

# La démarche RAI



# Qu'est-ce que le RAI?

- **Acronyme Anglais**

- R = « Resident »

- A = « Assessment »

- I = « Instrument »

- **Instrument d'évaluation du résidant**



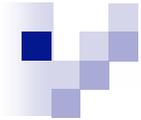
# Historique

- Début des années 80
  - Les USA se préoccupent de la qualité des soins dans les établissements pour personnes âgées.
- 1986 :
  - Rapport de l'Institut de Médecine de l'Académie Nationale des Sciences au Congrès américain.
- 1988
  - Loi OBRA-B7 : fixe de nouvelles exigences afin de proposer un système de soins de qualité.



# Historique (2)

- C'est dans ce contexte qu'est créée une méthode uniforme pour :
  - évaluer les capacités du résidant à accomplir ses activités quotidiennes,
  - mettre à jour les détériorations de ses capacités.



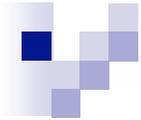
# Historique (3)

- Principes de cette méthode d'évaluation :
  - complète, précise, rigoureuse, standardisée et reproductible
  - à l'admission, chaque année et dès que l'état du résidant change significativement
  - réactualisée selon les résultats d'un examen médical réalisé tous les trois mois



# Prospérité du RAI

- La qualité des soins est devenue une préoccupation pour beaucoup d'États.
  - En Europe, le RAI s'implante en France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Grande-Bretagne, Italie, Espagne, Portugal, Suède, Danemark.
  - Le RAI s'implante en Australie et au Japon
- Reconnaissance internationale avec la création d'InterRAI.



# InterRAI

- Consortium international de chercheurs
  - Plus de 20 pays : pays européens dont la Belgique, USA, Canada, Australie, Chine, Corée, Japon, Israël, ...
  - Objectif du réseau : mettre sur pied des instruments d'évaluation rigoureux, testés et adaptés aux nombreux contextes de soins de santé.
  - But ultime : améliorer la qualité de vie et les soins de santé des personnes âgées via ce mode d'évaluation.
- Site Internet : [www.interrai.org](http://www.interrai.org)



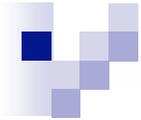
# Le RAI en Belgique (1)

- Constat de départ :
  - L'échelle de Katz utilisée jusqu'à présent est insuffisante pour les besoins du secteur.
- Double objectif :
  - Trouver un outil performant qui proposerait un plan de soins adapté.
  - Trouver un outil unique qui pourrait s'adapter aux différents contextes de soins.



# Le RAI en Belgique (2)

- 2001- 2002 :
  - Initiative d'un groupe de travail ministériel.
  - Mise sur pied d'une **liste de critères** auxquels l'outil choisi devra répondre.
  - **Comparaisons des outils existants** afin d'en présélectionner quelques-uns qui seront étudiés de manière approfondie par la suite.



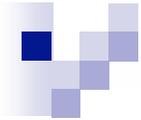
# Le RAI en Belgique (3)

- Résultats : l'outil doit répondre à 6 critères
  1. Se baser sur la classification ICF (International classification functional) de l'OMS
  2. S'adapter à tous les contextes de soins
  3. Avoir une vision holistique pour apprécier la complexité de la personne âgée
  4. Proposer un plan de soins afin d'améliorer le potentiel de la personne âgée
  5. Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire
  6. Permettre la continuité des soins
- Résultats : Outils présélectionnés :
  - Katz, Pathos-Socios-Aggir, RAI



# Le RAI en Belgique (4)

- Etude interuniversitaire INTERFACE (2004-2005)
  - Objectif : comparer les outils présélectionnés par le groupe de travail ministériel et en choisir 1 sur base des critères définis.
- Résultat :
  - **Choix de l'outil RAI** puisqu'il répond à tous les critères.



# Atouts du RAI

- Validation internationale via InterRAI.
- Adaptable à tous les contextes de soins grâce à ses différentes versions ( HOME CARE/ LONG TERM CARE/ ACUTE CARE...).
- Vision holistique de l'évaluation globale du patient.
- Proposition d'un plan de soins.
- Travail en équipe pluridisciplinaire puisque tous les soignants de la personne participent à l'évaluation.
- Continuité des soins puisque les différentes versions du RAI ont un socle commun.



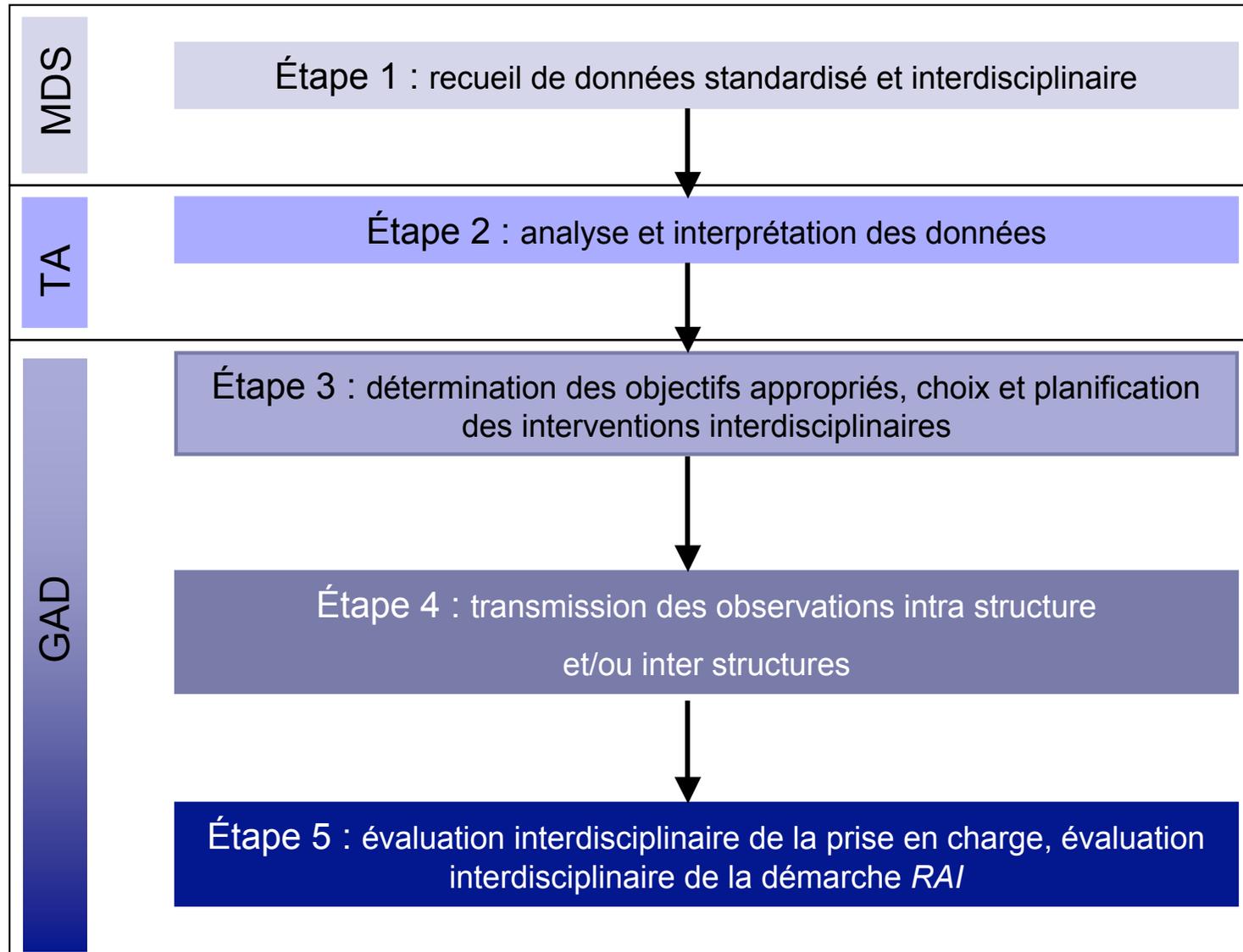
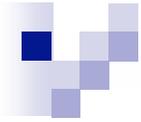
# La démarche RAI (1)

- Se construit avec des procédures sérieuses, structurées, systématiques et standardisées.
- Intègre le patient, son entourage et l'équipe pluridisciplinaire dans le processus. La diversité des points de vue permet une évaluation globale, la plus objective possible.
- Met le patient au centre du processus d'évaluation en tenant compte de ses déficits mais aussi de ses ressources, choix et désirs.



# La démarche RAI (2)

- La démarche Rai est une démarche en soin dont les étapes peuvent se comparer aux étapes de la démarche qualité





# La démarche RAI (3)

- Cerne, de manière à la fois globale et détaillée, la problématique de la personne âgée dépendante et formule des objectifs individuels.
- Permet également de déterminer les besoins de soins et d'en estimer les coûts.



# La démarche RAI (4)

- Cette démarche aide le personnel soignant à rassembler les informations décisives sur les ressources et les besoins du résidant.
- Elle aide l'équipe soignante à évaluer la réalisation de ses objectifs et à réviser le plan de soins, elle permet de suivre les changements dans l'état du résidant.



# La démarche RAI (5)

- Pour le résidant, la démarche RAI est un outil qui permet la prise en charge globale de sa santé, le respect de ses désirs et besoins en tenant compte de ses ressources.



# La démarche RAI (6)

- Pour les gestionnaires de santé, la démarche RAI est un outil de gestion et de planification des soins qui garantit la qualité et l'efficacité des services.
- Sur le plan de la santé publique, la démarche RAI permet l'accès à une gigantesque base de données permettant des comparaisons régionales, nationales et internationales. Elle permet d'élaborer la construction d'indicateurs de qualité et la mesure de résultats de différentes politiques de soins .

# Etape 1 : Le MDS



# Le MDS

- Minimum Data Set
- Recueil des données
- 200 à 300 questions réparties en 21 sections



# Le MDS (2)

- Section A : Informations d'identification
- Section B : Admission et situations précédentes
- Section C : Cognition
- Section D : Communication et Vision
- Section E : Humeur et Comportement
- Section F : Bien-Etre Psycho-Social
- Section G : Fonctionnement dans la Vie Quotidienne
- Section H : Continence
- Section I : Diagnostics Médicaux
- Section J : Problèmes de Santé
- Section K : Etat Nutritionnel - Etat Bucco-Dentaire



# Le MDS (3)

- Section L : Etat de la Peau et des Pieds
- Section M : Médicaments
- Section N : Traitements et Procédures
- Section O : Responsabilité
- Section P : Soutiens Sociaux
- Section Q : Evaluation de l'Environnement
- Section R : Perspectives de Sortie et Etat Général
- Section S : Sortie
- Section T : Information après une nouvelle Prise en Charge
- Section U : Information sur l'Evaluation

## SECTION C. COGNITION

### 1. FACULTES COGNITIVES POUR PRENDRE LES DECISIONS COURANTES

Prendre les décisions concernant les tâches de la vie quotidienne - par ex. quand se lever ou prendre les repas, quels vêtements porter ou quelles activités faire

- 0. **Indépendant** - Décisions logiques raisonnables et sûres
- 1. **Indépendance relative** - Quelques difficultés seulement dans les situations nouvelles
- 2. **Déficience minime** - Dans des situations particulières, décisions de mauvaise qualité ou dangereuses; a besoin d'indications / supervision à certains moments
- 3. **Déficience modérée** - Décisions constamment de mauvaise qualité ou dangereuses; a besoin d'indications / supervision en permanence
- 4. **Déficience sévère** - Ne prend rarement ou jamais de décisions
- 5. **Pas de conscience décelable, coma** [Sautez à la section G]

### 2. MEMOIRE / CAPACITE DE SE SOUVENIR

Coder le rappel de ce qui a été appris ou su

- 0. Oui, mémoire OK
- 1. Problème de mémoire
- a. **Mémoire à court terme OK** - semble se rappeler après 5 minutes
- b. **Mémoire procédurale OK** - peut accomplir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches complexes sans indications
- c. **Mémoire de situation** - reconnaît A LA FOIS le visage / le nom des soignants fréquemment rencontrés ET connaît la situation des lieux régulièrement visités (chambre, salle à manger)

### 3. FLUCTUATIONS DE LA PENSEE OU DE L'ETAT DE CONSCIENCE

[Note: une évaluation précise demande un entretien avec le personnel, la famille, toute personne qui ont une connaissance directe du comportement du client pendant cette période]

- 0. Comportement non observé
- 1. Comportement observé ne diffère pas du comportement habituel
- 2. Comportement observé ET qui diffère de l'habituel (p. ex. comportement nouveau ou détérioration par rapport à il y a quelques semaines)
- a. **Facilement distrait** - par ex. difficulté de concentration, dévie de son sujet
- b. **Episodes de discours incohérent** - par ex. discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique
- c. **Fonction mentale variant en cours de journée** - par ex. tantôt mieux, tantôt pire

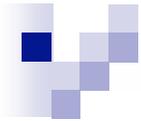
### 4. BRUSQUE CHANGEMENT DANS L'ETAT MENTAL DE LA PERSONNE PAR RAPPORT A L'ETAT HABITUEL

Par ex. agitation motrice, léthargie, difficulté à rester éveillé, perception altérée de l'environnement

- 0. Non
- 1. Oui

### 5. CHANGEMENT DES FACULTES POUR PRENDRE LES DECISIONS PAR RAPPORT A IL Y A 90 JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION)

- 0. Amélioration
- 1. Pas de changement
- 2. Dégradation
- 8. Incertain



## SECTION L. ETAT DE LA PEAU ET DES PIEDS

### 1. STADE LE PLUS SEVERE D'ESCARRE (ULCERE DE PRESSION)

- 0. Pas d'ulcère de pression
- 1. Toute zone de rougeur permanente qui ne disparaît pas quand on soulève la pression
- 2. Perte partielle des couches de la peau, phlyctène
- 3. Cratère profond dans la peau
- 4. Lésions de la peau exposant le muscle ou l'os
- 5. Pas quantifiable, par ex. prédominance de grandes surfaces d'escarre nécrotique

### 2. ANTECEDENTS D'ULCERE DE PRESSION

- 0. Non
- 1. Oui

### 3. ULCERE AUTRE QUE DE PRESSION - *par ex. d'origine veineuse, artérielle, mixte, ulcère diabétique au pied*

- 0. Non
- 1. Oui

### 4. PROBLEMES CUTANES MAJEURS - *par ex. brûlures du 2e ou 3e degré; plaie chirurgicale en cours de guérison*

- 0. Non
- 1. Oui

### 5. DECHIRURES CUTANEEES OU COUPURES - *Autres que chirurgicales*

- 0. Non
- 1. Oui

### 6. AUTRES PROBLEMES DE PEAU - *par ex. ecchymoses, éruptions, démangeaisons, taches, herpès, intertrigo, eczéma*

- 0. Non
- 1. Oui

### 7. PROBLEMES DE PIEDS - *par ex. bunions, orteils en marteau, chevauchement des orteils, troubles statiques, infections, plaies.*

- 0. Pas de problème de pieds
- 1. Problème de pieds, pas de limitation de la marche
- 2. Problème de pieds, limite la marche
- 3. Problème de pieds, empêche la marche
- 4. Problème de pieds, ne marche pas pour d'autres raisons



# Le MDS (6)

- La dernière version du MDS s'appelle
  - InterRAI MDS-HC au domicile
  - InterRAI MDS-LTCF en institution de soins de longue durée (MRS)
- Cette volonté d'appellations standardisées correspond à la réalité des différents MDS qui ont tous un tronc commun.

# Etape 2 : Le Tableau d'Alarme



# Le Tableau d'Alarme

- Tableau résumant :
  - Les situations problématiques sur lesquelles il est possible d'intervenir.
  - Les problèmes qui risquent de se présenter s'il n'y a pas intervention.

## résultats calculés

Permet d'accéder à la rubrique  
correspondante dans le site Wiki

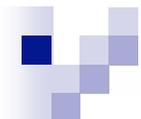
### GAD'S

Promotion des activités physiques ⓘ	1
Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ) ⓘ	0
Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ⓘ	2
Amélioration de l'environnement au domicile ⓘ	1
Risque d'Institutionnalisation ⓘ	1
Contention Physique ⓘ	0
Perte cognitive ⓘ	2
Delirium ⓘ	0
Communication ⓘ	0
Humeur ⓘ	2
Comportement ⓘ	0
Maltraitance ⓘ	ne peut pas être calculé.
Support Informel ⓘ	ne peut pas être calculé.
Relations sociales ⓘ	ne peut pas être calculé.



# Le Tableau d'Alarme (2)

- Pour chaque GAD activé (ou pas), l'équipe doit se positionner :
  - Est-elle d'accord avec le programme?
  - A-t-elle déjà entrepris des actions par rapport à certains GAD's?
  - Prendre 3 GAD's à traiter en priorité...



# Traitement des Alarmes (1)

Nom et prénom :

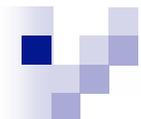
Identifiant :

## Récapitulation des GAD repérés par le tableau d'alarme

### Partie I : Domaines

	<b>GAD</b>	<b>RÉSULTAT DU MDS</b> (repéré oui/non)	<b>CONFIRMATION PAR LES SOIGNANTS</b> (présent/absent chez le résident)	<b>DEJÀ PRIS EN CONSIDÉRATION</b>	<b>À CONSIDÉRER EN PRIORITÉ</b>	<b>À CONSIDÉRER PAR LA SUITE</b>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

- Colonne 3 : remplie automatiquement par l'ordinateur dès qu'on entre les données d'un MDS (peut aussi être remplie à la main lorsque l'on n'a pas de logiciel adéquat).



# Traitement des Alarmes (2)

Nom et prénom :

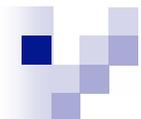
Identifiant :

## Récapitulation des GAD repérés par le tableau d'alarme

### Partie I : Domaines

	GAD	RÉSULTAT DU MDS (repéré oui/non)	CONFIRMATION PAR LES SOIGNANTS (présent/absent chez le résident)	DEJÀ PRIS EN CONSIDÉRATION	À CONSIDÉRER EN PRIORITÉ	À CONSIDÉRER PAR LA SUITE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

- Colonne 4: où l'équipe a la possibilité de critiquer et de confirmer ou non le résultat du tableau d'alarme :
  - problème repéré par le tableau d'alarme mais absent chez le résident (« faux positif ») ;
  - problème non repéré mais présent chez le résident (« faux négatif ») ;
  - problème non listé par les GAD mais présent chez le résident (lignes blanches en bas de tableau).
  - Il est important que l'équipe compare le résultat du tableau d'alarme avec sa propre perception de la situation, et se déclare d'accord avec, avant de débiter le plan de soins.



# Traitement des Alarmes (3)

Nom et prénom :

Identifiant :

## Récapitulation des GAD repérés par le tableau d'alarme

### Partie I : Domaines

	GAD	RÉSULTAT DU MDS (repéré oui/non)	CONFIRMATION PAR LES SOIGNANTS (présent/absent chez le résident)	DEJÀ PRIS EN CONSIDÉRATION	À CONSIDÉRER EN PRIORITÉ	À CONSIDÉRER PAR LA SUITE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

- Colonne 5: problème (domaine) sur lequel l'équipe intervient déjà (si réévaluation).
- Colonne 6: problème (domaine) que l'équipe considère comme prioritaire et/ou urgent pour le plan de soins.
- Colonne 7 : problème (domaine) que l'équipe considère comme moins prioritaire ou urgent ou qu'elle ne peut, faute de moyens, intégrer tout de suite dans son intervention (surcharge), et qui sera repris plus tard lorsque les problèmes prioritaires seront sous contrôle ou résolus.

# Etape 3 : Les GAD's

**Guides d'Analyses par Domaines  
*d'activités***



# Les GAD's

- Cette série de 27 nouveaux GAD a été présentée pour la première fois à l'occasion de la conférence commune d'InterRAI et du Canadian Institute for Health qui s'est tenue à Ottawa, au Canada, en mai 2007.
- Ils ont été traduits par les équipes de l'Ulg (en français) et de la KUL (en néerlandais) et sont disponibles sur le site BelRAI.org depuis le mois de décembre 2007.



## Les GAD's (2)

- Les GAD interRAI couvrent des problèmes dans quatre vastes domaines :
  - Performances fonctionnelles
  - Questions cliniques
  - Cognition et santé mentale
  - Vie sociale



# Performances fonctionnelles

- Promotion des activités physiques
- AIVQ
- AVQ
- Adaptation de l'environnement à domicile
- Risque institutionnel
- Restriction physiques



# Questions cliniques

- Chutes
- Douleur
- Ulcères de pression
- Cardio-respiratoire
- Nutrition
- Déshydratation
- Nutrition par sonde
- Prévention
- Médicaments
- Tabac et alcool
- Incontinence urinaire
- Régulation intestinale



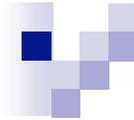
# Cognition et santé mentale

- Cognition
- Delirium
- Communication
- Humeur
- Comportement
- Maltraitance



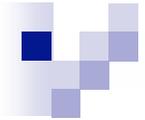
# Vie sociale

- Activités sociales
- Soutien informel
- Relations sociales



# Les GAD's (3)

- Patients admis dans les maisons de repos nord américaines :
  - taux moyens de 4 GAD déclenchés (sur les 22 GAD évalués),
- Patients dépistés lors d'une admission dans une maison de repos :
  - taux moyen de 7 GAD déclenchés (sur les 25 GAD évalués dans la version soins à domicile),



# Les GAD's (4)

- Patients intégrés dans un programme de soins à domicile, comme alternative à un séjour en maison de repos :
  - taux moyen de 6,5 GAD déclenchés (sur les 25 GAD évalués),
- Patients suivis dans le cadre d'un programme de soins à domicile –au Canada, en Europe ou à Hong-Kong :
  - taux moyen de 5,5 GAD déclenchés (sur les 25 GAD évalués),



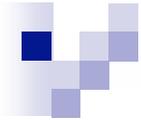
## Les GAD's (5)

- 8 GAD's seront opérationnalisés d'ici la fin du projet BelRAI 2007-2008.
  - Chutes et Contention Physique sont déjà opérationnels.
  - Les autres GAD's sont disponibles en version traduite d'InterRAI.



# Les GAD's (6)

- Les GAD'S sont présentés sur le site <http://wiki.belrai.org/fr/> selon la dichotomie suivante :
  - Problème (description)
  - Déclenchement (quelles questions du MDS peuvent activer ce problème)
  - Recommandations
  - Compléments (bibliographie, etc...)



Problème

Déclenchement

Recommandations

Complément

## Problèmes Cognitifs

Le contrôle cognitif d'une vie autonome inclut la capacité de se souvenir des événements récents et la capacité de prendre des décisions sûres pour les tâches de la vie quotidienne. Le processus de vieillissement peut être associé à des troubles cognitifs modérés. D'autre part, un déclin cognitif peut être le résultat d'un état confusionnel aigu, d'une maladie psychiatrique, d'une tumeur, d'un accident vasculaire, d'une maladie métabolique ou d'une démence.

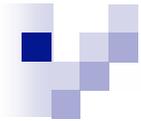
La démence n'est pas une maladie unique, mais un syndrome. Elle peut être liée à différentes causes. En accord avec le DSM-IV-TR, le syndrome de démence est défini par la présence de trois critères : un problème de mémoire à court terme, ET des troubles dans au moins un domaine cognitif (pensée abstraite, jugement, orientation, langage, comportement, changement dans la personnalité, etc.), ET ces troubles ont un impact sur la performance dans les activités de la vie quotidienne.

La perte des fonctions cognitives menace l'autonomie de la personne et augmente le risque d'institutionnalisation.

Un diagnostic précis est nécessaire à une bonne planification des soins.

### PRINCIPAUX OBJECTIFS DES SOINS

- optimiser la réalisation des AVQ et l'intégration sociale
- prévenir le déclin physique et cognitif
- permettre la prise de décisions indépendantes en sécurité



Problème

**Déclenchement**

Recommandations

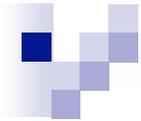
Complément

## Déclenchement du GAD Cognition

Il s'applique aux personnes ayant une diminution modérée des fonctions cognitives caractérisée par un score CPS (performance sur l'échelle cognitive)  $<$  ou égal à 2 (correspondant à un score égal à 19 ou plus sur l'échelle MMS (Mini Mental state)), afin de les aider à garder une autonomie aussi longue que possible. Il cible le sous groupe des personnes qui ont un risque élevé de perte des fonctions cognitives. Ces personnes auront ou risquent d'avoir une forme de démence. La perte d'autonomie pour les AVQ ou les AIVQ sans pathologie physique organique sous jacente devrait faire suspecter l'émergence d'un problème des fonctions cognitives. Dès lors, l'observation soigneuse des performances des personnes âgées pour ces activités au cours du temps permet de suggérer la présence d'un déficit cognitif.

### DECLENCHEMENT DES SIGNAUX D'ALARME POUR PREVENIR LE DECLIN QUAND LES 2 CONDITIONS SUIVANTES SONT REUNIES

1. une performance sur l'échelle cognitive (CPS) de 0, 1 ou 2 (équivalente à un score sur l'échelle MMS  $>$  ou  $=$  à 19) ET
2. la présence de 2 ou plus facteurs de risques de perte des fonctions cognitives



Problème	Déclenchement	<b>Recommandations</b>	Complément
----------	---------------	------------------------	------------

## Recommandations à propos du GAD Cognition

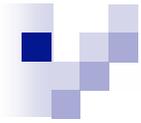
### Diagnostic initial quand il n'y a pas de diagnostic de démence

Il est possible pour une personne d'être à un stade précoce de démence même si le CPS est bas. S'il y a une suspicion de déclin cognitif et que la personne n'a pas encore eu une évaluation diagnostique formelle, elle devrait être référée à un médecin. Dans les cas où l'information provenant de la personne ou des membres de la famille n'est pas claire, il peut être nécessaire de consulter un médecin directement.

Les personnes chez qui un diagnostic de démence n'a pas été posé devraient être référées à un médecin dans 2 situations :

1. si le CPS est de 1 ou 2 OU
2. si le CPS = 0 mais qu'on constate un déclin cognitif évident

D'« autres » preuves de déclin cognitif incluent les symptômes cités plus haut dans la liste des facteurs de risque cliniques. Elles pourraient aussi comprendre une diminution des performances pour les AVQ et AIVQ non expliquée par une maladie ou un handicap physiques. Si vous n'êtes pas certains de la nécessité de demander un avis médical, il peut être utile d'examiner certains aspects de l'évaluation de la personne. Revoir les profils de patients et les évaluations récentes d'interRAI pour d'autres raisons possibles (que le déclin cognitif) pour le besoin d'assistance dans les AVQ. Cela peut inclure :



Problème Déclenchement Recommandations **Complément**

## Complément

### RESSOURCES ADDITIONNELLES

Mace N, Morris JN, Lombardo NE, Perlis T. Cognitive Loss. In Morris JN, Lipsitz, LA, Murphy, KM, and Belleville-Taylor, P. (Eds). Quality Care in the Nursing Home. Mosby, St. Louis, MO, 1997.

The Website maintained by the Alzheimer's Association <http://www.alz.org> is an excellent resource. It contains much information, including lists of recent articles, books and videos, a summary of tips for caregivers <http://www.alz.org/caregiver/guide>, and links to many other websites.

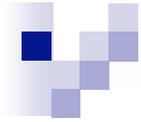
### AUTEURS

John N. Morris, PhD, MSW  
Harriet Finne-Soveri, MD, PhD  
Katharine Murphy, PhD, RN  
R. Knight Steel, MD  
Pauline Bellville-Taylor, RN, MS, CS



# Les GAD's (7)

- Les GAD's opérationnalisés ont une section supplémentaire :
  - Cliquez sur le document correspondant à la situation que vous rencontrez afin de découvrir le contenu des recommandations InterRAI adaptées au contexte belge.



Problème

Déclenchement

Recommandations

**Opérationnalisation**

Complément

## Opérationnalisation

GAD 0

Consultez les informations **spécifiques** 

GAD 1

Consultez les informations **spécifiques** 

GAD 2

Consultez les informations **spécifiques** 



# Un problème?

- [Helpdesk@belrai.org](mailto:Helpdesk@belrai.org)
- <http://wiki.belrai.org/fr/>