

B e I R A I

LA DÉMARCHE RAI:

les caractéristiques,
les avantages,
les étapes,
les instruments d'évaluation

La méthode d'évaluation *InterRAI*

Objectif

Développer des soins basés sur
l'« Evidence-Based Medicine»,
à travers la collecte de données de haute qualité,
validée et adaptée à différents contextes de soins



Améliorer la qualité de la prise en charge, des
soins de santé et dès lors la qualité de vie des
personnes âgées



Caractéristiques de l'outil *RAI*

Caractéristiques (1)

- Validation **internationale** via *InterRAI*
- Adaptable à tous les contextes de soins grâce à ses **différentes versions** : Home Care (HC)/ Long Term Care (LTCF)/ Acute Care (AC)...
- Vision **holistique**, globale, de l'évaluation du client
- Aide à l'élaboration d'un **plan de soins personnalisé**
- Favorise le travail en équipe **interdisciplinaire** puisque tous les soignants de la personne participent à l'évaluation
- Favorise la **continuité des soins** puisque les différentes versions des Minimum Data Set (MDS) possèdent une base commune

Caractéristiques (2)

- Basée sur des procédures **structurées**, systématiques et standardisées
- Intègre le **client**, 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 **client au centre** du processus d'évaluation en tenant compte de ses **déficits** mais aussi de ses **ressources, choix et désirs**
- Permet de regrouper des données **fonctionnelles, psychologiques, cognitives, sociales, environnementales...**



Avantages liés à l'utilisation du RAI

Avantages pour le client

- Outil qui permet une prise en charge à la fois **globale** et **détaillée** de sa santé, en respectant ses **désirs** et ses besoins et en tenant compte de ses **ressources**
- Outil favorisant une prise en charge **individualisée**

Avantages pour les professionnels de santé

- Aide à **rassembler les informations** décisives concernant les ressources et les besoins du client
- Aide à **établir le plan de soins** et à **évaluer l'atteinte des objectifs** fixés par l'équipe interdisciplinaire
- Favorise la **révision du plan de soins** en permettant de suivre dans le temps les changements de l'état de santé et de la situation générale du client

Avantages pour les gestionnaires de santé

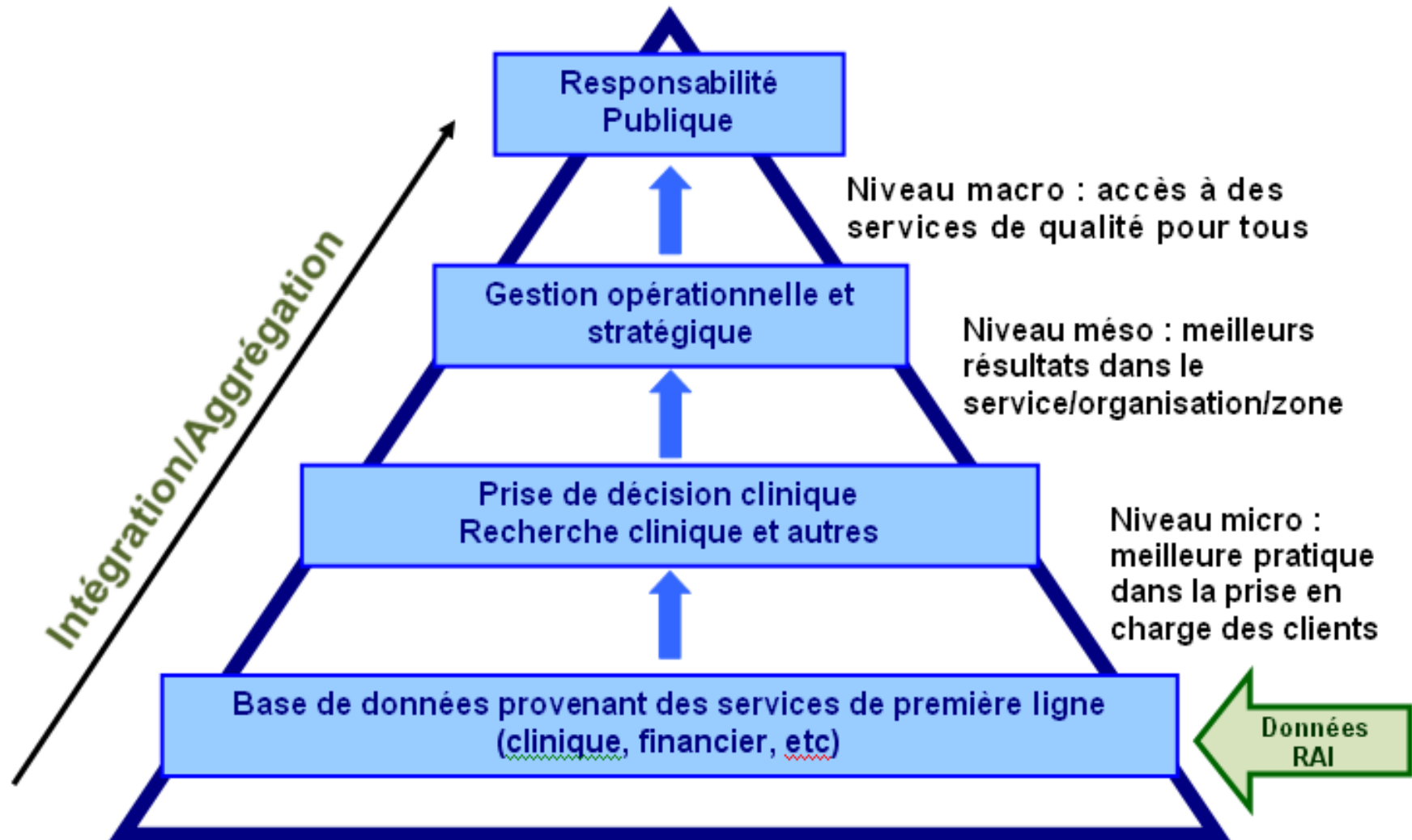
Au niveau méso, permet :

- la **gestion** et la **planification des soins** pour garantir qualité et efficacité des services
- de déterminer les **besoins** en soins et d'en estimer les **coûts**

Au niveau macro, santé publique, permet:

- des **comparaisons** locales, nationales et internationales grâce à la constitution d'une **base de données anonymisées**
- d'élaborer des **indicateurs de qualité**, et de mesurer les résultats de différentes politiques de santé

RAI transforme les données en informations pour de multiples usages





Les étapes de la démarche *RAI*

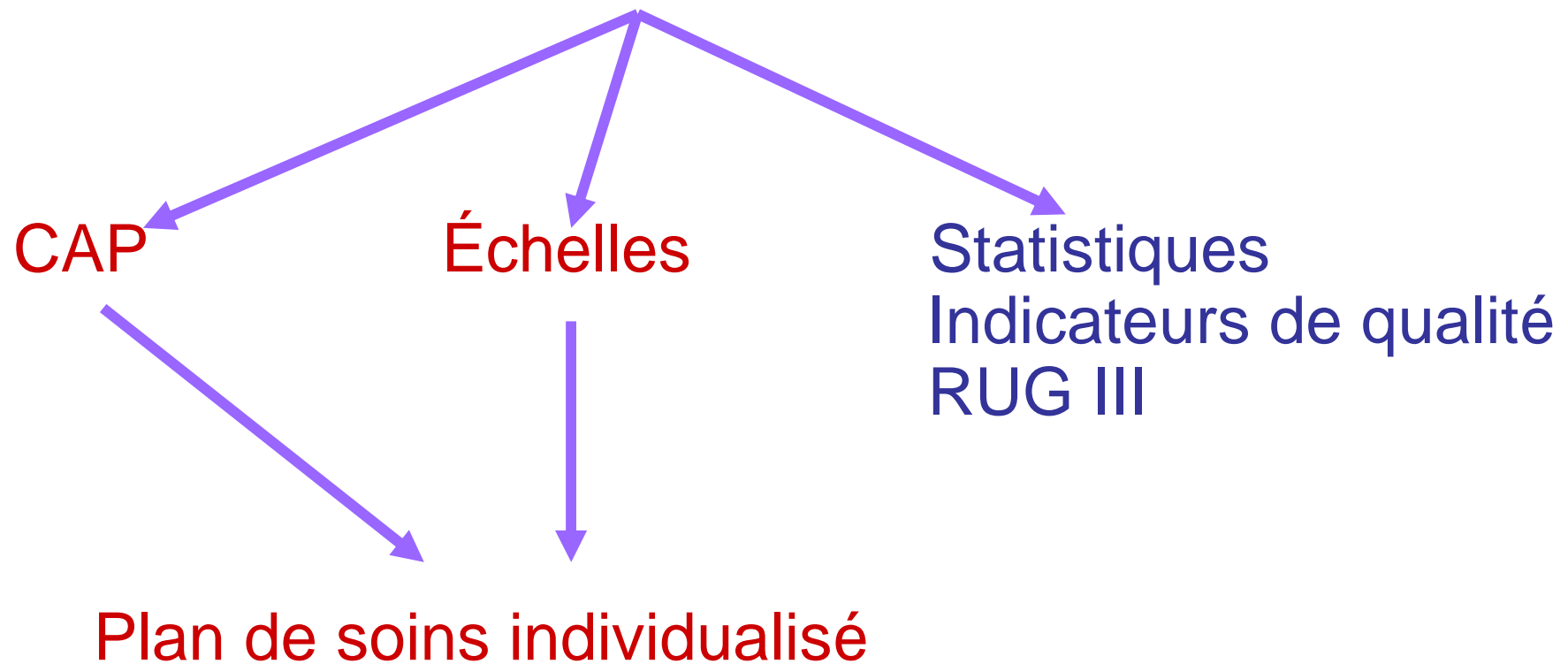
La « démarche » *RAI*

La démarche RAI est un processus en **plusieurs étapes** qui transforme des données en informations utiles à différents niveaux

//étapes de la **démarche qualité**

Les étapes

**MDS-
Minimum Data Set**



Etapes de la démarche

DEMARCHE RAI

5^{ème} étape : évaluation interdisciplinaire de la prise en charge.

4^{ème} étape : transmission des observations intra structure et/ou inter structures.

3^{ème} étape : détermination des objectifs appropriés, choix et planification des interventions interdisciplinaires.
Guides d'analyse par domaine d'activité (GAD) : éléments de réflexion et directives pour l'action et la réalisation de plans de soins.

2^{ème} étape : analyse et interprétation des données.
Tableau d'alarme : signale à l'équipe soignante les domaines d'intervention.

1^{ère} étape : recueil de données standardisé et interdisciplinaire.
=
MDS domicile, MDS institution, MDS soins aigus, MDS soins palliatifs, MDS santé mentale, MDS réadaptation

=
D
E
M
A
R
C
H
E

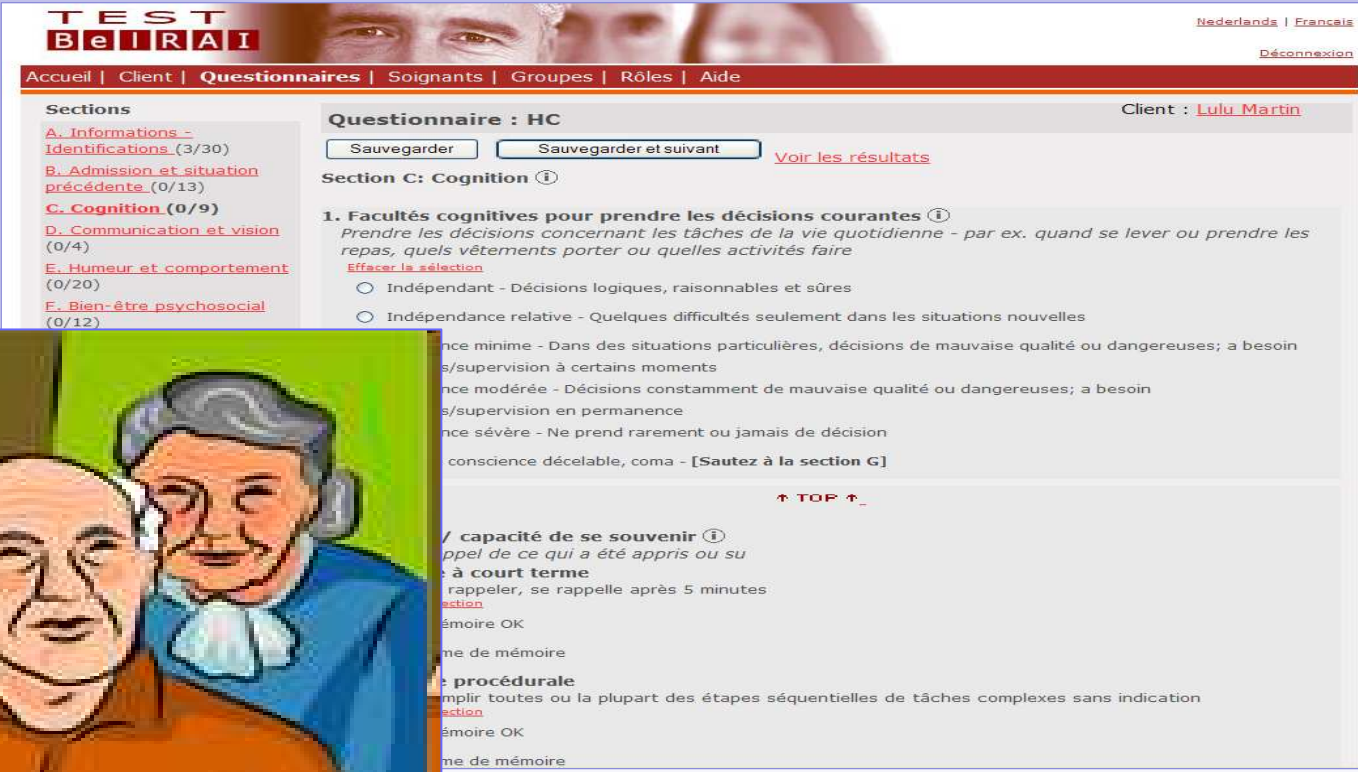
Q
U
A
L
I
T
E

La démarche BelRAI

Le MDS

Minimum Data Set

Recueil de données standardisé



TEST BelRAI Nederlands | Français
Déconnexion

Accueil | Client | **Questionnaires** | Soignants | Groupes | Rôles | Aide

Sections

- A. Informations - Identifications (3/30)
- B. Admission et situation précédente (0/13)
- C. **Cognition (0/9)**
- D. Communication et vision (0/4)
- E. Humeur et comportement (0/20)
- F. Bien-être psychosocial (0/12)

Questionnaire : HC Client : [Lulu Martin](#)

Sauvegarder Sauvegarder et suivant Voir les résultats

Section C: Cognition ⓘ

1. Facultés cognitives pour prendre les décisions 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

[Effacer la sélection](#)

- Indépendant - Décisions logiques, raisonnables et sûres
- Indépendance relative - Quelques difficultés seulement dans les situations nouvelles
- Dépendance minimale - Dans des situations particulières, décisions de mauvaise qualité ou dangereuses; a besoin de supervision à certains moments
- Dépendance modérée - Décisions constamment de mauvaise qualité ou dangereuses; a besoin de supervision en permanence
- Dépendance sévère - Ne prend rarement ou jamais de décision
- Dépendance totale - Conscience décelable, coma - [\[Sauter à la section G\]](#)

[↑ TOP ↑](#)

Capacité de se souvenir ⓘ
Appel de ce qui a été appris ou su à court terme
Se rappeler, se rappelle après 5 minutes

[Section](#)

Mémoire OK

Me de mémoire

Procédurale
Complir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches complexes sans indication

[Section](#)

Mémoire OK

Me de mémoire



La démarche BelRAI

MDS *Le recueil de données*



BelRAI

Le plan de soins *individualisé*



La démarche BelRAI

MDS
Recueil de données



**ANALYSE
INFORMATISEE
ET
STANDARDISEE**

CAP
Recommandations

**Plan de soins
individualisé**

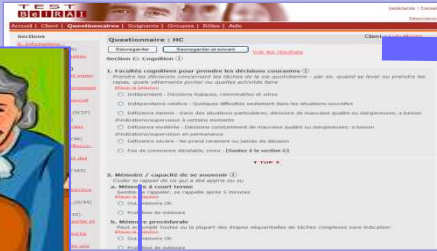


BelRAI

La démarche BelRAI

MDS

Recueil de données



**ANALYSE
INFORMATISEE
ET
STANDARDISEE**

**Echelles
de soins**

CAP

Recommandations

**Plan de soins
individualisé**

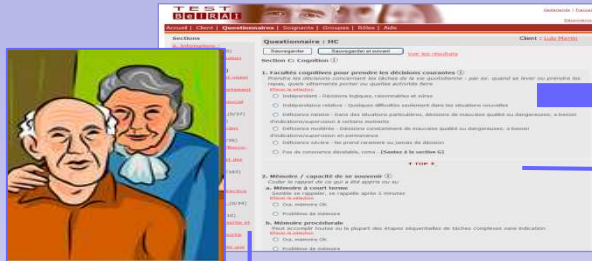


BeIRAI

La démarche BelRAI

MDS

Recueil de données



**ANALYSE
INFORMATISEE
ET
STANDARDISEE**



Echelles de soins

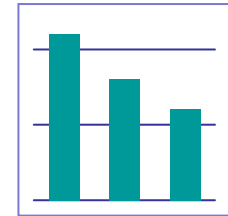
CAP

Recommandations

Plan de soins individualisé



Statistiques



Indicateurs de qualité

de qualité



RUG

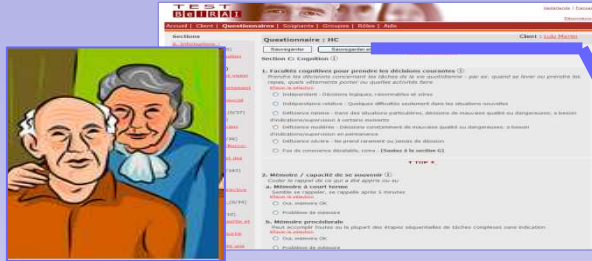
*utilisation des
ressources*



La démarche BelRAI

MDS

Recueil de données



Echelles

de soins

CAP

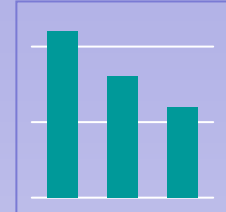
Recommandations

Plan de soins

individualisé



Statistiques



Indicateurs

de qualité



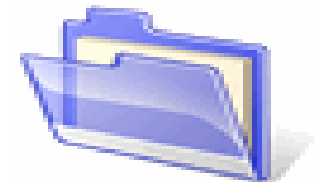
RUG

utilisation des ressources

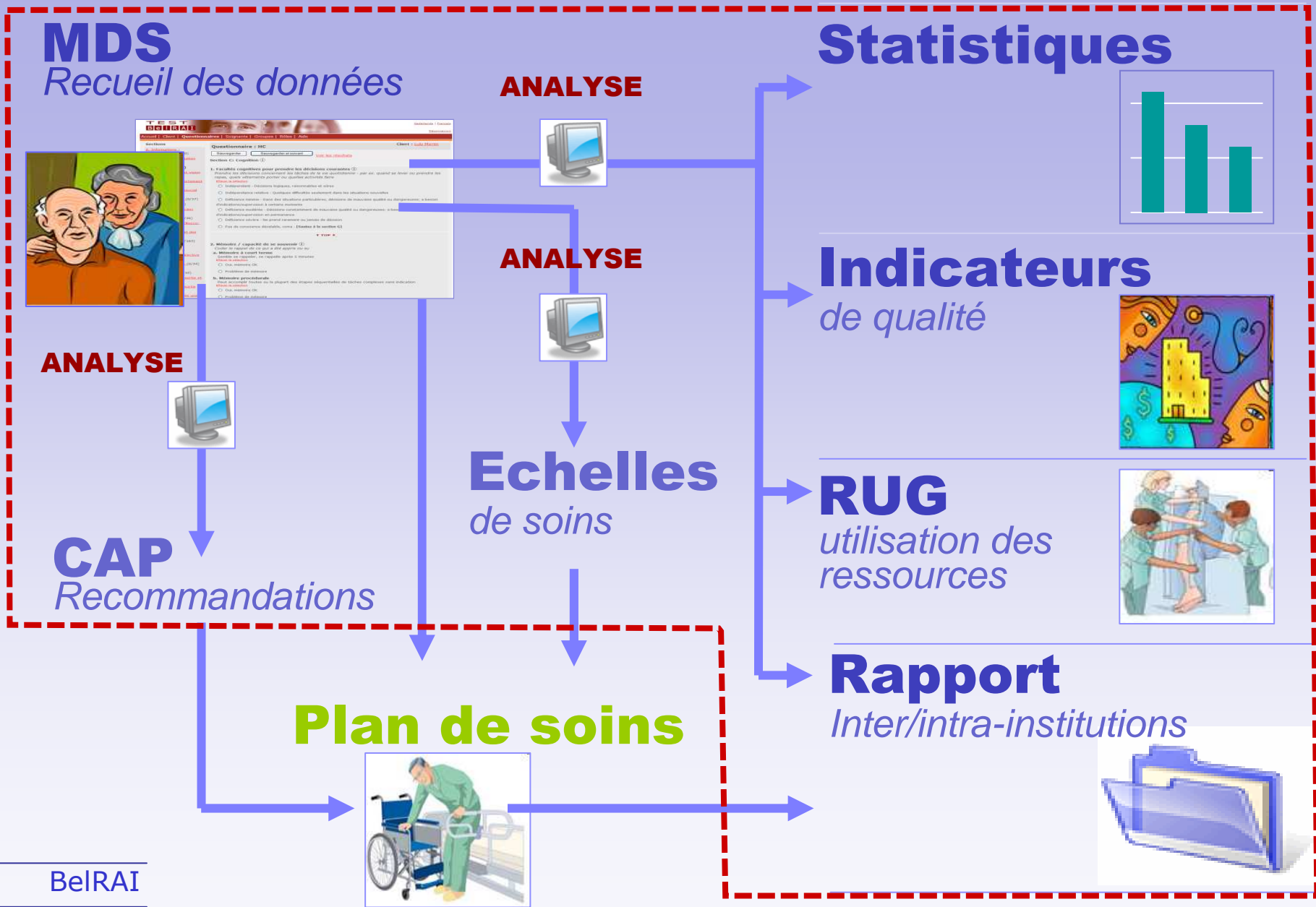


Rapport

Inter/intra-institutions



La démarche BelRAI complète





Etape 1:

MDS - Minimum Data Set

Le MDS

- est l'**instrument d'évaluation globale et pluridisciplinaire**, la 1ère étape de la démarche RAI
- évalue les **performances** objectives et les **capacités** d'une personne dans de nombreux domaines
- permet d'attirer l'attention sur des problèmes par le déclenchement de signaux d'alarme
- ne remplace ni le dossier médical, ni le dossier infirmier

MDS: instrument d'évaluation

Recueil de données standardisées:

- 200 à 300 items
- regroupés en 18 ou 19 sections

Chaque section couvre un domaine d'évaluation

En Belgique:
3 versions spécifiques
aux contextes de soins:



HC

- **BeIRAI HC** (Home Care)
pour les soins à domicile



LTCF

- **BeIRAI LTCF**
(Long Term Care Facilities)
*Soins de longue durée
pour les MRS, MRPA*

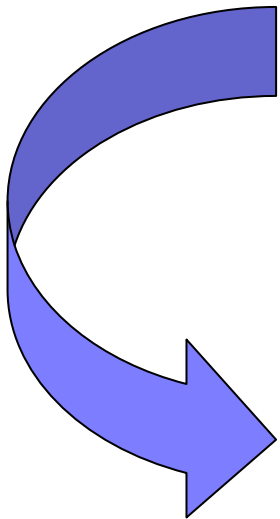


AC

- **BeIRAI AC** (Acute Care)
*Soins aigus
pour les hôpitaux*

**3 versions MDS BeIRAI
en 3 langues (FR-NL-D)**

Transversalité



Les 3 versions ont une **structure commune**, un grand nombre **d'items communs**

Intérêt pour assurer **la continuité des soins** et le suivi du patient dans sa **trajectoire de soins**.

L'ensemble du dispositif offre un **langage commun** qui **facilite les échanges** entre les structures.

Durée de période d'évaluation

En règle générale: **les 3 derniers jours**

Sauf pour certains items, selon l'indication:

24h, 7, 14, 30, 90 jours

■ BeIRAI **HC**
Soins à domicile

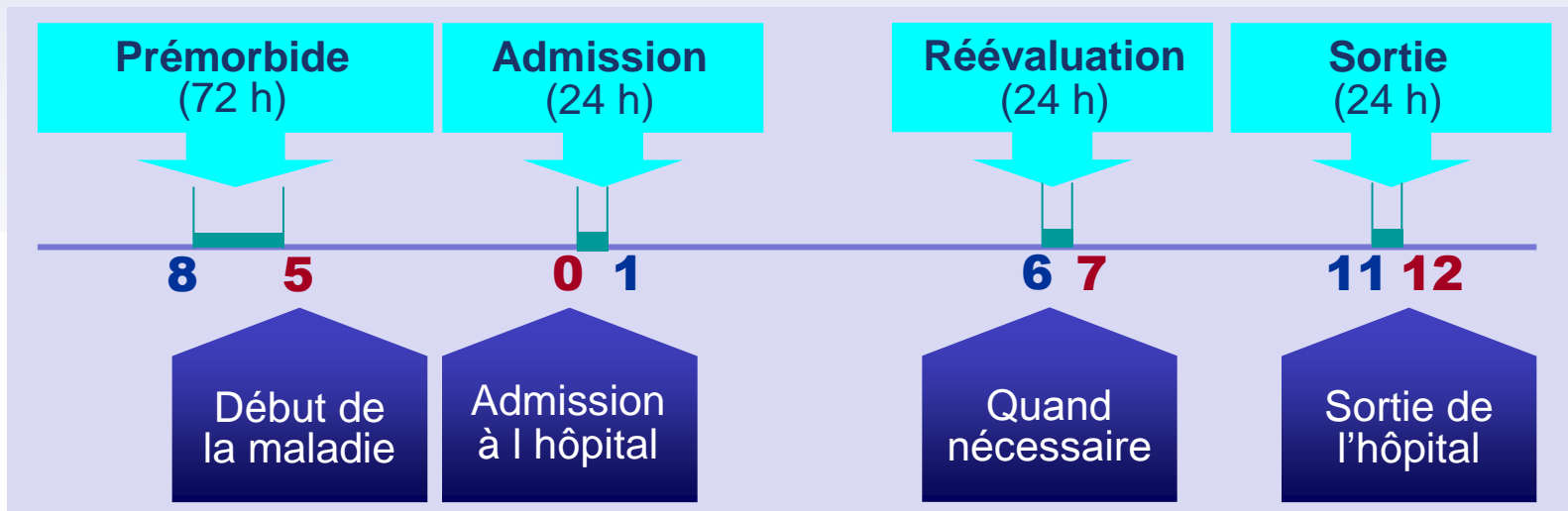
■ BeIRAI **LTCF**
Soins de longue durée

■ BeIRAI **AC**
Soins aigus

● sur les **3 derniers jours**
(sauf autre indication)

● les **3 derniers jours**
- en période pré-morbide

● ou **24 dernières heures**
- à l'admission
- lors d'1 ou plusieurs réévaluation(s)
- à la sortie



Codes-scores

Différents types de codes:

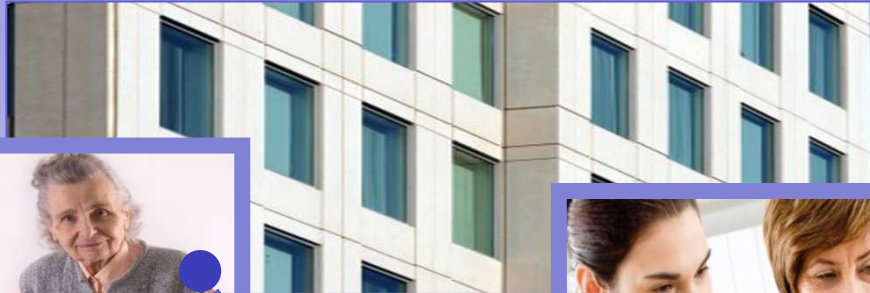
- ✓ oui/non
- ✓ choix entre un certain nombre de réponses numérotées
- ✓ date
- ✓ nombre

Cas particuliers:

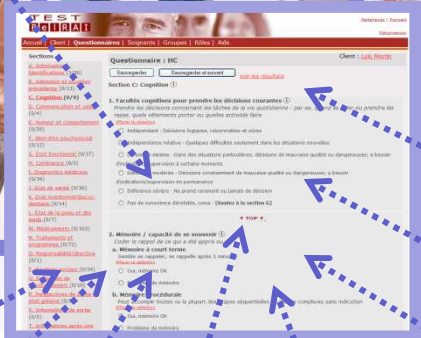
- Diagnostics
- Médicaments

Sources d'informations

1. Le **patient**: principale source d'informations. Parlez avec lui, posez-lui des questions, observez-le dans son lieu de vie, pendant ses activités
2. La **famille**, l'aidant proche
3. Les **soignants**
4. Consultez le **dossier** du client, les documents disponibles



Responsable de questionnaire



Observations pluridisciplinaires

MDS – Version papier

interRAI-**HC** (soins à domicile)

(CODER L'ETAT DURANT LES 3 DERNIERS JOURS, SAUF AUTRE INDICATION)

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** [Sauter 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** - Semble se rappeler, se rappelle après 5 minutes
- b. **Mémoire procédurale** - Peut accomplir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches complexes sans indication
- c. **Mémoire de situation** - Reconnaît A LA FOIS le visage/le nom des soignants fréquemment rencontrés ET connaît la situation des lieux régulièrement visités - par ex. 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 a une connaissance directe du comportement du client pendant cette période

0. Comportement non observé
1. Comportement observé, ne diffère pas du comporte-

2. CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES

(Compréhension)

Compréhension du contenu d'informations verbales (avec prothèse auditive si utilisée habituellement)

0. **Comprend** - Bonne compréhension
1. **Comprend généralement** - Manque une partie/l'intention du message MAIS comprend l'essentiel de la conversation
2. **Comprend souvent** - Manque une partie/l'intention du message MAIS après répétition ou explication peut souvent comprendre la conversation
3. **Comprend parfois** - Répond adéquatement seulement à un message simple et direct
4. **Comprend rarement/jamais**

3. AUDITION Capacité à entendre (avec appareil auditif si utilisé habituellement)

0. **Adéquate** - Pas de difficulté dans la conversation courante, les échanges sociaux, l'écoute de la TV
1. **Difficulté minime** - Difficulté dans certains environnements - par ex. quand une personne parle à voix basse ou est à plus de 2 mètres
2. **Difficulté moyenne** - Problème pour entendre une conversation normale, requiert un environnement calme pour bien entendre
3. **Difficulté sévère** - Difficulté dans toutes les situations - par ex. l'interlocuteur doit élever le ton ou parler très lentement ou la personne rapporte que toutes les paroles sont murmurées
4. **Surdité**

4. VISION

Capacité de voir, dans la lumière adéquate (avec lunettes ou autre moyen auxiliaire si utilisé habituellement)

0. **Adéquate** - Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres
1. **Difficulté minime** - Voit les gros caractères mais non les caractères ordinaires des journaux/livres
2. **Difficulté moyenne** - Vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets
3. **Difficulté sévère** - Identification douteuse des objets mais semble suivre les objets des yeux, ne voit que les lumières, les couleurs, les formes
4. **Cécité**

MDS – Version électronique

BelRAI - Windows Internet Explorer

https://belrai.pyxima.com/BELRAI2007TEST/viewSection.do?section=LTCF2007_BE_health_condition&inputPhaseID=1206&viewAnswersFrom=3

Erreur de certificat

Live Search

BelRAI

Nederlands | Français

Déconnexion

Accueil | Client | **Questionnaires** | Soignants | Groupes | Aide

Sections

- A. Informations - Identifications (24/30)
- B. Admission et situation précédente (10/13)
- C. Cognition (5/9)
- D. Communication et vision (4/4)
- E. Humeur et comportement (7/20)
- F. Bien-être psychosocial (12/12)
- G. Etat fonctionnel (37/37)
- H. Continence (5/5)
- I. Diagnostics médicaux (25/39)
- J. Etat de santé (35/36)**
- K. Etat nutritionnel/Bucco-dentaire (13/14)
- L. Etat de la peau et des pieds (7/7)
- M. Médicaments (4/142)
- N. Traitements et programmes (56/72)
- O. Responsabilité/directive (1/1)
- P. Soutiens sociaux (15/34)
- Q. Evaluation de l'environnement (10/10)
- R. Perspectives de sortie et

Questionnaire : HC

Client : **Pierre DUPONT**

Sauvegarder Sauvegarder et suivant

Section J: Etat de santé ⓘ

Vos propres réponses complétées avec les réponses d'autres participants

La légende

- **OCL** Claire Lepère

1. Chute(s) ⓘ

2. [0 SD] : Une chute durant les 30 derniers jours

↑ TOP ↑

2. Chute(s) durant les 30 derniers jours ⓘ

Coder seulement dans le cas d'une réévaluation qui est faite moins de 30 jours après la dernière évaluation.

[Effacer la sélection](#)

Non

Connu

↑ TOP ↑

3. Fréquence des problèmes de santé ⓘ

Coder pour les 3 derniers jours

Equilibre/contrôle du corps

a. Difficulté ou impossibilité de passer à la station debout sans aide

3. [0 SD] : Manifesté 2 des 3 derniers jours

b. Difficulté ou impossibilité de faire demi-tour

MDS – Aide en ligne

The image shows a screenshot of a web browser displaying a questionnaire form and a help page. The browser window is titled "BelRAI - Windows Internet Explorer". The address bar shows the URL: https://belrai.pyxima.com/BELRAI2007TEST/viewSection.do?section=LTCF2007_BE_health_condition&inputPhaseID=1206&viewAnswersFrom=3. The page content includes a navigation menu with items like "Accueil", "Client", "Questionnaires", "Soignants", "Groupes", and "Aide". The main content area is titled "Questionnaire : HC" and shows a list of sections. Section J, "Etat de santé", is selected. The question being viewed is "1. Chute(s)", and the answer is "2. [0 SP] : Une chute durant les 30 derniers jours". A red circle highlights the question number "2." in the answer field. Below the main window, a smaller window titled "BelRAIWiki: LTCF Section J 1 - Windows Internet Explorer" is open, showing the help page for "Chute(s)". The help page includes a search bar, a navigation menu, and a detailed description of the question: "SECTION J Etat de santé, Question 1 InterRAI LTCF Belgique". The objective is to determine if a person is at risk of falls or future injuries. The definition states: "Tout changement involontaire de position où la personne finit sur le plancher, le sol ou un autre niveau plus bas, y compris la chute qui survient lorsque la personne est aidée par d'autres." The procedure section is also visible.



**Comparaison entre
les 3 versions:**

LTCF-HC-AC

Sections du RAI-LTCF

Sections du RAI-HC

Sections du RAI-Acute Care

A	données personnelles	A	données personnelles	A	données personnelles
B	admission et situation précédente	B	admission et situation précédente	B	admission et situation précédente
C	cognition communication et vision humeur et comportement bien-être psychosocial	C	cognition communication et vision humeur et comportement bien-être psychosocial	C	dates d'évaluation
D		D		cognition communication et vision humeur et comportement	
E		E			
F		F		F	
G	état fonctionnel (dont AVQ)	G	état fonctionnel (dont AVQ et AIVQ)	G	état fonctionnel (dont AVQ et AIVQ)
H	continence diagnostics médicaux état de santé	H	continence diagnostics médicaux état de santé	H	continence diagnostics médicaux état de santé
I		I			
J		J			
K	état nutritionnel/ bucco-dentaire état de la peau et des pieds	K	état nutritionnel/ bucco-dentaire état de la peau et des pieds	K	état nutritionnel état de la peau
L		L			
M	poursuite des occupations				
N	médicaments traitements et programmes	M	médicaments traitements et programmes	M	médicaments traitements et programmes
O		N			
P	responsabilité et volontés	O	responsabilité	O	responsabilité et volontés
		P	soutiens sociaux	P	soutiens sociaux
		Q	évaluation de l'environnement		
Q	perspectives de sortie informations de sortie	R	perspectives de sortie et état général	Q	perspectives de sortie informations de sortie
R		R			
		S	informations de sortie	R	

La démarche BelRAI



HC

Environnement



LTCF

Occupations

■ **BeIRAI HC**
Soins à domicile

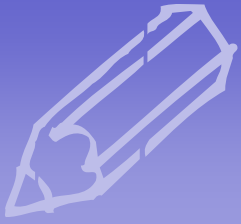
■ **BeIRAI LTCF**
Soins de longue durée

■ Sections adaptées
au contexte de soins

LES SECTIONS LTCF

- A** données personnelles
- B** admission et situation précédente
- C** cognition
- D** communication et vision
- E** humeur et comportement
- F** bien-être psychosocial
- G** état fonctionnel
- H** continence
- I** diagnostics médicaux
- J** état de santé

- K** état nutritionnel / bucco-dentaire
- L** état de la peau et des pieds
- M** poursuite des occupations
- N** médicaments
- O** traitements et programmes
- P** responsabilité/volonté
- Q** perspectives de sortie
- R** informations de sortie



- **A1 Raison de l'évaluation**

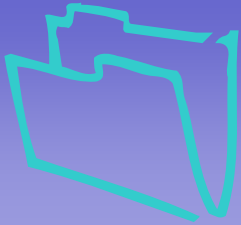
- **A 2 Date de référence pour l'évaluation**

- **A 3 Attentes déclarées par le client et/ou la famille**

- **A 4 Souhaits, besoins, habitudes du client**

- **A 5 Temps depuis la dernière hospitalisation**

- **A 6 Commentaires**



Ne remplir cette section qu'à la première évaluation/à la première admission



- **B1** Degré de contrôle que le résidant a eu sur la décision d'entrer dans l'institution



- **B2** Date du début du séjour dans cette institution

- **B3** Scores à l'admission (KATZ, BEL, ...)



- **B4** Lieu de vie avant l'admission/provenance

- **B5** Conditions de vie avant l'admission



- **B6** Histoire résidentielle dans les 5 années précédentes

- **B7** Santé mentale

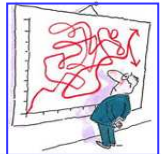
- **B8** Commentaires



- **C1** Facultés cognitives pour prendre les décisions quotidiennes



- **C2** Mémoire/capacité de se souvenir



- **C3** Fluctuations de la pensée ou de l'état cognitif



- **C4** Brusque changement dans l'état mental du résidant par rapport à l'état habituel



- **C5** Changement des facultés pour prendre les décisions par rapport à il y a 90 jours



- **E1** Signes d'humeur dépressive, anxieuse ou triste



- **E2** Items d'humeur rapportés spontanément



- **E3** Symptômes comportementaux





■ **F1 Relations sociales**



■ **F2 Sens de l'implication**



■ **F3 Relations conflictuelles avec les autres**



■ **F4 Événement stressant durant les 90 derniers jours**



■ **F5 Ressources personnelles**

■ **F6 Comportement vis-à-vis des soignants**



■ **G1** Performance pour les AVQ



■ **G2** Déplacement/Marche



■ **G3** Niveau d'activité

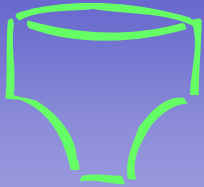


■ **G4** Potentiel d'amélioration des performances physiques



■ **G5** Changements des performances dans les AVQ par rapport à il y a 90 jours

■ **G6** Score de KATZ



■ **H1 Contenance urinaire**



■ **H2 Moyen auxiliaire pour recueillir les urines**



■ **H3 Contenance fécale**



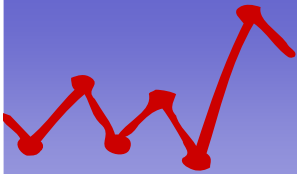
■ **H4 Présence d'une entérostomie**



■ I1 Sélection de diagnostics médicaux



■ I2 Autres diagnostics médicaux



■ **J1 Chute(s)**



■ **J2 Chute(s) dans les 30 derniers jours (dans l'institution)**

■ **J3 Fréquence des problèmes de santé**



■ **J4 Dyspnée**

■ **J5 Fatigue**



■ **J6 Symptômes de douleur**

■ **J7 États morbides instables**



■ **J8 Perception de la santé**



■ **J9 Tabac et alcool**



■ **K1 Poids et taille**



■ **K2 Problèmes nutritionnels**

■ **K3 Mode d'alimentation**

■ **K4 Apport parentéral ou entéral**

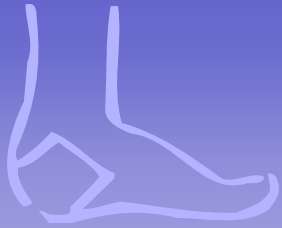
■ **K5 État bucco-dentaire**



■ **K6 État de l'appétit (durant les 30 derniers jours)**



■ **K7 Régime alimentaire**



- **L1** Stade le plus sévère d'ulcère de pression



- **L2** Antécédents d'ulcère de pression



- **L3** Ulcère autre que de pression



- **L5** Lésions cutanées ou coupures



- **L6** Autres problèmes de peau



- **L7** Problèmes de pieds



- **M1 Temps moyen consacré aux occupations**



- **M2 Occupations préférées et participation**



- **M3 Période d'éveil durant la journée**



- **N1** Liste de tous les médicaments

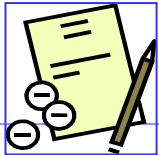
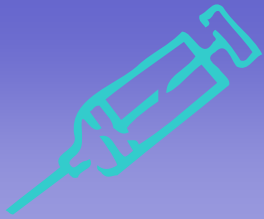


- **N2** Allergie médicamenteuse



- **N3** Attitude du résidant vis-à-vis des médicaments

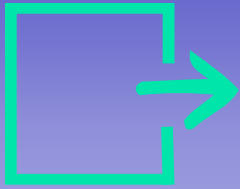




- **01 Prévention**
- **02 Traitements et programmes reçus ou prévus durant les 3 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 3 jours)**
- **03 Service de rééducation/soins**
- **04 Recours à l'hospitalisation et au service des urgences**
- **05 Visites médicales**
- **06 Prescriptions médicales**
- **07 Mesures d'entrave et moyens auxiliaires**



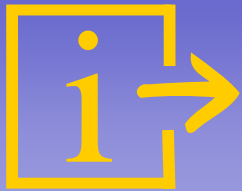
- **P1 Responsabilité de la personne**
- **P2 Volontés**



- **Q1 Perspectives de sortie**



- **Q2 Temps pendant lequel la personne est supposée rester dans l'établissement avant sa sortie**



- **R1 Dernier jour du séjour**



- **R2 Destination à la sortie**



- **R3 Prescription d'aide(s) et soin(s) à domicile**



Vers la pratique...



Chaque observation dans sa section, exemples liés à l'appareil urinaire

SECTIONS	OBSERVATIONS
CONTINENCE	• Degrés de <u>continence</u> , d'incontinence
ETAT FONCTIONNEL	• <u>Manipulation</u> du matériel d'incontinence
COGNITION	• Se <u>souvenir</u> comment utiliser un urinal
BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL	• <u>Participatif</u> lors des soins de la stomie
DIAGNOSTICS MEDICAUX	• <u>Infection</u> urinaire
ETAT DE SANTE	• <u>Douleur</u> lors des mictions
MEDICAMENTS	• <u>Prescription</u> d'un lavage de vessie
TRAITEMENTS ET PROGRAMMES	• <u>Programmes</u> mictionnels, etc.

Les CAP en fonction des contextes de soins

Domaines	CAP	HC	LTCF
Performance Fonctionnelle	Promotion des activités physiques	X	X
	Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ)	X	...
	Activités de la vie quotidienne (AVQ)	X	X
	Amélioration de l'environnement à domicile	X	...
	Risque d'Institutionnalisation	X	...
	Contention physique	X	X
Cognition et Santé Mentale	Perte cognitive	X	X
	Délirium	X	X
	Communication	X	X
	Humeur	X	X
	Comportement	X	X
	Maltraitance	X	...
Vie Sociale	Activités	...	X
	Soutien informel	X	...
	Relations sociales	X	X
Complications cliniques	Chutes	X	X
	Douleur	X	X
	Ulcères de pression	X	X
	Problèmes cardio-respiratoires	X	X
	Malnutrition	X	X
	Déshydratation	X	X
	Alimentation par sonde	X	X
	Médicaments	X	...
	Usage de tabac et d'alcool	X	X
	Incontinence urinaire	X	X
Incontinence fécale	X	X	

Les CAP Fiches techniques

CAP 17

LA MALTRAITANCE ET LA PERSONNE AGÉE

CAP MALTRAITANCE

4 types de maltraitance

- Maltraitance physique, sexuelle, à la pudeur comprise
- Maltraitance psychologique
- Négligence
- Maltraitance financière

4 groupes de facteurs de risque liés

- à la victime
- à l'agresseur
- à l'ensemble « victime-agresseur »
- à l'environnement

11 Sous-estimation du problème

- Crainte des conséquences légales
- Perception faussée de la réalité (enfants et adultes)
- Attitude d'indifférence

→ Il est important de réagir à un abus évident
→ Risque stress post-traumatique (dépression, anxiété, suicide)

DECLENCHEMENT DU CAP MALTRAITANCE

Risque très élevé, 2 critères
1 ou + indicateurs d'abus
2 ou + facteurs de stress

Risque modéré
1 ou + indic. d'abus
Aucun ou 1 fact. stress

Indicateurs d'abus: dépression – déclin intellectuel – colère courtoise – insomnie – pathologie, faible métabolisme de santé – capacités résiduelles insuffisantes de résilience, mais soignant à distance, isolement social

Facteurs de stress: crainte (procès, sollicitant manqué d'hygiène – négligence – abus – maltraitance)

LA GESTION DE LA MALTRAITANCE

Une approche interdisciplinaire

LE CLIENT

LA PERSONNE MALTRAITANTE

- **IDENTIFIER** les personnes maltraitées ou négligées
- **FACILITER** la prise de décision d'intervention

L'ENTOURAGE

L'EQUIPE SOIGNANTE

LE SPECIALISTE

L'AIDE POUR LES AVQ/AVIQC

OBJECTIFS DE SOINS

- Evaluer capacité de client à prendre des décisions au sujet de son état de bien-être et comprendre les conséquences de ses décisions
- Déterminer le niveau de risque
- Déterminer le besoin d'aide immédiat (soins, aide juridique...)
- Contrôler les conséquences au niveau état mental suite aux abus

RECOMMANDATIONS

- Analyse de l'ensemble du système dans lequel vit le client, écoute, empathie, respect
- Analyse en équipe pluridisciplinaire
- Concertation entre intervenants
- L'intervention doit pouvoir faire appel au professionnel adéquat
- Recours à plaintes déposées en justice que dans les cas extrêmes
- Comportement abusif, négligeant ou exploitateur ?
 - Effort de porter un jugement éclairé
 - Braver les « faits »
 - Rechercher des facteurs de risque
 - Considérer le point de vue de la personne
- **A éviter** – **Justifier** les « abus » et les « abusés »
 - Eviter la prise en charge sous des prétextes de secret professionnel ou en attendant que d'autres s'en occupent

EVALUATION GLOBALE

- 1. Entretien avec la personne**
 - Rencontre la personne seule
 - Interroger de façon rassurante
 - Si informé et après de clients et famille, au domicile de violence familiale, violence maltraitante
 - Evaluer point de vue de client
 - Si trouble mental ou situation de péril grave, obligation de porter assistance
 - Si client se maltraite (autisme, préjudice, décision par rapport à sa fiabilité)
 - Difficultés d'évaluer l'existence d'un abus (double financer)
- 2. Recherche de facteurs de risque**
 - Environnement social
 - Co-habitation
 - Densité
 - Dépendance financière
 - Abus et problèmes comportementaux, antécédents psychiatriques, alcool, drogues)

MDS/RAI

 - Résistance aux soins
 - Alcool
 - Problèmes de mémoire
 - Usage d'illégalité
- 3. Observation et examen clinique**
 - Observation comportement de la personne (repressif, débauché)
 - Apparence générale de la personne (manque d'hygiène, propreté)

- Examen clinique (fréquences, les lésions cutanées, d'abuse traumatiques, douleurs sans origine identifiable, signe de cohabitation physique)

- 4. Entretien avec d'autres personnes**
 - A. avec l'agresseur la personne suspecte, en tête à tête avec la personne que l'on pense être agresseur d'abus peut aider à élaborer une stratégie, si possible par professionnelle expérimentée
 - Effort jugement éclairé
 - Effort concertation avec la personne âgée
 - Il est préférable d'être bien-être ?
 - Antécédents psychiatriques ?
 - Antécédents de dépression ? d'alcool ?
 - Douleurs ? problèmes de communication ?
 - Dépendance financière ?
 - Interroger d'autres sources
 - B. avec d'autres personnes, services de santé ou de services sociaux professionnels, proches, services de soins, pour continuer
- 5. Utilisation d'outils de diagnostic spécifiques**
 - Ex : échelles IOA, EAI, EAST, ... (particulier lors de l'évaluation)
- 6. Si nécessaire, services spécialisés (CAPAM, Maltraitance...)**

PLAN D'INTERVENTION

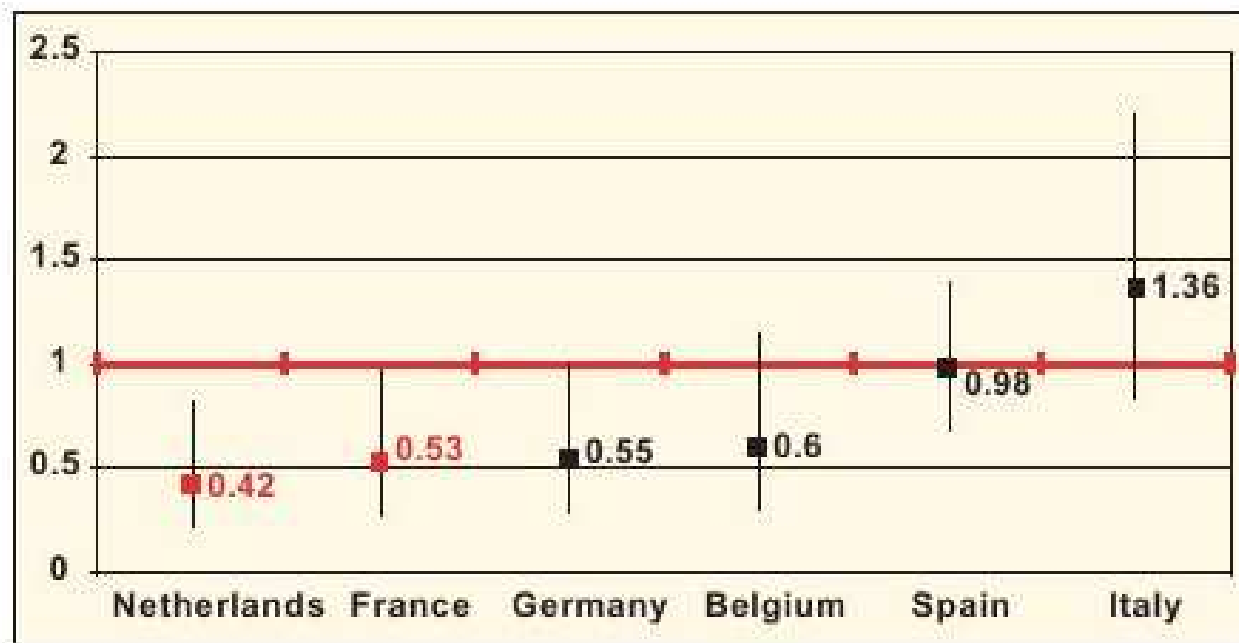
- **Principes généraux**
 - Absence de jugement
 - Respect de la personne et de sa capacité d'autodétermination
 - Trouver avec elle la solution la plus adaptée et possible
 - Savoir accepter des échecs quand la personne refuse que l'on intervienne
- **Traitement**
 - Services sociaux, personnel soignant, services d'aide à domicile peuvent être utiles pour identifier les facteurs
- **Les CAP**
 - Relations sociales, activités sociales, soutien informel, médiation, comportement, désynergisation, coopération et soutien
- **Plan de soins**, Inter
 - Danger physique immédiat ? → agir immédiatement
 - Le client accepte-t-il l'intervention ?
 - Amélioration par services de soins ?
 - Evaluation psychiatrique ?
 - Stress post-traumatique ? → soins psychiatriques
 - Aide pour soignants ?
 - L'abus est-il accepté ? thérapie ?

- **Survi et contrôle**
 - Réévaluation périodique accessible
- **Prévention auprès des autres**
 - Informer de leurs droits, donner moyens de les exercer
 - Développer autonomie et responsabilité
 - Maintenir des contacts, réduction de l'isolement
 - L'information est la seule solution
- **Prévention spécifique**
 - au milieu familial
 - Aide à domicile
 - Cours de formation
 - Formation, information, sensibilisation des familles et de l'âge
 - Médiation familiale
 - Centres d'accueil de jour
 - Centres de soins de jour
 - Centres de santé mentale
- **Prévention lors de l'intervention en établissement**
 - Participation de personne âgées à la prise de décision et placement
 - Préparation par médecin
 - Evaluer dans conditions adaptées, et préparation adéquate
 - Rappel de marquer à effectuer, prise de précautions particulières
 - Examiner et expliciter les démarches

ECHELLE DRS



Figure 48. Relative risk of mood disorders in older people
Odds ratio of risk for any mood disorder in the last 12 months in adults aged 65 years or over compared to adult population



Source: ESEMeD

ECHELLE CPS



Se faire comprendre



s'alimenter



Faculté cognitive pour prendre décisions



Mémoire à court terme



Mémoire procédurale

■ Performances cognitives

STATISTIQUES



Hôpital



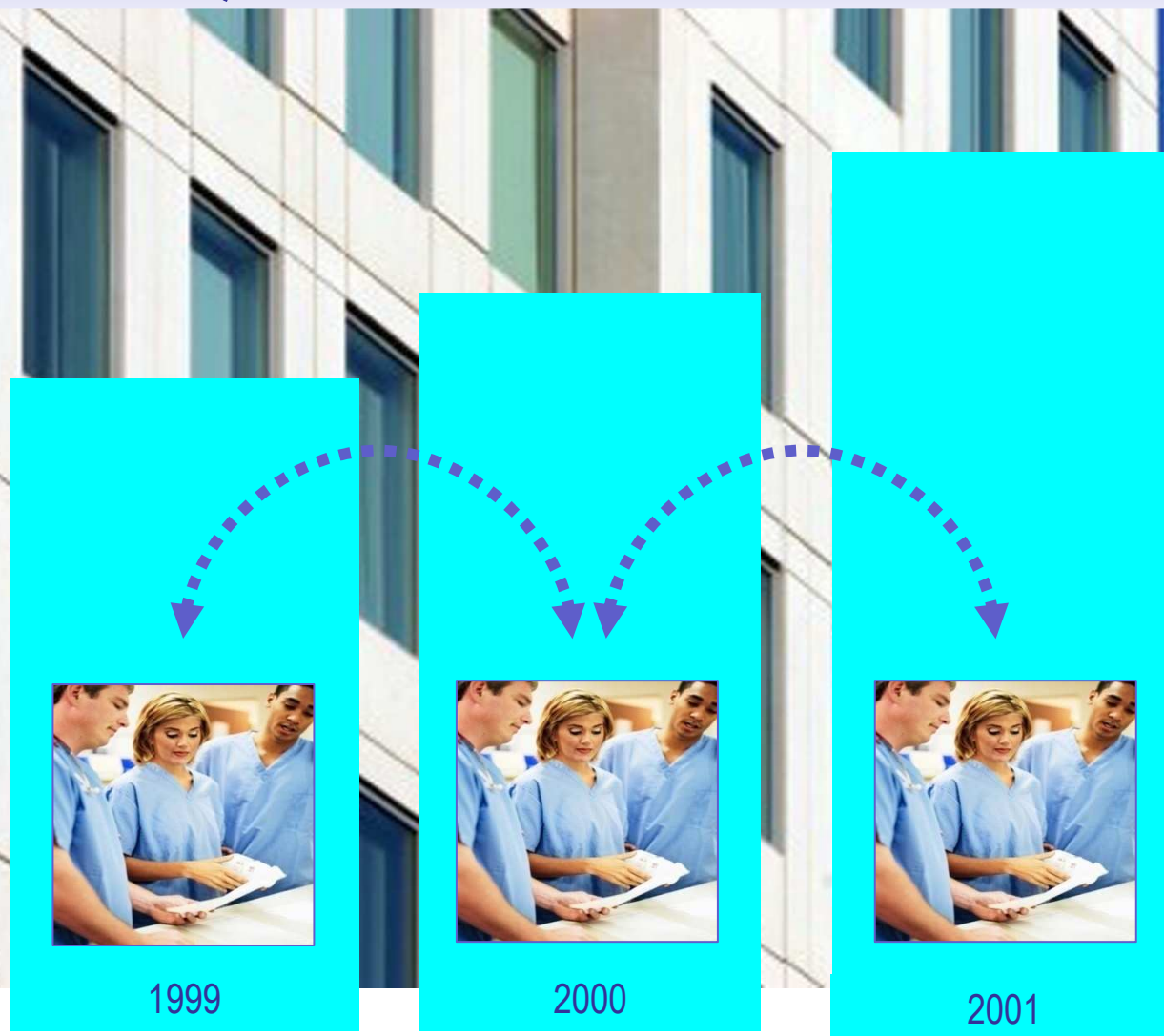
Domicile



Maison de repos

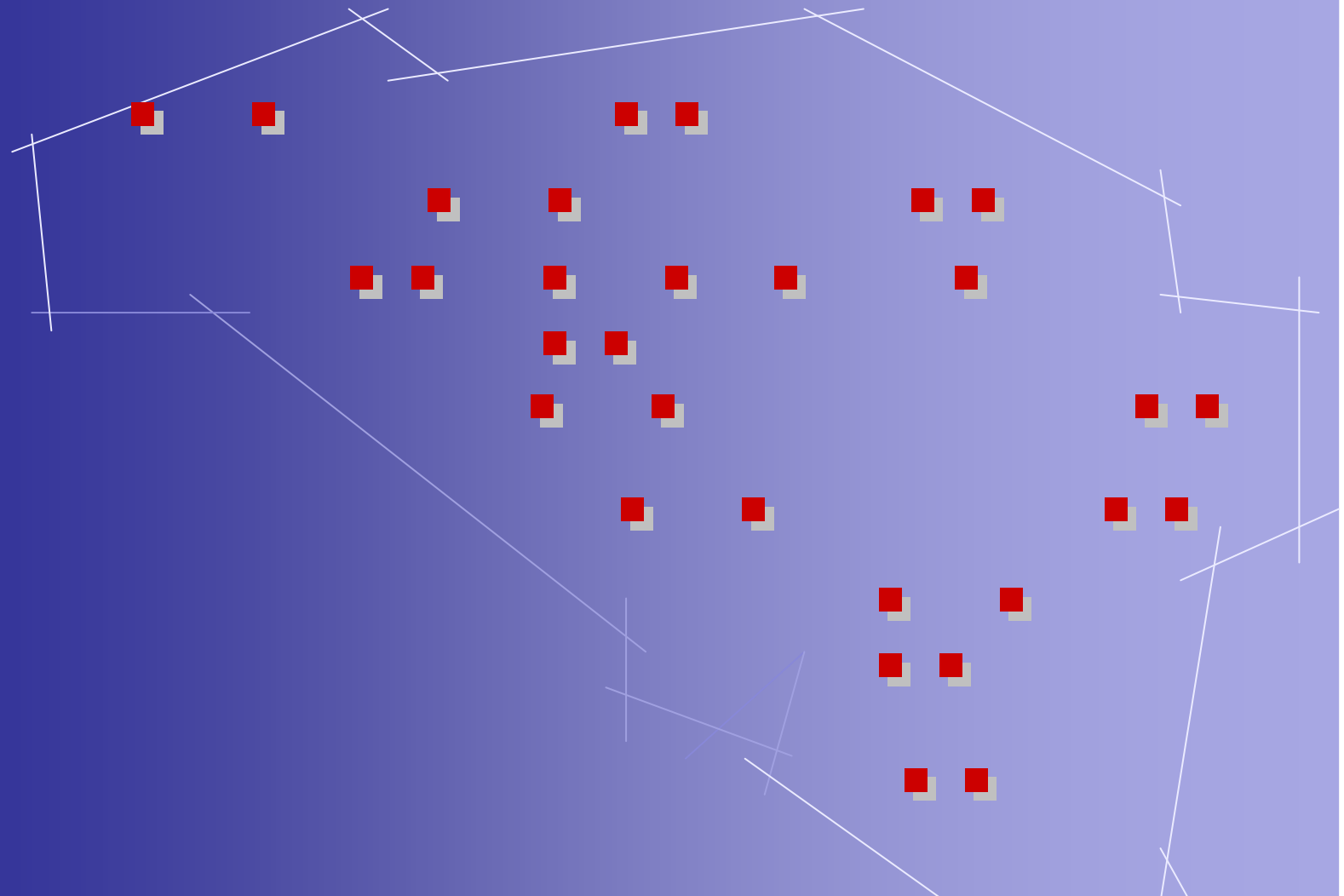
Niveau microscopique

STATISTIQUES



■ Niveau mésoscopique

STATISTIQUES



■ Niveau macroscopique



■ Indicateurs de qualité



■ RUG, utilisation des ressources