

BelRAI

La démarche *RAI*, historique,
philosophie, outils

J Collard
Prof Dr C Gosset



Qu'est-ce que le *RAI* ?

Vient de l'anglais

R = « Resident »

A = « Assessment »

I = « Instrument »

Instrument d'évaluation du « client »



Historique

Début des années 80

Les USA se préoccupent de la qualité des soins dans les établissements pour personnes âgées

→ Création d'une méthode uniforme pour

- évaluer les capacités du résidant à accomplir ses activités quotidiennes,
- mettre à jour les détériorations (ou améliorations) de ses capacités



interRAI
www.interrai.org

Reconnaissance internationale avec la création d'interRAI

Consortium international de chercheurs regroupant des experts de différents domaines

- Plus de 36 pays : pays européens dont la Belgique, la France, mais aussi USA, Canada, Australie, Chine, Corée, Japon, Israël, ...
- Démarche et outils validés scientifiquement et révisés à intervalles réguliers

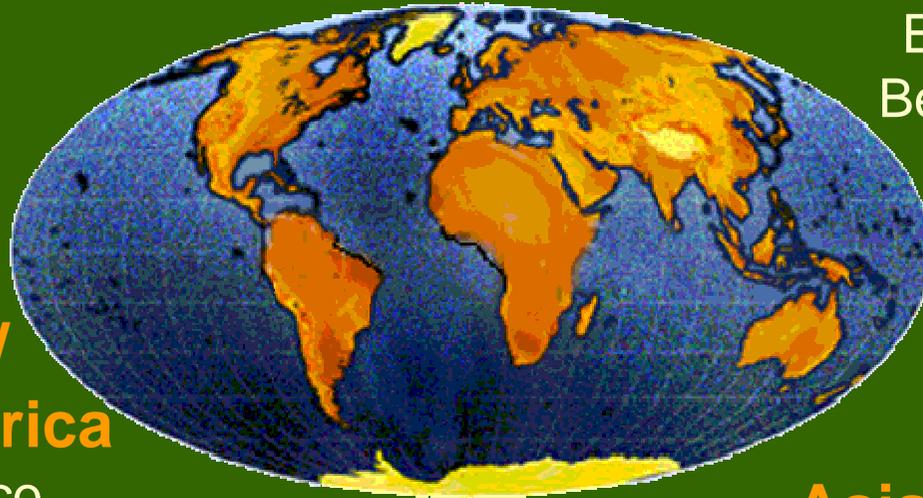
Membres d'interRAI

North America

Canada
USA

Central/ South America

Chile, Mexico,
Brazil, Belize,
Peru, Cuba



Europe

Iceland, Norway, Sweden, Denmark, Finland
Netherlands, Germany, UK, Switzerland,
France, Poland, Italy, Spain,
Estonia, Czech Republic,
Belgium Austria, Portugal,
Lithuania

Middle East

Israel

Asia/Oceania

Japan, South Korea, Taiwan, China,
Hong Kong, Australia, New Zealand, India

La méthode d'évaluation interRAI

Objectif

Développer des soins basés sur l'« evidence-based » à travers la collecte de données de haute qualité, validées et adaptées à différents contextes de soins

But ultime

Améliorer la qualité de vie et les soins de santé des personnes âgées



La démarche RAI en Belgique



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

Le RAI en Belgique (3)

→ 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

→ Outils présélectionnés : Katz, Pathos-Socios-Aggir, *RAI*

Le *RAI* en Belgique (4)

2004-2005

Étude interuniversitaire INTERFACE

Objectif

Comparer les outils présélectionnés par le groupe de travail ministériel et en choisir 1 sur base des critères définis

→ Choix de l'outil *RAI* puisqu'il répond à tous les critères

Le RAI en Belgique (5)

- 2006-2007 Projet BelRAI

- Objectif

- *Mettre en évidence les freins et les leviers en vue d'une utilisation optimale de l'outil RAI-MDS au sein des SISD, des MRS et des hôpitaux de jours gériatriques. (rapport BELRAI 2007)*

- 2007-2008

- Objectif

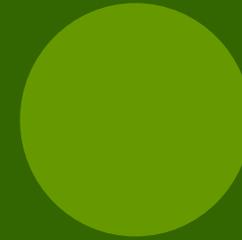
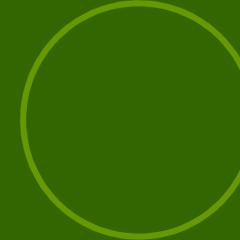
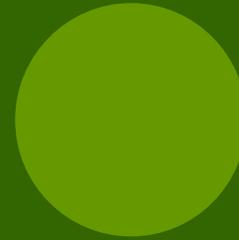
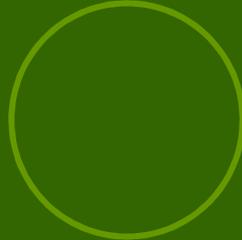
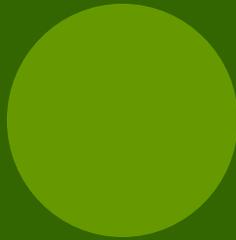
- *Déterminer les opportunités de l'utilisation du interRAI – Acute Care dans les services de gériatrie et et les unités banalisées , dans le cadre de l'implémentation du programme de soins gériatrique*

Le RAI en Belgique (6)

- **Projet 2010-2011**
 - Tester l'instrument RAI dans trois contextes de soins
 - Hôpital
 - MRS
 - Domicile
 - Tester le transfert des données d'un RAI d'une structure à l'autre



Continuité des soins

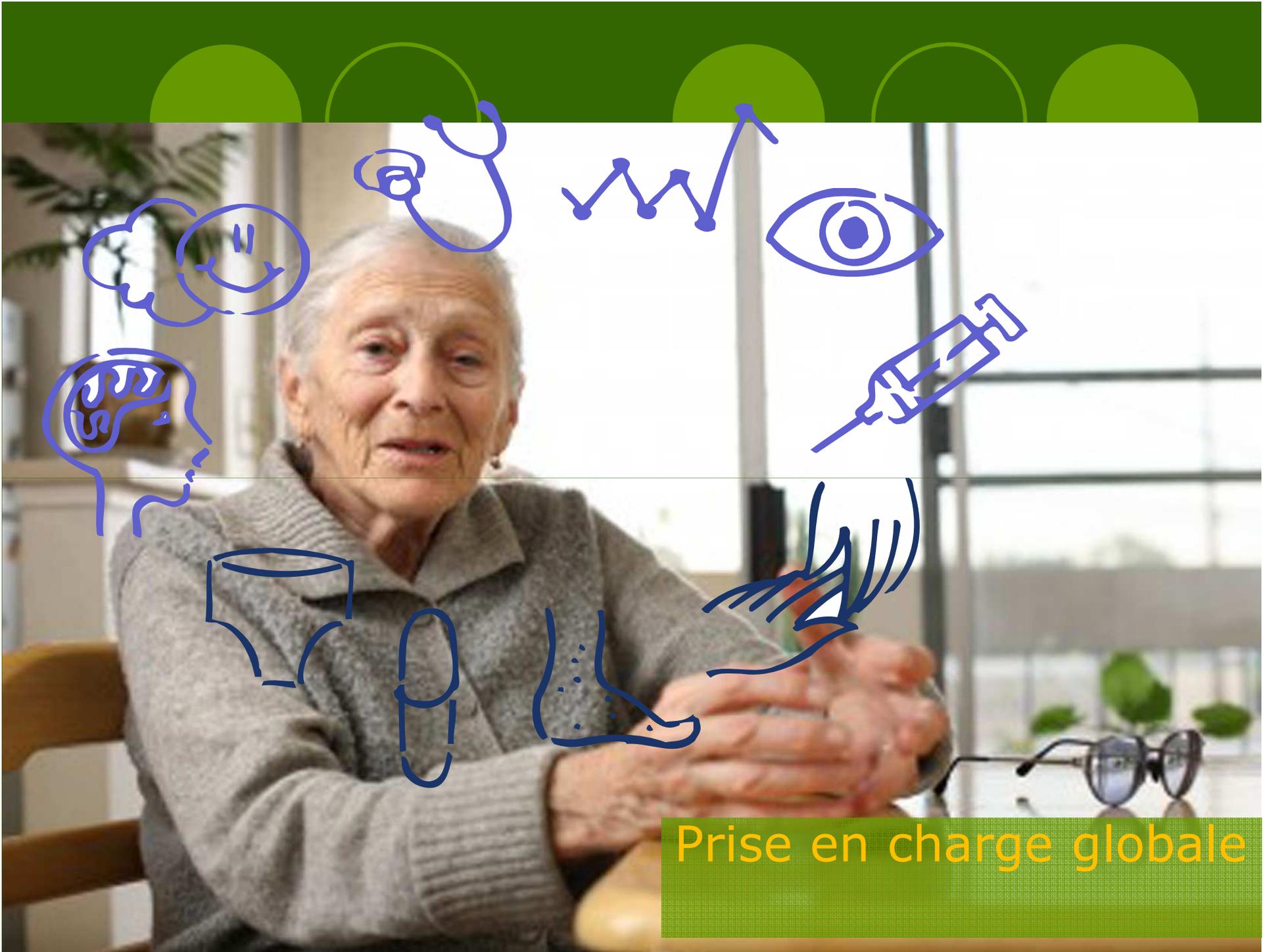


La démarche RAI



La démarche *RAI* (1)

- 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**
- Associe aux données biologiques du client des données psychologiques (cognitif et affectif) et sociales



Prise en charge globale



La démarche *RAI* (2)

La démarche RAI est un processus en **5 étapes** dont l'objectif final est la qualité de la prise en charge des personnes âgées

C'est une **démarche qualité**

La démarche *RAI* (3)

Étape 1

Recueil de données standardisées, interdisciplinaire

Étape 2

Analyse (informatisée) et interprétation des données

→ mise en évidence de domaines d'intervention prioritaires (CAP)

Étape 3

Détermination des objectifs appropriés, choix et planification des interventions interdisciplinaires, plans de soins

Étape 4

Observations intra structure et/ou inter structures

→ rapports édités automatiquement, qui permettent de suivre les clients au cours du temps

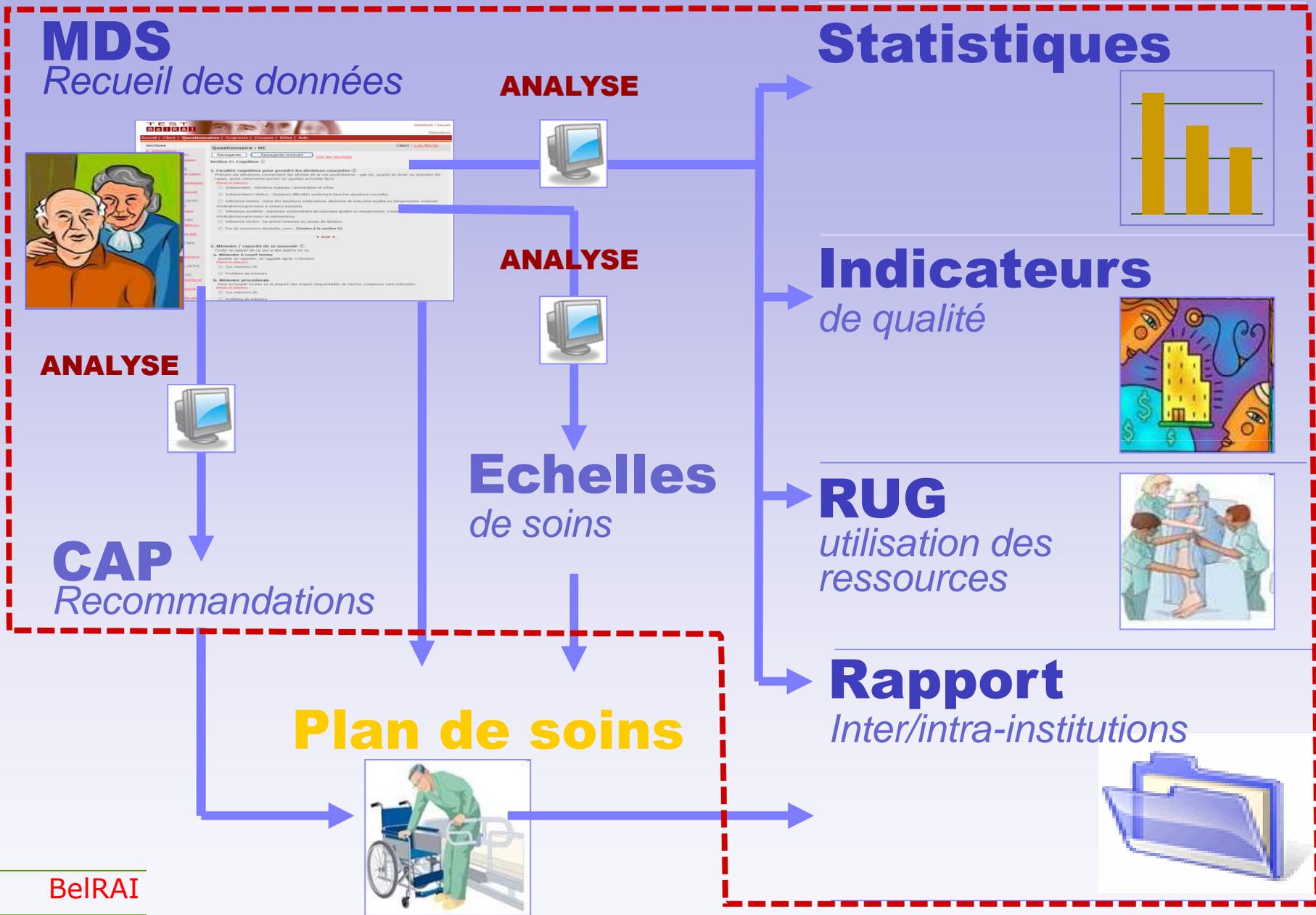
Étape 5

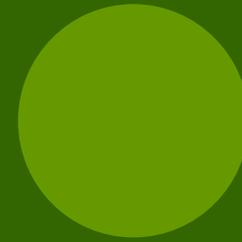
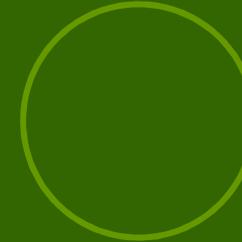
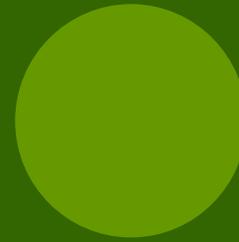
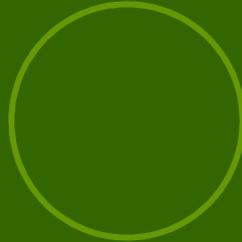
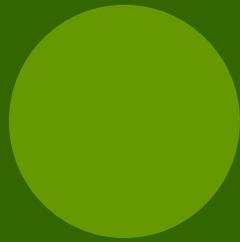
Évaluation interdisciplinaire de la prise en charge

Évaluation de la démarche *RAI*

Utilisation de divers indicateurs qualité

La démarche BelRAI complète





Le MDS

=

Minimum Data Set





Les instruments d'évaluation MDS - Minimum Data Set (1)

- Évaluation globale et pluridisciplinaire sur base d'un recueil de données standardisées
- Spécifique au contexte de soins
- 200 à 300 items répartis en sections
- Appliqué à l'admission (ou peu de temps après), chaque année et dès que l'état du client change significativement
- Réactualisé si un examen médical montre que c'est nécessaire

Les instruments d'évaluation MDS - Minimum Data Set (2)

Différents types de codes

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

Cas particuliers

- Diagnostics
- Médicaments



HC



LTCF



AC

En Belgique:
3 versions spécifiques
aux contextes de soins:

- **BeIRAI HC** (Home Care)
pour les soins à domicile
- **BeIRAI LTCF**
(Long Term Care Facilities)
*Soins de longue durée
pour les MRS, MRPA*
- **BeIRAI AC** (Acute Care)
*Soins aigus
pour les hôpitaux*

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

Les instruments d'évaluation MDS - Minimum Data Set (3)

- **Les sources d'information**

- Le patient

- principale source d'informations. Parlez avec lui, posez-lui des questions, observez-le dans son lieu de vie, pendant ses activités

- La famille, l'aidant proche

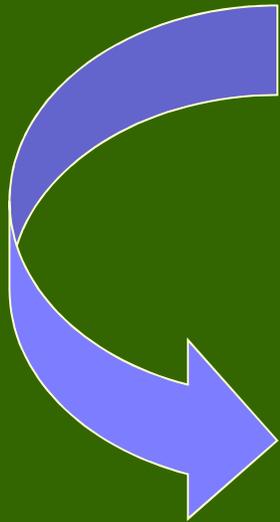
- Les soignants

- Consulter le dossier du client, les documents disponibles



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.



Responsable de l'instrument d'évaluation



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 souvient de quelques minutes



b. **Mémoire à long terme** - Peut accomplir toutes ou la plupart des tâches séquentielles de tâches complexes

c. **Reconnaissance** - Reconnaît A LA FOIS le visage et le nom des soignants fréquemment rencontrés, les lieux régulièrement visités (salle à manger, ...)

3. CLARTE DE LA PENSEE OU DE L'ETAT DE

d. **Clarté de la pensée** - Une question précise demande un entretien avec le patient, la personne qui a une connaissance précise de l'état du client pendant cette période

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

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**



Encodage informatisé
et standardisé

MDS – Formulaire en ligne

BeIRA I

TEST

Néerlandais | Français

Déconnexion

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

Sections

- [A. Informations d'identification \(0/24\)](#)
- [B. Admission et situation précédente \(0/22\)](#)
- [C. Cognition \(0/10\)](#)
- [D. Communication et vision \(0/6\)](#)
- [E. Humeur et comportement \(0/20\)](#)
- [F. Bien-être psycho-social \(0/21\)](#)
- [G. Fonctionnement dans la vie quotidienne \(0/20\)](#)
- [H. Continence \(0/4\)](#)
- [I. Diagnostics médicaux \(0/39\)](#)
- [J. Problèmes de santé \(0/35\)](#)
- [K. Etat nutritionnel/bucco-dentaire \(0/17\)](#)
- [L. Etat de la peau \(0/7\)](#)
- [M. Poursuite des occupations \(0/18\)](#)
- [N. Médicaments \(0/169\)](#)
- [O. Traitements et procédures \(0/69\)](#)
- [P. Représentation / Volonté \(0/13\)](#)
- [Q. Perspectives de sortie \(0/5\)](#)
- [R. Informations de sortie \(0/5\)](#)
- [S. Information en cas de réadmission \(0/4\)](#)
- [T. Information sur l'évaluation \(0/4\)](#)

Questionnaire : SLD

Client: [Lulu Martin](#)

Sauvegarder

Sauvegarder et suivant

Section G: Fonctionnement dans la vie quotidienne

1. Performance pour les AVQ

Coder la performance pendant une période de 24 heures, en considérant tous les épisodes de pratique de l'activité durant les 3 DERNIERS JOURS. Si l'activité est faite moins de 3 fois, coder alors l'épisode de dépendance le plus élevé.

a. Bain-douche

Comment la personne fait sa toilette complète dans la baignoire, dans la douche. Comment elle effectue le transfert dans et hors de la baignoire ou de la douche ET comment chaque partie du corps est baignée: bras, jambes, cuisses, poitrine, abdomen, région périnéale - EXCLUT LE LAVAGE DU DOS ET DES CHEVEUX

[Efface le selection](#)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Indépendant - Ni préparation, ni supervision, ni assistance physique | <input type="radio"/> Assistance importante - Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par un seul aidant alors que la personne accomplit 50% ou + des tâches |
| <input type="radio"/> Aide à la préparation seulement - Article procuré ou placé à proximité sans supervision ou assistance physique | <input type="radio"/> Assistance maximale - Aide nécessitant de la force (y compris pour soulever les membres) par deux aidants OU aide nécessitant de la force physique pour + de 50% des tâches |
| <input type="radio"/> Supervision - Surveillance ou indications | <input type="radio"/> Dépendance totale - Activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période |
| <input type="radio"/> Assistance limité - Aide pour la mobilisation des membres OU guidance physique ne nécessitant pas de force | <input type="radio"/> L'activité n'a pas été accomplie - Durant l'ensemble de la période |

b. Hygiène personnelle

Comment la personne fait pour se coiffer, se laver les dents, se raser, se maquiller, se laver et s'essuyer le visage, les mains - EXCLUT BAIN ET DOUCHE

[Efface le selection](#)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Indépendant - Ni préparation, ni supervision, ni assistance physique | <input type="radio"/> Assistance importante - Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par un seul aidant alors que la personne accomplit 50% ou + des tâches |
| <input type="radio"/> Aide à la préparation seulement - Article procuré ou placé à proximité sans supervision ou assistance physique | <input type="radio"/> Assistance maximale - Aide nécessitant de la force (y compris pour soulever les membres) par deux aidants OU aide nécessitant de la force physique pour + de 50% des tâches |
| <input type="radio"/> Supervision - Surveillance ou indications | <input type="radio"/> Dépendance totale - Activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période |

MDS – Aide en ligne

TEST
BeIRAI

[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)
- [G. Etat fonctionnel](#) (0/37)
- [H. Continence](#) (0/5)
- [I. Diagnostics médicaux](#) (0/39)
- [J. Etat de santé](#) (0/36)
- [K. Etat nutritionnel/Bucco-dentaire](#) (0/14)
- [L. Etat de la peau et des pieds](#) (0/7)
- [M. Médicaments](#) (0/163)
- [N. Traitements et programmes](#) (0/72)
- [O. Responsabilité/directive](#) (0/1)
- [P. Soutiens sociaux](#) (0/34)
- [Q. Evaluation de l'environnement](#) (0/10)
- [R. Perspectives de sortie et état général](#) (0/5)
- [S. Informations de sortie](#) (0/5)
- [T. Informations après une](#)

Questionnaire : HC

Client : [Lulu Martin](#)

[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
- Déficience minimale - Dans des situations particulières, décisions de mauvaise qualité ou dangereuses; a besoin d'indications/supervision à certains moments
- Déficience modérée - Décisions constamment de mauvaise qualité ou dangereuses; a besoin d'indications/supervision en permanence
- Déficience sévère - Ne prend rarement ou jamais de décision
- Pas de conscience décelable, coma - [[Sauter à la section G](#)]

[↑ TOP ↑](#)

2. Mémoire / capacité de se souvenir ⓘ

Coder le rappel de ce qui a été appris ou su

a. Mémoire à court terme

Semble se rappeler, se rappelle après 5 minutes

[Effacer la sélection](#)

- Oui, mémoire OK
- Problème de mémoire

b. Mémoire procédurale

Peut accomplir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches complexes sans indication

[Effacer la sélection](#)

- Oui, mémoire OK
- Problème de mémoire

MDS – Aide en ligne

The image displays a screenshot of the BeIRAI website, which is used for MDS (Minimum Data Set) documentation. The main page shows a navigation menu with options like 'Accueil', 'Client', 'Questionnaires', 'Soignants', 'Groupes', 'Rôles', and 'Aide'. The current questionnaire is titled 'Questionnaire : SLD' for client 'Lulu Martin'. The 'Section G: Fonctionnement dans la vie quotidienne' is highlighted, with a red circle around the '1. Performance pour les AVQ' question. The question text is: 'Coder la performance pendant une période de 24 heures, en considérant tous les épisodes de pratique de l'activité durant les 3 DERNIERS JOURS. Si l'activité est faite moins de 3 fois, coder alors l'épisode de dépendance le plus élevé.'

An inset window shows a detailed view of the 'Performance pour les AVQ' section. It includes a search bar, 'Page Info', and 'My Pref's' buttons. The content is structured as follows:

- Home**
- Actualités**
 - Nouvelles annonces
 - Intervisions
 - Formations
- BeIRAI**
 - En ligne
 - Helpdesk
 - Privacy Policy
- Démarche**
 - La démarche RAI
- Minimum Data Set (MDS)**
 - InterRAI HC Belgique
 - InterRAI LTCF Belgique
- Résultats**
 - Guide d'Analyse par Domaine d'intervention

Performance pour les AVQ

SECTION G Fonctionnement dans la vie quotidienne, Question 1
InterRAI LTCF Belgique

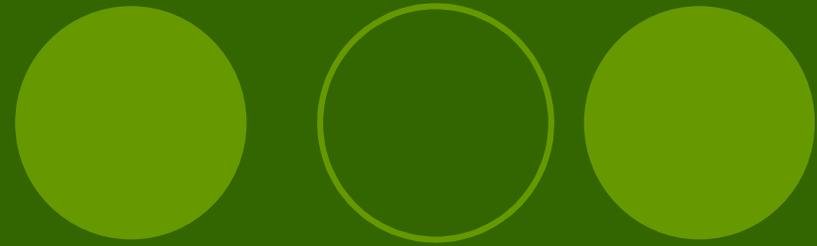
Objectif :

Déterminer les soins autonomes que le client a fait durant les trois derniers jours dans les Activités de la Vie Quotidienne.

Définitions :

L'autonomie dans les AVQ Les mesures se basent sur tous les épisodes de l'activité durant les trois derniers jours. Il s'agit des points suivants.

a. Bain-douche - Aller au bain/se doucher. Reprend aussi le fait d'entrer et de sortir du bain ou de la douche ET la manière dont chaque partie du corps est lavée : les bras, les jambes, le torse, le ventre, le sillon interfessier—PAS LE LAVAGE DU DOS ET DES CHEVEUX.



Les CAP
=
Clinical
Assessment
Protocols





Les CAP

A partir des données encodées dans le MDS, des algorithmes sont calculés automatiquement et permettent de détecter **les situations problématiques ou susceptibles de le devenir**

Chaque CAP correspond à **un problème de santé spécifique**

Ils couvrent des problèmes dans de vastes domaines

- Performance fonctionnelle
- Cognition et santé mentale
- Vie sociale
- Complications cliniques
- ...



Les CAP - objectifs

- Identifier les problèmes actuels ou potentiels
- Permettre au client de retrouver le meilleur niveau de fonctionnement possible
- Documenter la situation
- Guider le développement d'un plan de soins :
 - Pour l'équipe interdisciplinaire
 - Aide dans le processus de prise de décision
 - Énoncé des grandes lignes du plan de soins

Les CAP - historique

- 27 CAP en 2008
- Groupes de travail interRAI
- Recherche internationale
 - Littérature scientifique, « bonnes pratiques », avis d'experts
 - Banque de données interRAI (évaluations de clients) → pourcentages de personnes « avec déclencheurs » (« triggers ») pour chaque CAP



Les CAP

Les CAP constituent des « **guides de bonnes pratiques** »

Ils sont présentés de la manière suivante :

- **Problème** (description)
- **Déclenchement** (quels items des instruments d'évaluation « activent » ce CAP)
- **Recommandations**
- **Ressources complémentaires** (bibliographie, échelles d'évaluation spécifiques complémentaires, sites de référence, ...)

Les CAP **opérationnalisés** ont été adaptés au contexte belge

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
Médico-techniques	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 - explications

résultats calculés pour client Lulu Martin (SLD)

GAD's

Promotion des activités physiques ⓘ	1
Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ⓘ	2
Contention Physique ⓘ	0
Perte cognitive ⓘ	2
Delirium ⓘ	1

BeIRAI - Windows Internet Explorer
http://wiki.belrai.org/fr/Wiki.jsp?page=GADAVQ

Search

Page Info My Prefs

Home»

- Actualités
 - Nouvelles annonces
 - Intervisions
 - Formations
- BeIRAI
 - En ligne
 - Helpdesk
 - Privacy Policy
- Démarche
 - La démarche RAI
- Minimum Data Set (MDS)
 - InterRAI HC Belgique
 - InterRAI LTCF Belgique
- Résultats
 - Guide d'Analyse par Domaine d'intervention

Activités de la vie quotidienne (AVQ) - GAD code 2

Les informations relatives à ce GAD se divisent en trois parties :

I. Signification :
La **signification** du code 2 pour le Protocole d'évaluation clinique « Activités de la vie quotidienne ».

II. Enoncé du problème :
Description, mise en contexte et **énoncé du problème**.

III. Directives :
En attendant le traitement complet comme c'est déjà le cas aujourd'hui par exemple pour le GAD Contention physique, GAD Délirium, GAD Chute,... nous renvoyons ici vers un texte continu qui peut être téléchargé [ici](#).

Ces informations peuvent être [imprimées](#).

Echelle de Performance Cognitive

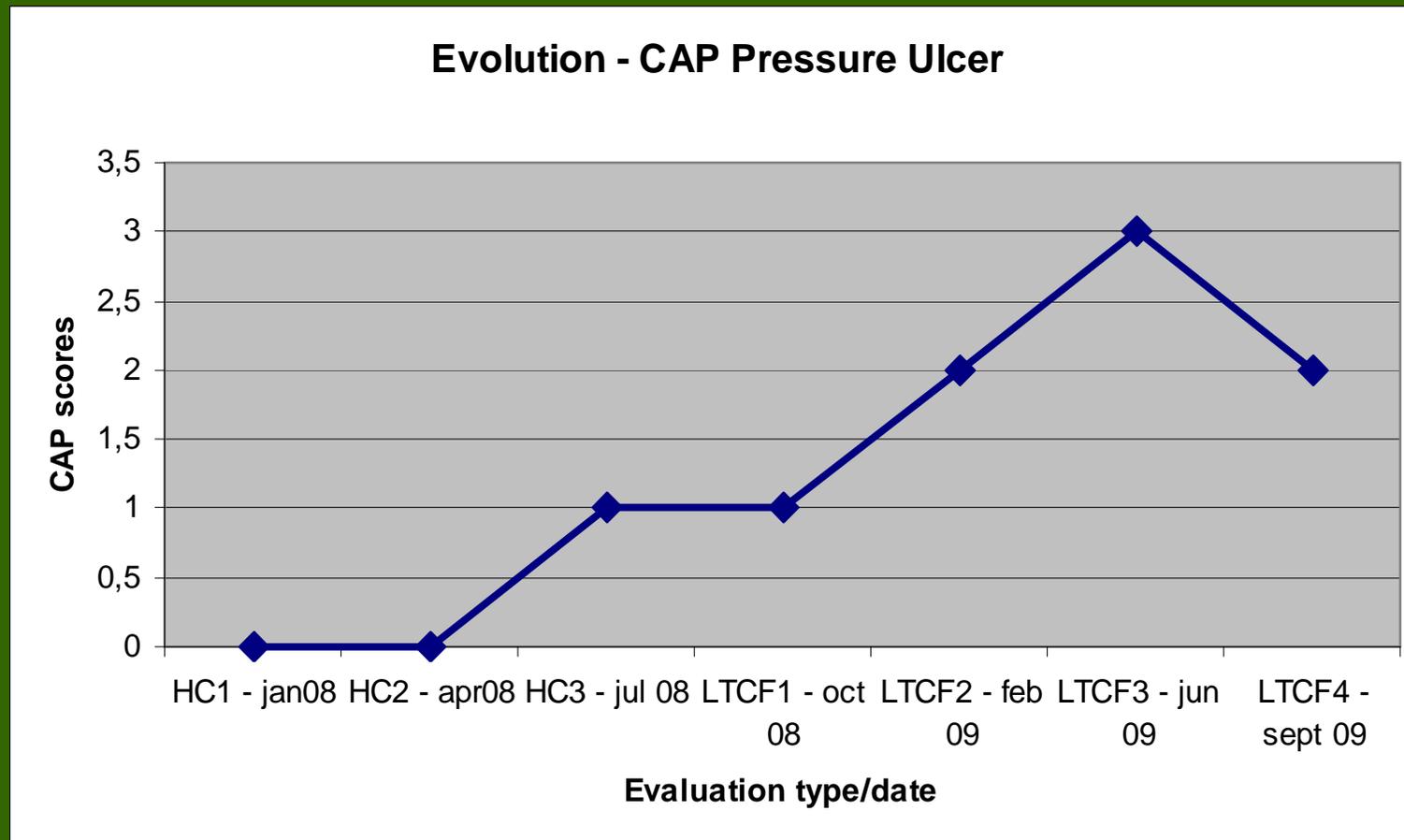
1

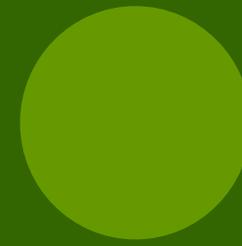
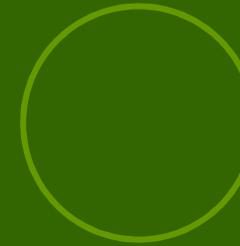
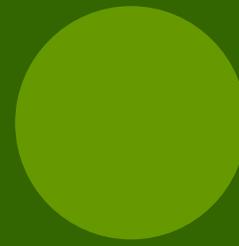
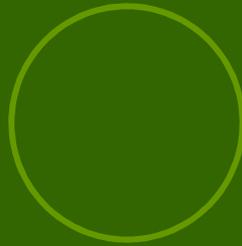
2

Les CAP – intérêts supplémentaires pour la personne soignée

- Évolution dans le temps
- Évolution en fonction d'autres paramètres cliniques

Exemple – Évolution du CAP « ulcère de pression » pour un client





Les échelles





Les échelles

- Échelle Hiérarchique des AVQ
- Échelle de répartition des âges
- BMI/IMC
- *CHESS*
- Échelle de communication
- Échelle d'implication dans les AIVQ
- Echelle de contrôle des médicaments
- Échelle de Performance Cognitive
- Échelle de dépression
- Échelle de douleur
- RISE
- RUG-III Index
- Decubitus ou Échelle de classification des Ulcères de pression
- Échelle de KATZ

Calcul des échelles (1)

Grâce à de nombreuses recherches utilisant les données du système InterRAI (items du MDS)

→ **Échelles** développées et validées

- bonne corrélation avec autres échelles reconnues sur le plan scientifique
 - MMSE
 - échelle de Hamilton
 - GDS
 - ...

Calcul des échelles (2)

- Les scores des clients pour ces échelles sont **automatiquement générés** par le système InterRAI après avoir complété l'instrument d'utilisation MDS
- Les échelles ne peuvent être calculées que si **tous les items prévus** à cette fin dans le MDS ont été soigneusement **complétés** dans BelRAI



Échelles interRAI

Principales échelles dérivées des instruments d'évaluation MDS

- ADL = Activities of Daily Living
- CPS = Cognitive Performance Scale
- IADL = Instrumental Activities of Daily Living
- BMI = Body Mass Index
- COMM = Communication Scale
- DRS = Depression Rating Scale
- PAIN = Pain Scale
- **CHESS**
- **RISE**
- **RUG-III Index**

Avantages des échelles interRAI

- Les données sont recueillies lors de l'utilisation de **l'instrument d'évaluation (MDS)** (et non pas *en plus*)
- Les résultats sont connus pour **tous les clients** (et pas seulement pour un groupe spécifique dans un contexte de recherche)
- Ils sont **disponibles** à tout moment
- Les **comparaisons** entre groupes de clients sont aisées.



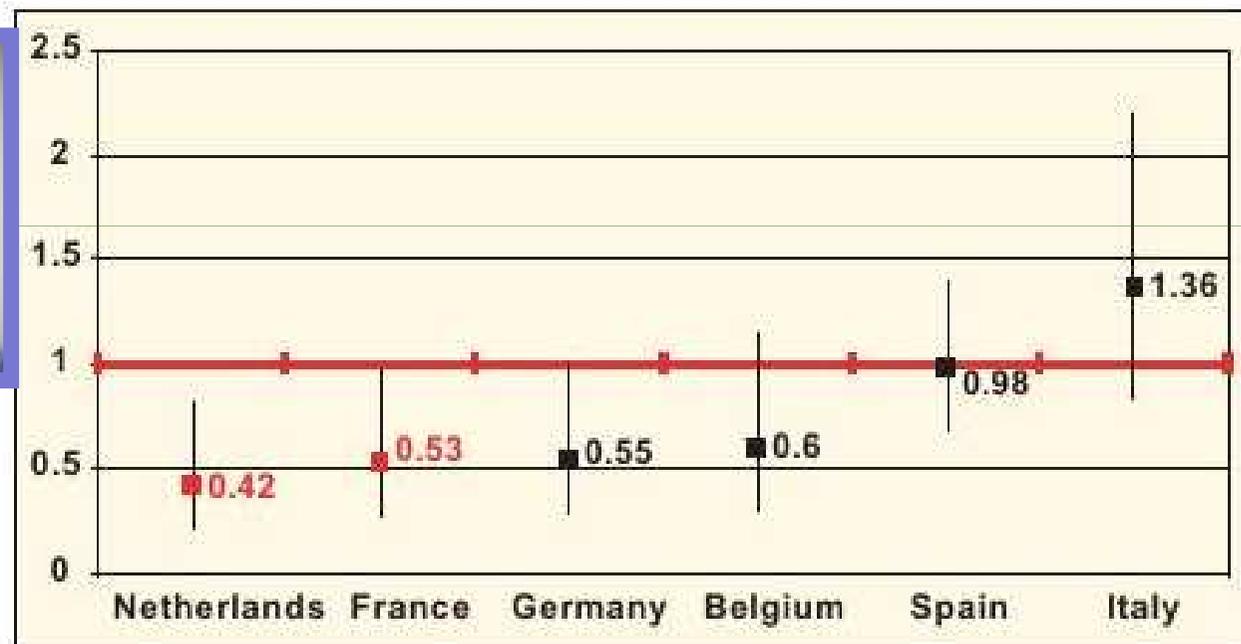
Autres échelles

En plus des échelles de soins propres au système InterRAI, d'autres échelles sont liées à InterRAI/BelRAI

- Échelle de répartition des âges
- Échelle de classification des Ulcères de pression
- Échelle de contrôle des médicaments
- Échelle de KATZ

Exemple - ÉCHELLE 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

Evaluation de la
dépression

ÉCHELLE CPS



Se faire comprendre



s'alimenter



Faculté cognitive pour prendre décisions



Mémoire à court terme



Mémoire procédurale

Performances
cognitives

Les statistiques





Les statistiques

Statistiques : évolution dans le temps

- **Micro** : l'évolution du client
- **Méso** : l'évolution de l'institution (ex. l'usage des médicaments, la lourdeur des soins,...)
- **Macro** : l'évolution au niveau national ou régional

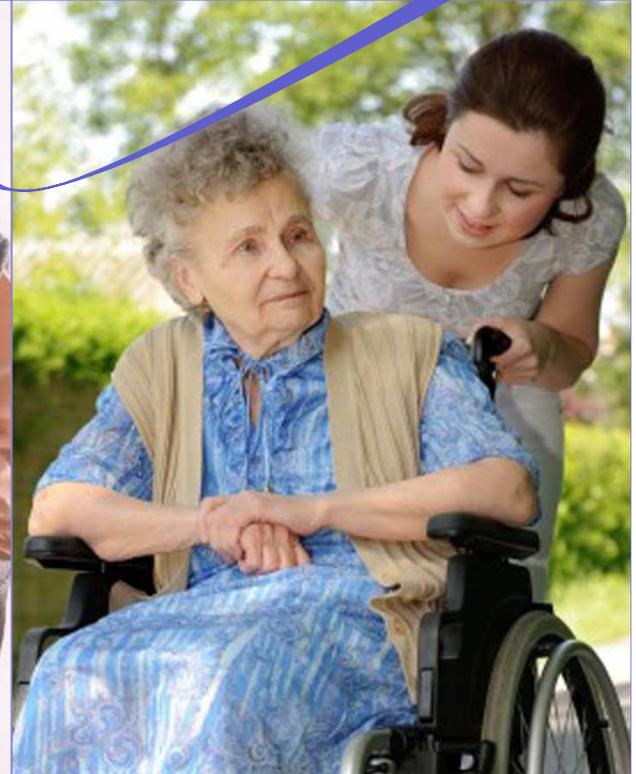
STATISTIQUES



Hôpital



Domicile

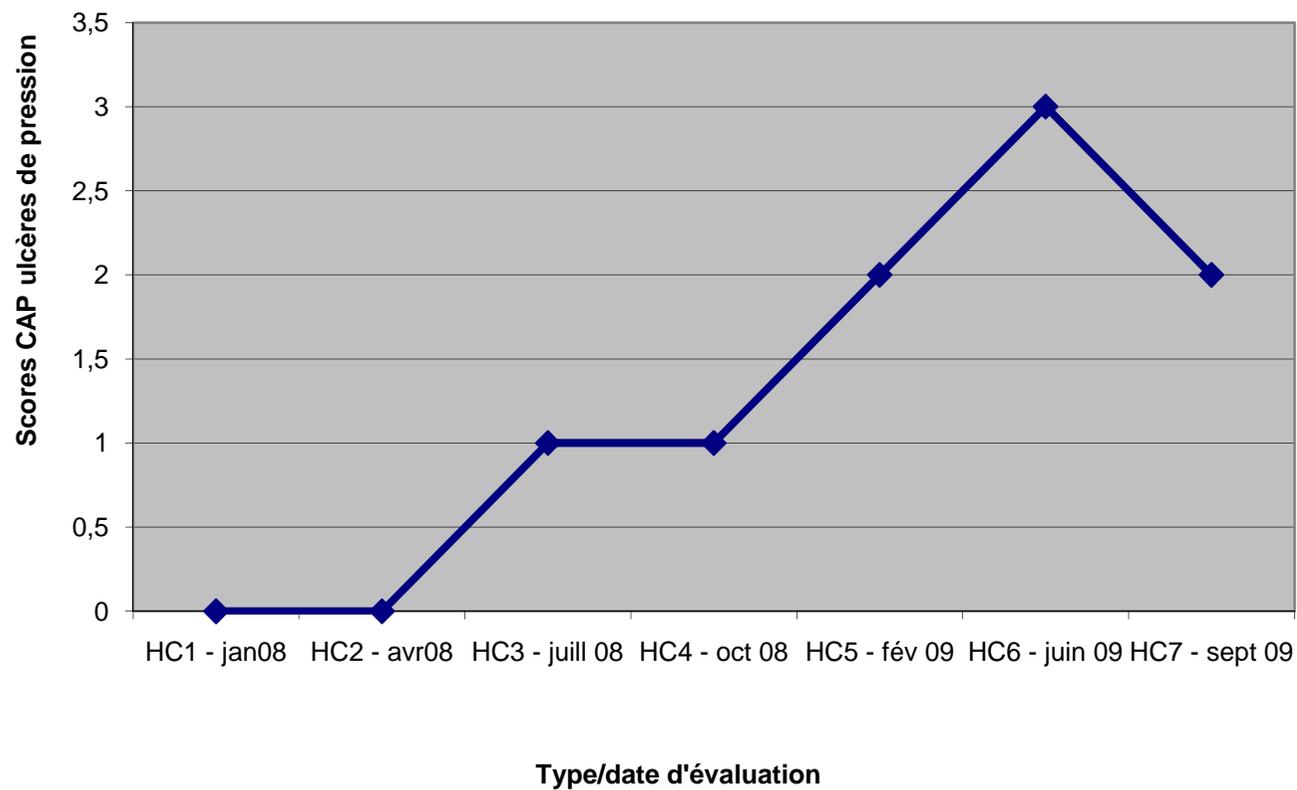


Maison de repos

Niveau microscopique

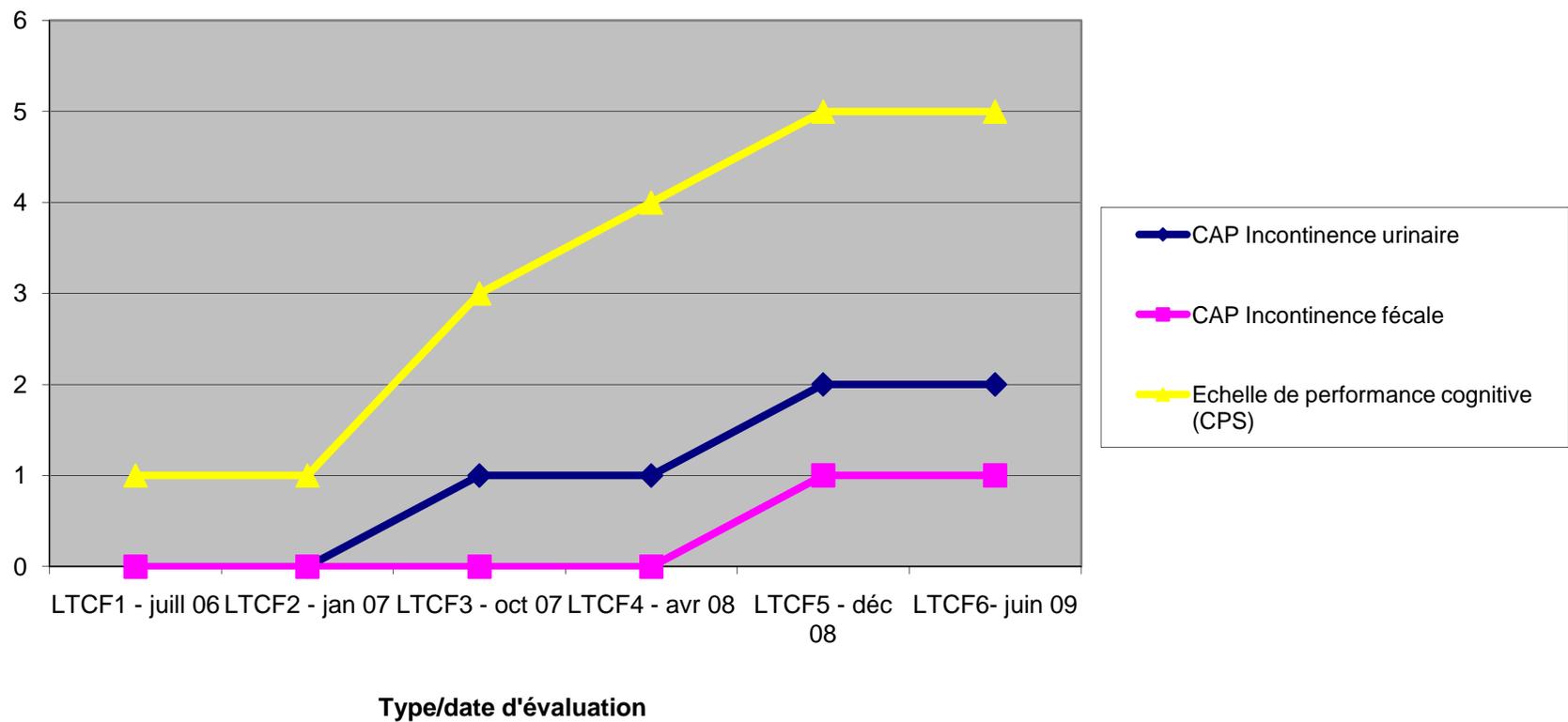
Les statistiques au niveau microscopique

Evolution - CAP Ulcères de pression

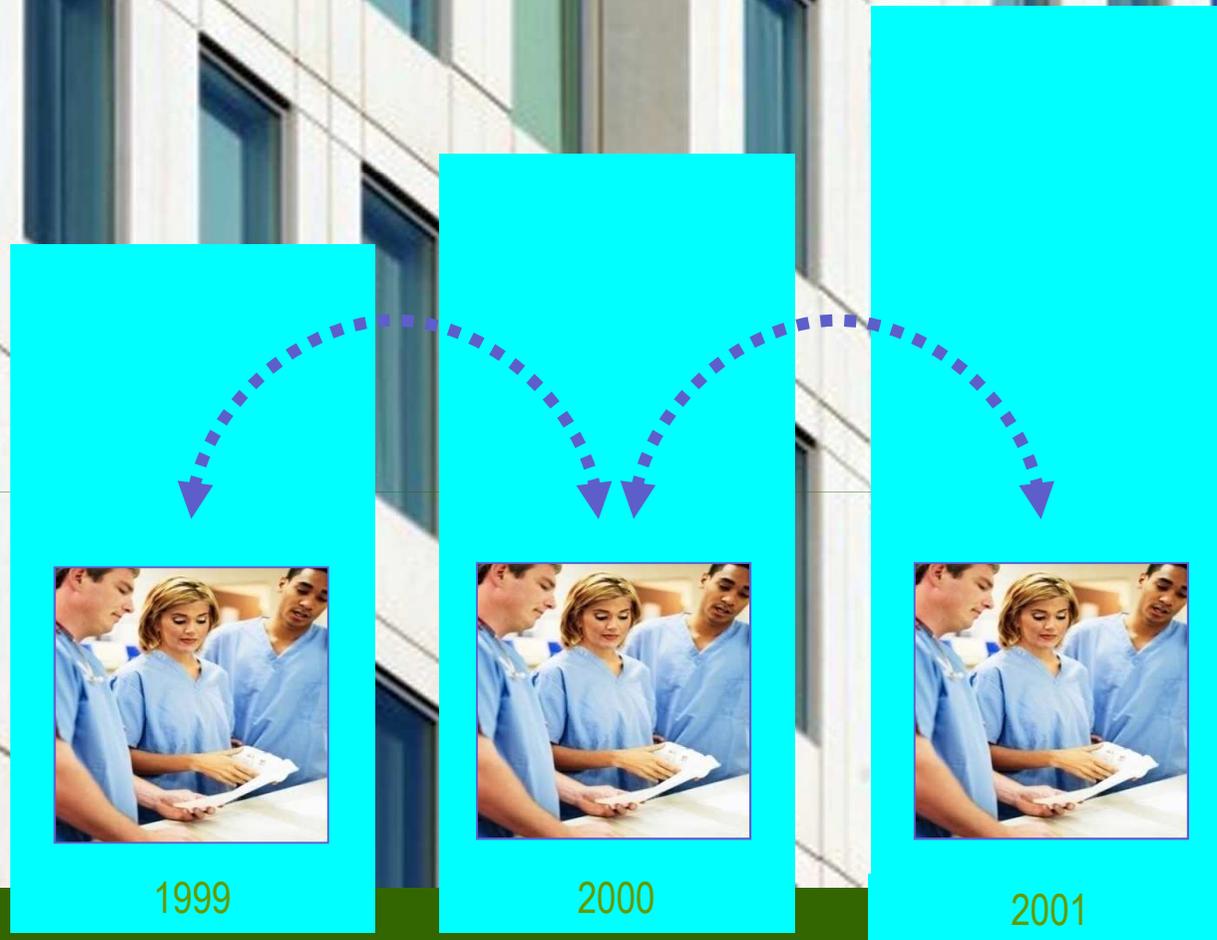


Les statistiques au niveau microscopique

Echelle de performance cognitive et CAP incontinence



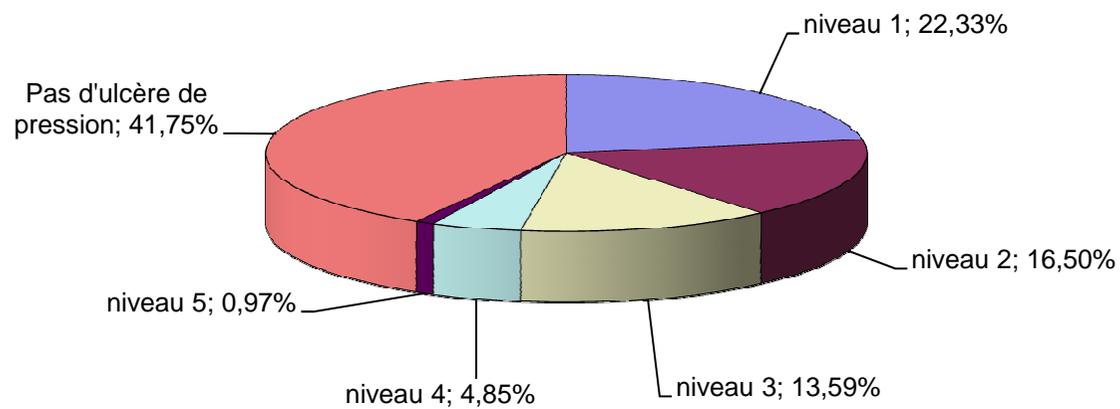
STATISTIQUES



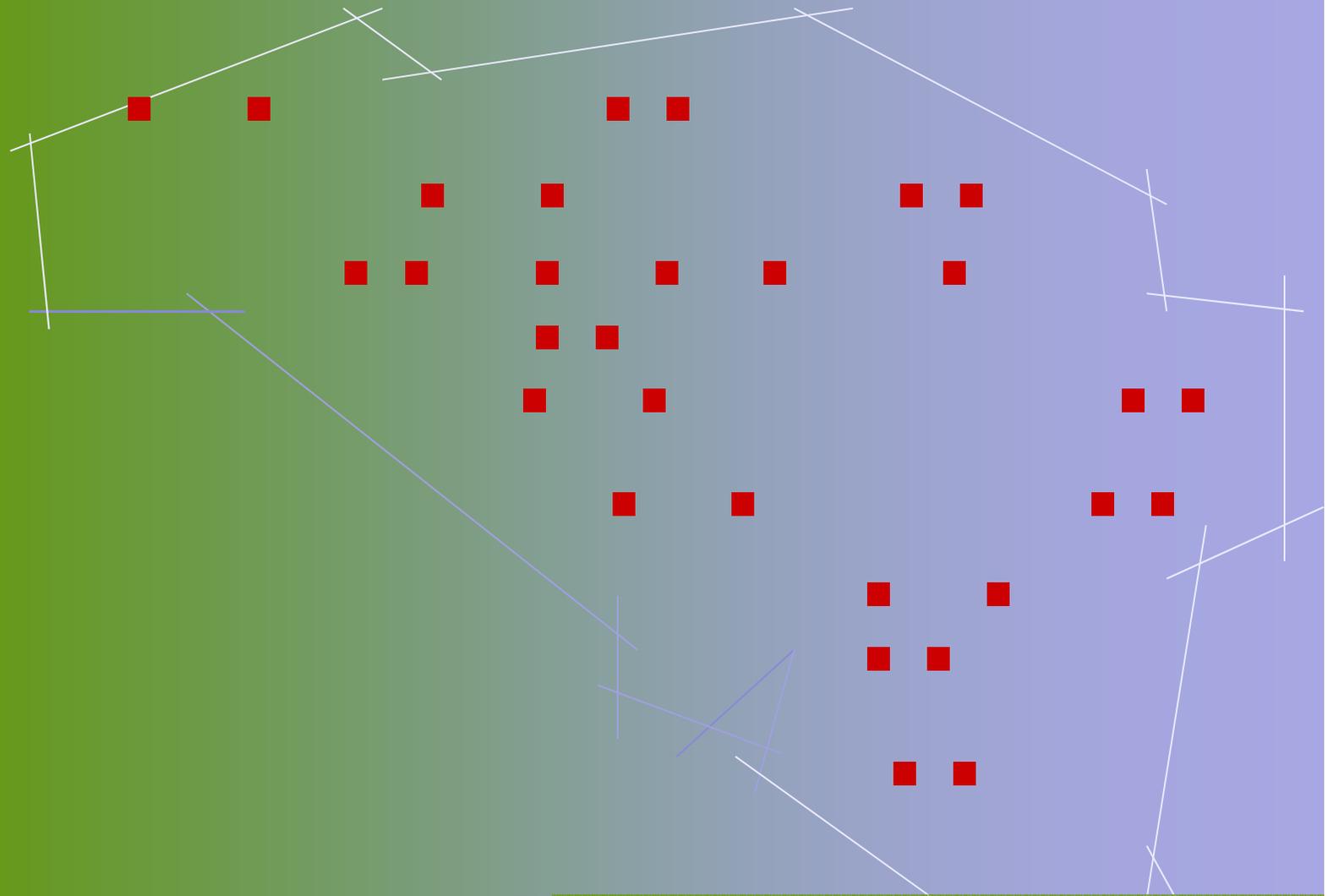
■ Niveau mésoscopique

% des clients d'une maison de repos

Ulcère de pression - niveaux de gravité



STATISTIQUES



Niveau macroscopique

Les indicateurs de qualité



Les indicateurs de qualité - Définition

- Un **Indicateur de Qualité (IQ)** est un élément mesurable se rapportant aux soins de santé et qui donne une indication de leur qualité

Les indicateurs de qualité

- Sont calculés à partir de certaines **observations** réalisées auprès **des clients** et **encodées** dans l'instrument d'évaluation RAI par le personnel soignant de manière standardisée et **en interdisciplinarité**
- Sont centrés sur des **événements de santé** qui sont **à éviter**
(ulcères de pression, douleurs non-traitées, incontinence, perte de poids, etc.)
- Sont **générés automatiquement** selon des algorithmes

Les indicateurs de qualité

- **Le management**

- Que faisons-nous bien ou que faisons-nous mal ? Quels sont nos points forts, quels sont nos points faibles? Comment avons-nous évolué par rapport à l'année dernière ?

- **L'inspection / évaluation**

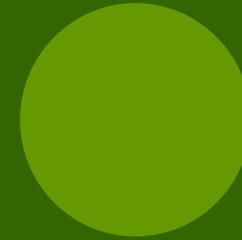
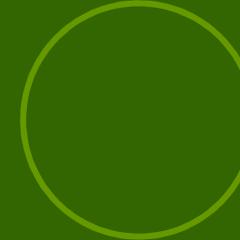
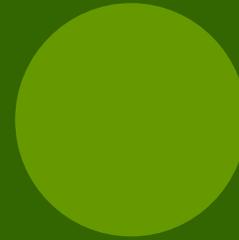
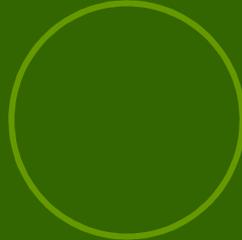
- Évaluation du processus : permet de conseiller les institutions dans le but d'améliorer la qualité des soins et de conserver leurs points forts

- **Bonnes pratiques**

- Qui les applique très bien et comment les autres peuvent-ils apprendre ?

- **Benchmarking**

- Comment fonctionnons-nous, en comparaison aux autres ?



RUG, utilisation des ressources





Les RUG

- Permettent d'étudier la lourdeur des soins : les clients sont répartis en 34 ou 44 groupes (LTCF) ou 23 groupes (HC)
- Peuvent servir de base pour le financement, mais est aussi intéressant pour des aspects sans lien avec le financement



Les outils

Les sites et le helpdesk

- Site Test
<http://test.belrai.org>
- Site officiel (intégré dans E-health)
<http://www.belrai.org>
- Site Wiki
<http://wiki.belrai.org/fr>
- helpdesk@belrai.org