de la rencontre

Rencontre animée par

2. Personnes présentes et leur affiliation

Noms	Présents	Affiliations	Motifs de l'absence
ANTOINE, Michel, président	<input type="checkbox"/>	AARD	
GÉRON, Chrystelle Directrice	<input type="checkbox"/>		
ARDILLIER, Patrick, directeur	<input type="checkbox"/>	Foyer La Brunetière	
POULON, Patrick, chef de service	<input type="checkbox"/>		
BAUDELIN, Jean-François, chef de service Pôle PA	<input type="checkbox"/>	Équipe APA	
BENZONI, Linda, Secrétaire	<input type="checkbox"/>		
LEFAURE-DIEUAIDE, Hélène, Directrice	<input type="checkbox"/>	Équipe MDPH	
MALMOUSTIER, Jacques Président	<input type="checkbox"/>	CIAS La Force	
MOQUAY, Florence Directrice	<input type="checkbox"/>		
LÉVÊQUE, Jean-Pierre, Président	<input type="checkbox"/>	ADPA	
MALLET-MARECHAL, Sylvie, Directrice	<input type="checkbox"/>	EHPAD La Gratusse	
MARTEL, Nathalie, directrice	<input type="checkbox"/>	Foyer La Peyrouse	
LEPRINCE, Isabelle, assistante de direction	<input type="checkbox"/>		
Durand, Karima Directrice	<input type="checkbox"/>	EHPAD St-Joseph	
DELAVALQUERIE, Christian, Directeur	<input type="checkbox"/>	EHPAD Hôpital de Bergerac	
GOUNEAU, Michel, Cadre administratif	<input type="checkbox"/>		
PRÉAU, Claude Cadre de santé	<input type="checkbox"/>		
GALTIER, Christian Directeur	<input type="checkbox"/>	FAM Bourg d'Abren	
MARTIN, Karine, directrice services médicaux	<input type="checkbox"/>		
Marécaux, Yves Chargé de projet	<input type="checkbox"/>	Conseil général Dordogne	
LAFFON, Mme	<input type="checkbox"/>	SSIAD de Bergerac	
DARRACQ, Jean-Pierre	<input type="checkbox"/>	CLIC de Bergerac	
GERVAIS, Pauline, Directrice du projet	<input type="checkbox"/>	CESS-CDRV	
Autres personnes présentes			

3. Aspects limitants et facilitateurs

Le recueil d'informations consignées dans ce formulaire ont pour objet de mettre en lumière les facteurs facilitateurs et limitants l'implantation de la démarche SMAF en DORDOGNE. Vous aurez à faire ressortir des propos tenus lors de la réunion concernant les obstacles rencontrés, les perceptions des différents membres du comité, les suggestions ou propositions et les critiques positives comme celles négatives.

Observation 1 (Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)	
Obstacle rencontré Perception d'un ou des membre(s) Suggestion ou proposition Critique formulée	
Description	
Évoqué par qui?	
Quelles sont les réactions du comité?	
Quels sont les impacts sur le projet?	

Observation 2

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 3

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quels sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 4

(cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 5

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Quel est-il?

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 6

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Observation 7

(Cochez un item décrivant le mieux cet aspect. Utilisez la barre déroulante à droite de la boîte pour avoir accès à tous les choix)

Obstacle rencontré

Perception d'un ou des membre(s)

Suggestion ou proposition

Critique formulée

Description

Évoqué par qui?

Quelles sont les réactions du comité?

Quels sont les impacts sur le projet?

Notez bien: S'il y a plus de sept (7) aspects limitant ou facilitant soulevés lors de la rencontre, annexe un autre formulaire et remplissez seulement la section 3.

4. RELATIONS ENTRE LES STRUCTURES OU LES ACTEURS

De quelle manière l'information et les idées sont transmises au comité organisationnel?
Qui est en contact avec qui?

5. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Vous pouvez maintenant transmettre le formulaire à Julie LAMONTAGNE
julie.lamontagne@usherbrooke.ca

Annexe 3 : Journal de bord hebdomadaire (complété par le pilote de chaque comité clinique)



Programme d'implantation
du SMAF en Europe
Dordogne

PROJET SMAF-DORDOGNE Journal de bord hebdomadaire COMITÉ CLINIQUE



Centre de recherche
sur le vieillissement

**À compléter par le PILOTE du comité clinique ou son(sa) remplaçant(e).
Le vendredi matin de chaque semaine.**

**Veuillez répondre aux questions ci-dessous pour CHAQUE obstacle rencontré au
cours de la semaine concernant l'implantation du SMAF ou lors
de problèmes informatiques.**

**Vous avez de l'espace pour faire état de 3 obstacles.
Si vous en avez rencontré davantage, complétez 2 formulaires.**

**Transmettre à Julie LAMONTAGNE, agente de recherche
sur l'espace collaboratif
<http://svqp1.med.usherbrooke.ca/pise>**

Informations générales

Semaine du lundi le	<input type="text"/>
Nom de la structure ou de l'équipe	<input type="text"/>
Complété par	<input type="text"/>

INFORMATIONS IMPORTANTES

**Les trois pages suivantes sont identiques car elles demandent de rapporter les
problèmes rencontrés lors de la dernière semaine.
Par ailleurs, à la page cinq n'oubliez pas de répondre à la question 8.**

Page suivante

Dernière page

Obstacle #1

1- Choisissez le type de problème ou difficulté rencontré (cliquez sur la flèche de droite car vous avez des choix de A à H)

- A) Système informatique ou utilisation du eSMAF
- B) Évaluation des personnes avec le SMAF
- C) Relations interpersonnelles
- D) Problème organisationnel

Autre: Spécifiez

2- Description du problème rencontré

(Exemples : impossibilité d'évaluer monsieur x avec le SMAF car...; manque de temps pour entrer les données car...; retard dans l'échéancier parce que...; problème informatique dû à...; etc.)

3- Qui a été consulté pour résoudre le problème?

4- Quelle solution a été apportée pour résoudre le problème?

5- Cette solution est-elle satisfaisante?

<input type="checkbox"/> Oui	Pourquoi?	
<input type="checkbox"/> Non		

6- Vous êtes-vous senti(e) soutenu(e) par l'aide que vous avez reçue?

<input type="checkbox"/> Oui	Pourquoi?	
<input type="checkbox"/> Non		

7- Que pourriez-vous proposer pour que ce problème ne se reproduise pas?

Page précédente

Page suivante

Dernière page

Obstacle #2

1- Choisissez le type de problème ou difficulté rencontré (cliquez sur la flèche de droite car vous avez des choix de A à H)

- A) Système informatique ou utilisation du eSMAF
- B) Évaluation des personnes avec le SMAF
- C) Relations interpersonnelles
- D) Problème organisationnel

Autre: Spécifiez

2- Description du problème rencontré

(Exemples : impossibilité d'évaluer monsieur x avec le SMAF car...; manque de temps pour entrer les données car...; retard dans l'échéancier parce que...; problème informatique dû à...; etc.)

3- Qui a été consulté pour résoudre le problème?

4- Quelle solution a été apportée pour résoudre le problème?

5- Cette solution est-elle satisfaisante?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pourquoi?

6- Vous êtes-vous senti(e) soutenu(e) par l'aide que vous avez reçue?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pourquoi?

7- Que pourriez-vous proposer pour que ce problème ne se reproduise pas?

Première page

Page précédente

Page suivante

Dernière page

Obstacle #3

1- Choisissez le type de problème ou difficulté rencontré (cliquez sur la flèche de droite car vous avez des choix de A à H)

- A) Système informatique ou utilisation du eSMAF
- B) Évaluation des personnes avec le SMAF
- C) Relations interpersonnelles
- D) Problème organisationnel

Autre: Spécifiez

2- Description du problème rencontré

(Exemples : impossibilité d'évaluer monsieur x avec le SMAF car...; manque de temps pour entrer les données car...; retard dans l'échéancier parce que...; problème informatique dû à...; etc.)

3- Qui a été consulté pour résoudre le problème?

4- Quelle solution a été apportée pour résoudre le problème?

5- Cette solution est-elle satisfaisante?

☐

Oui

☐

Non

Pourquoi?

6- Vous êtes-vous senti(e) soutenu(e) par l'aide que vous avez reçue?

☐

Oui

☐

Non

Pourquoi?

7- Que pourriez-vous proposer pour que ce problème ne se reproduise pas?

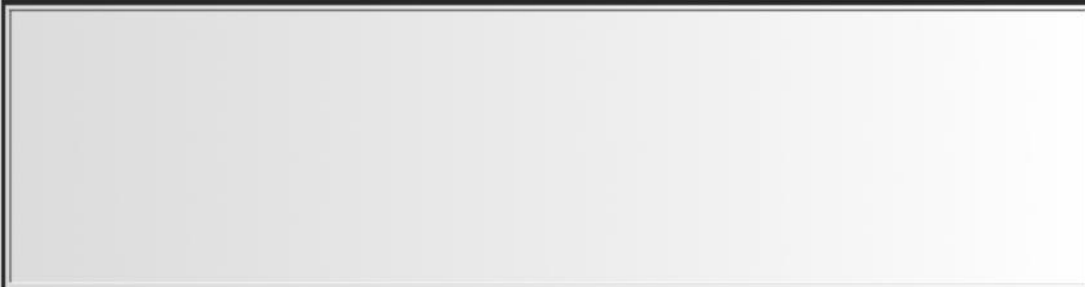
Première page

Page précédente

Page suivante

Dernière page

8- Y a t-il d'autres informations pertinentes concernant l'implantation du SMAF dans votre structure ou équipe cette semaine qui devraient être rapportées.



Vous pouvez maintenant déposer le formulaire sur l'espace collaboratif dans la salle de votre comité clinique.

Merci!

Première page

Page précédente

Annexe 4 : Grilles d'entrevues de groupe et entrevues individuelles

Questions pour les Focus group post formation

Bonjour et bienvenus à tous. Merci d'avoir accepté notre invitation à participer à ce groupe de discussion. Mon nom est ... du Centre de recherche sur le vieillissement et je vous présente ... qui est la directrice scientifique – du projet SMAF^{MD}/France et qui m'assistera dans le déroulement de la rencontre. Nous avons été mandatées par ... pour évaluer l'implantation du SMAF^{MD}, du eSMAF^{MD} et des profils Iso-SMAF dans la région de la DORDOGNE. Vous êtes 9 structures et 2 équipes d'évaluation qui seront rencontrées en groupe de discussion. Nous voulons par ces rencontres recueillir votre opinion et expérience jusqu'à maintenant concernant l'implantation du SMAF^{MD}.

Vous avez été invité à participer à ce groupe car vous avez été identifiés comme des personnes étant impliquées à différents niveaux dans ce processus. C'est donc à titre d'expert que nous demandons votre avis. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous enregistrons la discussion sur support audionumérique pour ne perdre aucune information ou commentaire. Aucun nom ne sera inscrit dans nos rapports. Ainsi tout restera confidentiel.

Je vous demanderais de bien vouloir écrire votre nom sur le carton devant vous, cela m'aidera à retenir vos noms. La durée prévue pour cette rencontre est de 1 heure. Mon rôle est de poser les questions, d'écouter et de m'assurer que tous ont la possibilité de partager leur point de vue.

Est-ce que vous avez des questions? Commençons par une première question....

- 1. Dites-nous qui vous êtes, quelle est votre profession et depuis combien de temps vous travaillez dans cet établissement.**
- 2. Dans le passé, avez-vous été confronté à l'implantation d'une pratique ou d'un autre outil d'évaluation? Comment ça c'est passé? Comment cette expérience pourrait vous influencer dans le processus d'implantation du SMAF^{MD}?**
- 3. Comment percevez-vous le processus d'implantation du SMAF^{MD}?**
- 4. Quels sont les mécanismes mis en place dans votre milieu de travail pour faciliter l'utilisation du SMAF^{MD} et du eSMAF^{MD}?**
- 5. Quelles sont les avantages et les lacunes que vous percevez lorsque vous utilisez :**
 - la grille AGGIR (personnes âgées)?
 - le référentiel (personnes handicapées)?
- 6. Quels avantages entrevoyez-vous à l'utilisation du SMAF^{MD}, du eSMAF^{MD} et des profils Iso-SMAF?**
 - Quelles sont les sections du SMAF^{MD} qui vous semblent les plus pertinentes ou utiles?
 - Pensez-vous que le logiciel eSMAF^{MD} sera utile?
 - Quelles utilités pourraient avoir les profils Iso-SMAF dans votre travail?

- 7. Quels sont les inconvénients que vous entrevoyez à l'utilisation du SMAF^{MD}, du eSMAF^{MD} et des profils Iso-SMAF?**
 - Quelles sont les sections du SMAF^{MD} qui vous semblent les moins pertinentes ou utiles?
 - Qu'est-ce qui pourrait poser des difficultés dans l'utilisation du logiciel eSMAF^{MD}?
- 8. Qu'est-ce qui est le plus intéressant pour vous dans l'utilisation du SMAF^{MD}?**
 - Quelles difficultés vous attendez-vous à rencontrer?
- 9. Est-ce que le soutien offert jusqu'à maintenant par l'équipe de recherche vous convient? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré?**
- 10. Croyez-vous que certains de vos collègues sont réticents à l'idée d'utiliser le SMAF^{MD} dans leur pratique?**
- 11. Quels changements anticipez-vous avec l'implantation du SMAF^{MD}?**
 - Pensez-vous que le SMAF^{MD} changera la conceptualisation de la perte d'autonomie?
- 12. Selon vous, où va mener ce projet?**
- 13. Finalement, l'implantation du SMAF^{MD} est-elle souhaitable dans votre milieu de travail?**

Questions

Groupe de discussion post implantation

Bonjour et bienvenue à tous. Merci d'avoir accepté notre invitation à participer à ce groupe de discussion. Nous voulons par cette rencontre recueillir votre opinion et expérience concernant l'implantation du SMAF^{MD} au cours des derniers mois.

QUESTIONS

Sur la démarche d'implantation

- 1.1 Comment avez-vous vécu le déroulement de l'implantation de l'évaluation avec le SMAF^{MD}?
- 1.2 Qu'est-ce qui a été le plus difficile dans la démarche d'implantation?
- 1.3 Qu'est-ce qui a été le plus aidant dans la démarche d'implantation?
- 1.4 Qu'est-ce qui pourrait être amélioré pour les implantations futures?
 - 1.4.1 Au niveau du processus en tant que tel?
 - 1.4.2 Au niveau du suivi de l'équipe d'implantation?

Sur l'évaluation avec le SMAF^{MD}

- 2.1 De votre point de vue, quels avantages le SMAF^{MD} présente-t-il pour votre milieu?
 - a) pour le personnel?
 - b) pour l'usager ou le résident?
- 2.2 Quelles lacunes le SMAF^{MD} présente-t-il pour votre milieu?
 - a) pour le personnel?
 - b) pour l'usager ou le résident?
- 2.3 Quelles influences positives ou négatives l'évaluation avec le SMAF^{MD} a-t-il eu sur vos pratiques?
- 2.4 Parlez-moi de votre expérience avec l'utilisation du logiciel eSMAF^{MD}.
- 2.5 Quelles appréciations faites-vous de l'espace collaboratif PISE?
 - 2.5.1 Quelle utilité a-t-il eu pour vous?
 - 2.5.2 Qu'est-ce qui pourrait être amélioré sur l'espace collaboratif PISE?

Sur l'avenir du projet

- 3.1 L'utilisation du SMAF^{MD} est-elle souhaitable dans votre milieu de travail? Pour quelles raisons?
- 3.2 Si un milieu semblable au vôtre voulait implanter le SMAF^{MD}, quelles seraient les erreurs à éviter?
- 3.3 Quelle suite devrait être donnée au projet?

Entrevue individuelle

Membres du comité stratégique

Merci d'avoir accepté notre invitation à participer à cette entrevue. Comme vous le savez, nous avons été mandatés par le Conseil général de la Dordogne et la CNSA pour évaluer l'implantation du SMAF^{MD} en Dordogne. Nous voulons, dans cette entrevue, recueillir votre opinion jusqu'à maintenant concernant l'implantation du SMAF^{MD}.

Vous avez été invité à participer à cette entrevue à titre de membre du comité stratégique du projet. C'est donc à titre d'observateur et d'expert que nous vous demandons votre avis. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

QUESTIONS

Sur la démarche d'implantation

- 1.1 Quelle est votre perception du déroulement de la démarche d'implantation du SMAF^{MD} depuis la dernière année?
- 1.2 Selon vous, quelles sont les forces et les faiblesses du projet à ce jour?
- 1.3 Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients de la démarche évaluative telle qu'elle est réalisée?
- 1.4 Selon vous, quels rôles a joué le comité stratégique sur l'ensemble de la démarche d'implantation?

Sur l'évaluation avec le SMAF^{MD}

- 2.1 Quels avantages voyez-vous à l'utilisation du SMAF^{MD} dans le secteur médicosocial?
- 2.2 Selon vous, quels changements peuvent être anticipés si le SMAF^{MD} continue d'être utilisé dans les milieux où il a été implanté?
- 2.3 Selon vous, quel intérêt le SMAF^{MD} présente-t-il dans les processus réglementaires actuels d'évaluation et de financement en France?

Sur l'avenir du projet

- 3.1 Selon vous, quels enjeux se dessinent face à l'utilisation du SMAF^{MD} en Dordogne? Et l'utilisation du SMAF^{MD} en France?
- 3.2 Quelles retombées anticipez-vous dans le secteur médicosocial – personnes âgées – personnes handicapées – suite au projet d'implantation?
- 3.3 À partir des résultats connus à ce jour, quelle suite devrait être donnée au projet?

Questions d'entrevue

Membres du comité organisationnel

Merci d'avoir accepté notre invitation à participer à cette entrevue. Comme vous le savez, nous avons été mandatés par le Conseil général de la Dordogne et la CNSA pour évaluer l'implantation du SMAF^{MD} en Dordogne. Nous voulons, dans cette entrevue, recueillir votre opinion sur votre expérience jusqu'à maintenant concernant l'implantation du SMAF^{MD} dans votre structure.

Vous avez été invité à participer à cette entrevue à titre de membre du comité organisationnel du projet et de personne dirigeante impliquée dans le processus. C'est donc à titre d'expert que nous vous demandons votre avis. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

QUESTIONS

Sur la démarche d'implantation

- 1.1 De votre point de vue comme gestionnaire, comment avez-vous perçu le déroulement de l'implantation du SMAF^{MD} dans votre milieu?
- 1.2 Quelle a été votre implication dans la démarche d'implantation? Avez-vous dû intervenir concrètement dans votre milieu pour soutenir la démarche et si oui, de quelle façon?
- 1.3 Dans votre établissement, qu'est-ce qui a été difficile dans la mise en œuvre de la démarche SMAF^{MD}?
- 1.4 Dans votre établissement, qu'est-ce qui a été aidant à la mise en œuvre de la démarche SMAF^{MD}?
- 1.5 Selon votre expérience, quel rôle a joué le comité organisationnel sur l'ensemble de la démarche d'implantation?
- 1.6 Comment décririez-vous la collaboration du CESS-CDRV avec votre établissement?

Sur l'évaluation avec le SMAF^{MD}

- 2.1 À votre avis, quels sont les inconvénients de l'utilisation du SMAF^{MD},
 - a) pour votre personnel?
 - b) pour vous en tant qu'administrateur?
 - c) pour l'utilisateur ou le résident?
- 2.2 À votre avis, quels sont les avantages de l'utilisation du SMAF^{MD},
 - a) pour votre personnel?
 - b) pour vous en tant qu'administrateur?
 - c) pour l'utilisateur ou le résident?

- 2.3 Quels sont les changements que vous avez constatés depuis l'utilisation du SMAF^{MD} dans votre milieu?
- a) pour votre personnel?
 - b) pour vous en tant qu'administrateur?
 - c) pour l'utilisateur ou le résident?
- 2.4 Comment les autres outils d'évaluation présentement utilisés par vos équipes s'arriment-ils avec le SMAF^{MD}?
- 2.5 D'un point de vue administratif, comment le SMAF^{MD} pourra vous être utile?
- 2.6 Comment pensez-vous utiliser les rapports générés par le logiciel eSMAF^{MD}?

Sur l'avenir du projet

- 3.1 De votre point de vue, quels sont les avantages et les inconvénients à développer un projet incluant plusieurs établissements ayant des vocations différentes?
- 3.2 La poursuite de l'utilisation du SMAF^{MD} et du logiciel eSMAF^{MD} vous apparaît-elle souhaitable dans votre milieu? Pour quelles raisons?
- 3.3 Si un milieu semblable au vôtre voulait implanter le SMAF^{MD}, quelles seraient les erreurs à éviter?
- 3.4 Quelle suite devrait être donnée au projet?



Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

500, rue Murray, bureau 900
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke - Filiale Europe

10 Place Charles Béraudier
69003 Lyon
France

expertise-sante.com



Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging

Centre de recherche sur le vieillissement

1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

cdrv.ca



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine
et des sciences de la santé