




MDS RAI

une valeur ajoutée pour les soins, leur suivi, la communication et l'évaluation



Christian Swine
Médecine gériatrique CHU Mont-Godinne
IRSS Institut de recherche Santé et Société
CRIV Centre de recherche interdisciplinaire sur le vieillissement



1

Projections 2000 – 2050

Working paper DGSOC N°1 mars 2005 Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique J Pacolet, D Deliege, C Artoisenet, G Cattarzi, V Coudron, X Leroy, A Peetermans, C Swine

- **Les >65** représentent aujourd'hui 17% de la population, ...22% en 2020, 26% en 2030, 29% en 2050
- **Le vieillissement** est intense, en % des 65+

	2000	2020	2050
- 80 + =	22 %	28 %	40 %
- 85 + =	10 %	14 %	22 %
- **Et, par rapport à 2000, il y aura en 2050**
 - - 750 000 **octogénaires** en plus (fois 3)
 - - 200 000 **nonagénaires** en plus (fois 4.5)
 - - 7 000 **centenaires** en plus (fois 9)

2

Risques de santé de la PA

- Déclin fonctionnel
 - apparition d'incapacités
 - besoins d'aides et de soins
 - institutionnalisation
 - Hospitalisations et ré-hosp.
- Syndromes gériatriques
 - chutes, delirium, dénutrition, réactions aux médicaments, incontinence...
- **Comment évaluer ces risques, comment gérer ces problèmes?**

→ Processus d'EGS, ses résultats à l'hôpital, à domicile (méta-an. Stuck)
3

Effects of CGA on high risk patients

- High risk of functional decline
 - Institutionalization
 - Geriatric syndromes
 - Increased care needs
 - Mortality
- Risks for increased costs
 - Hospital readmissions
 - Diagnostic technologies and medications

High potential benefit

CGA	OR	95%CI
• Living at home	1.26	1.10-1.44
• Hospital admission	0.88	0.79-0.98
• Mortality (1 y)	0.86	0.75-0.98
• Cognitive performance	1.41	1.12-1.77

Stuck AE, The Lancet 1993;342:1032

4

Processus de soins en gériatrie: la dynamique de l'EGS (CGA)

- Evaluation standardisée multidisciplinaire
 - santé et médicaments
 - dimensions fonctionnelles
 - contexte psycho-social
 - Ressources disponibles
- Plan des traitements, des soins de la réadaptation de la sortie

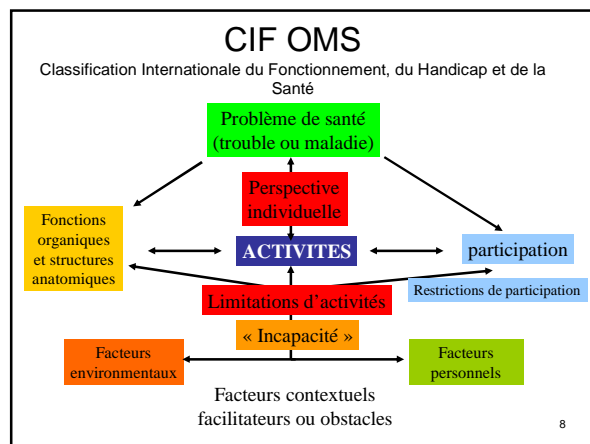
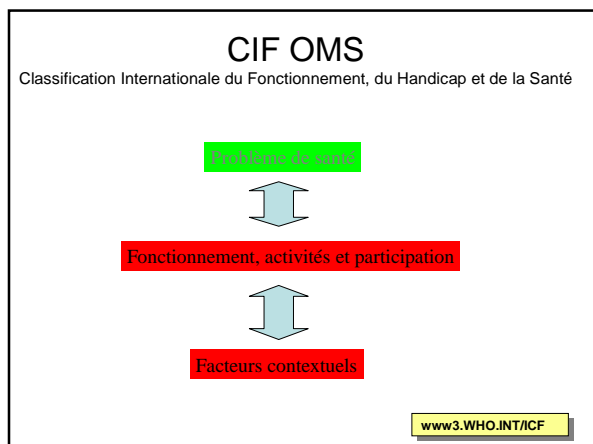
5

07/06/2011

Outils

- Evaluation multidimensionnelle
 - Mobilité kiné
 - Indépendance nursing
 - Cognition psycho, ergo
 - Nutrition diététicienne
 - Humeur psychologue
 - Comportement nursing
 - Elimination nursing
 - Activités ergothérapeute
- Interdisciplinarité
- Choix d'un instrument

6

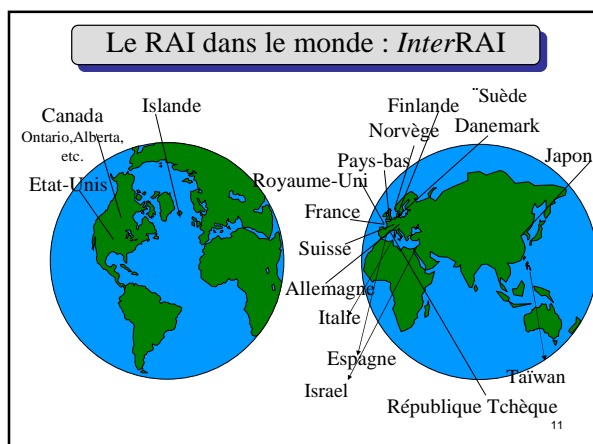


Le cadre conceptuel du MDS-RAI

- ❖ Est centré sur le **fonctionnement humain** qui distingue
- ❖ Les domaines des **structures** et des **fonctions** dont l'atteinte se traduit par les **déficiences**
- ❖ Les domaines des **activités** et de la **participation** dont l'atteinte se traduit par les **limitations de capacités** et les **restrictions de performances**

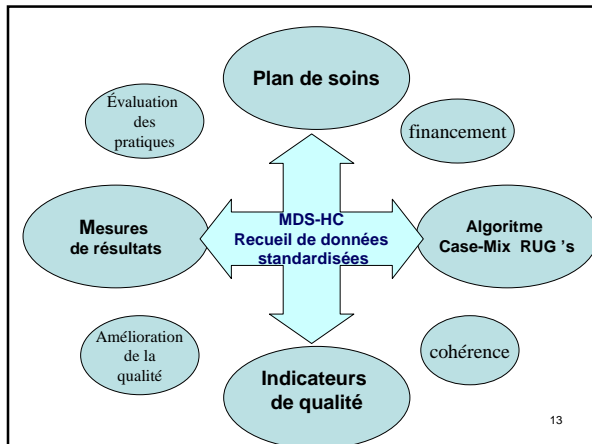
Historique de la démarche

- Née aux Etats-Unis sur commande de l'Administration Fédérale à un groupe d'experts afin d'améliorer la qualité des soins dans les nursing homes
- Rendue légalement obligatoire en 1990 pour l'accréditation et le financement des nursing homes par le programme Medicare
- Création du consortium international Inter-RAI dans le but de développer
 - la diffusion de la démarche dans d'autres pays
 - de **nouvelles applications dans d'autres contextes** que les nursing homes afin d'améliorer la qualité des soins et la connaissance par des travaux de recherche



Utilisation de la démarche RAI

- ❖ A partir de l'**évaluation globale de la situation** d'une personne (par le Minimum de données standardisées ou MDS) on repère ses problèmes médico-psycho-sociaux, puis on les analyse à partir de guides de bonne pratique enfin on élabore un **plan d'aide et de soins personnalisé**
- ❖ Le recueil d'informations standardisées, base de l'évaluation, permet aussi directement la construction
 - d'**indicateurs de santé**, (de performance cognitive, dépression, performance pour les Activités de la Vie Quotidienne)
 - d'**indicateurs de qualité**,
 - de **groupes iso-ressources** (RUG)



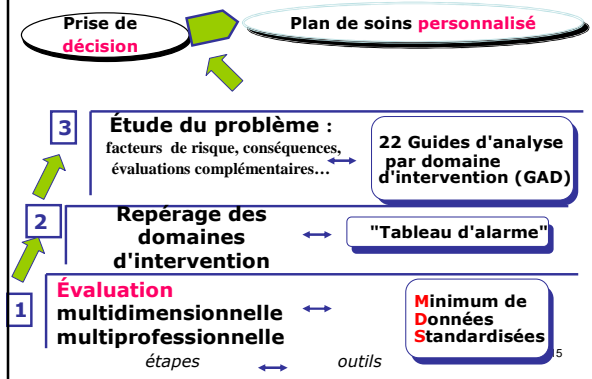
13

A chaque étape, ses outils

- le **MDS** (*Minimum de Données Standardisé*) pour l'**évaluation** de la situation
- le "**tableau d'alarme**" pour la **synthèse** de l'information et le pointage des problèmes
- les **guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)** pour préparer la **décision**
- le **manuel** guide d'utilisation qui est aussi un **manuel de formation** gériatrique

14

À chaque étape de la démarche RAI, ses outils



5

Minimal Data Set (MDS-HC®)

- AA, BB, CC Données administratives
- A Données d'évaluation
- B Situation cognitive
- C Communication/audition
- D Vision
- E Humeur et comportement
- F Fonctionnement social
- G Aides naturelles
- H Fonctionnement AVJi, AVJ
- I Continence
- J Diagnostics des pathologies
- K Santé et prévention
- L Nutrition, hydratation
- M Dentition et bouche
- N Etat cutané
- O Environnement
- P Soins et services
- Q Médicaments

16

Extrait du tableau d'alarme

Signal (sur le MDS)		Tableau d'alarme (extrait)					
Item du MDS	Valeur du Code	GAD	Humeur	AVQ	Incontinence	Chutes	Psychotrope
H1b Incontinence urinaire	2 - 4				●	●	●
H3 d Sonde urinaire	1				●		
O4c antidépresseurs	1 à 7					●	●

17

Etape Les Guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)

- ❖ Ils sont orientés vers les **problèmes**
- ❖ Ils constituent un **cadre** pour approfondir l'évaluation de la situation du résidant
- ❖ Ils correspondent aux **22 problèmes gériatriques majeurs**

18

Étape ② Les 22 domaines d'intervention

- État confusionnel aigu
- Perte cognitive / démence
- Fonction visuelle
- Communication
- Potentiel de réadaptation fonctionnelle (AVQ)
- Bien-être psycho-social
- Humeur
- Problèmes de comportement
- Occupations
- Chutes
- Incontinence urinaire / sonde à demeure
- Soins palliatifs*
- Douleur*
- État nutritionnel
- Alimentation par sonde
- Déshydratation / Equilibre liquidien
- Soins dentaires
- Escarres
- Usage de médicaments psychotropes
- Contention physique
- Problèmes cutanés et des pieds*
- Maltraitance*

19

Étape ③ Que trouve-t-on dans un GAD ?

- I** - La présentation du **problème** :
ses caractéristiques, son importance
- II** - Le rappel des signes attirant l'attention sur ce problème : les « **signaux d'alarme** » (items du MDS)
- III** - Des « **Recommandations** »
 - pour établir la *nature du risque* pour le résident
 - pour *décider* (ou non) d'une intervention
- IV** - Un résumé : les « **clés de lecture** »

20

Un exemple de démarche RAI : Les chutes

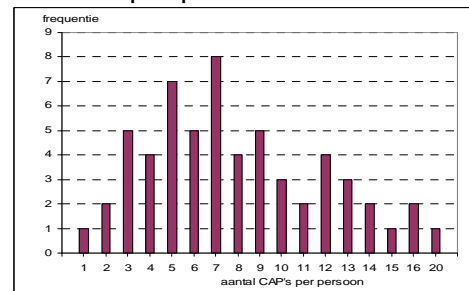
« Signaux d'alarme » pour les chutes GAD 11

- ❖ Chute dans les 30 derniers jours [J4a = 1]
- ❖ Chute entre 31 et 180 jours [J4b = 1]
- ❖ Déambulation [E4 = 1, 2 ou 3]
- ❖ Etourdissement [J1j=1]
- ❖ Utilisation d'anxiolytiques [O4b = 1à7]
- ❖ Utilisation d'antidépresseurs [O4c = 1à7]
- ❖ Contention du tronc [P4c = 1 ou 2]

21

Nombre de problèmes signalés par personne

Qualidem, 2003

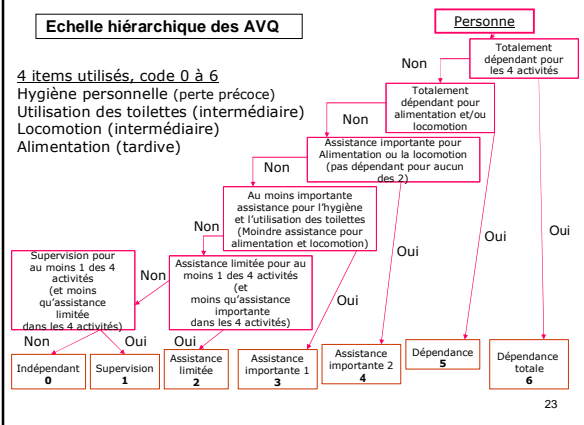


22

Echelle hiérarchique des AVQ

4 items utilisés, code 0 à 6

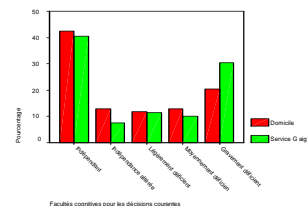
Hygiène personnelle (perte précoce)
Utilisation des toilettes (intermédiaire)
Locomotion (intermédiaire)
Alimentation (tardive)



23

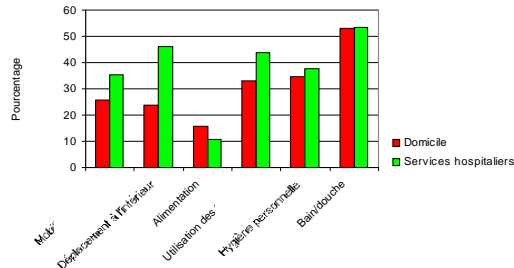
Facultés cognitives

Figure 1 - Déficience cognitive pour les décisions courantes à domicile et en service G aigu (Pourcentage)



24

AVQ – Dépendance totale



25

Les marqueurs de qualité (IQ)

- 22 IQ dans 11 domaines d'intervention
- = situations indésirables évitables
 - événement sentinelle
 - événement incontestable : incidence ou prévalence relative
- reflètent résultats, procédures ou mixtes

26

Indicateurs de qualité

Domaine	Indicateur
Accidents	IQ1 Incidence des fractures ; 2 prévalence des chutes
Comportement et statut émotionnel	3 Prévalence des troubles du comportement* ; 4 P des symptômes dépressifs ; 5 P des dépansions non traitées
Prise en charge médicamenteuse	6 Utilisation de 9 médicaments ou plus
Etat cognitif	7 Incidence des déficits cognitifs
Élimination et continence	8 Prévalence des incontinences urinaires ou fécales* ; 11 des fécalomes ; 10 des sondes .

D'après Zimmerman et al, 1997

27

Indicateurs de qualité

Domaine	Indicateurs
Contrôle des infections	12 Prévalence des infections urinaires
Nutrition et alimentation	13 Prévalence des pertes de poids ; 14 des sondes gastriques ; 15 des déshydratations .
Etat fonctionnel	17 Incidence du déclin dans AVQ perdue tardivement*
Usage des psychotropes	19 Prévalence de l'utilisation : des neuroleptiques en l'absence de signes psychotiques signalés ; 20 d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques ,...
Qualité de vie	23 Prévalence des activités faibles ou nulles
Peau	24 Prévalence des escarres stade 1-4*

28

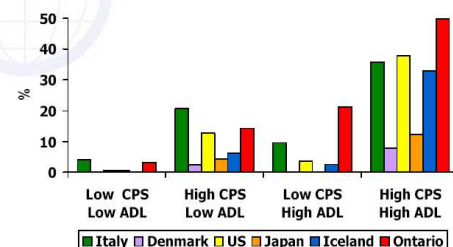
Ajustement des indicateurs

Stratification de la population en sujets à haut/bas risque et sujets exclus/non exclus

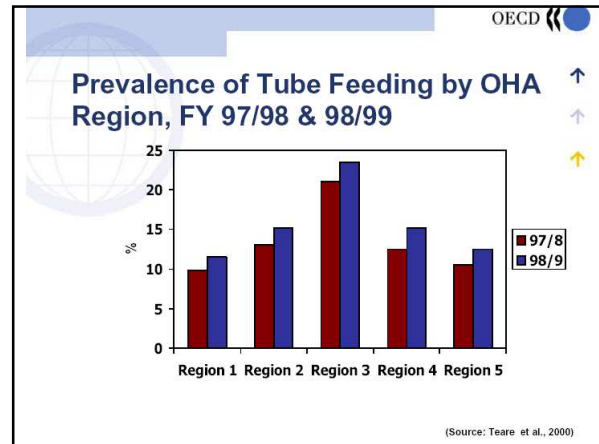
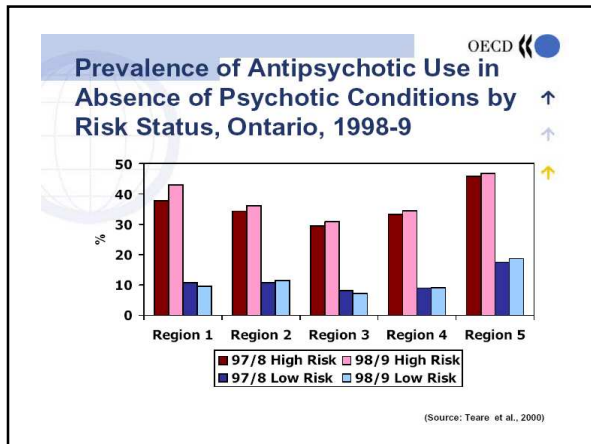
- Trouble du comportement : **facteur de risque** psychose
- Incontinence : **facteur de risque** déficit cognitif sévère, totalement dépendant pour les AVQ, **facteur d'exclusion** coma, sonde, stomie
- Escarre : **facteur de risque** coma, malnutrition, maladie en stade terminal, dépendance pour le transfert ou la mobilité au lit
- Déclin dans les AVQ perdus tardivement : **facteur d'exclusion** coma, totalement dépendant

29

Prevalence of Daily Restraint Use by Cognitive Impairment and Disability



(Source: Hirdes et al., 1999)



Nursing Home Quality Indicators Profile

Facility Name: ABC Manor
Report Period: 7/1/00 to 12/31/00

Domain/Quality Indicator	Number with QI	Number in Denom	Facility Percentage	Peer Group Percentage	%ile Rank	Flag
Accidents						
1. Incidence of New Fracture	1	79	1.3%	1.8%	40	
2. Prevalence of Falls	14	79	17.7%	13.3%	81	
Behavioral/Emotional						
3. Prevalence of Behavioral Symptoms	21	79	26.6%	21.2%	76	
High Risk	19	56	33.9%	26.4%	79	
Low Risk	2	23	8.7%	10.2%	58	P
4. Symptoms of Depression	23	79	29.1%	15.1%	91	
5. Symptoms of Depression without Antidepressant Therapy	13	79	16.5%	7.9%	93	P
Clinical Management						
6. Use of 9+ Medications	22	79	27.8%	27.6%	52	
Cognitive Patterns						
7. Onset of Cognitive Impairment	1	24	4.2%	10.3%	19	

Page 1 of 4

©Center for Health Systems Research and Analysis, University of Wisconsin - Madison

The screenshot shows the homepage of the BelRAI Wiki. The page title is "PAGE ACCUEIL BelRAIWiki" and the URL is "wiki.belrai.org/fr". The content includes a welcome message in French, a description of the Resident Assessment Instrument (RAI) project, and information about the platform's purpose in sharing knowledge and resources among healthcare professionals. There are navigation links for "Accueil", "Ajouter", "Modifier", and "Rechercher".

Les principes de la démarche RAI

- ❖ Centrée sur la **personne** (pas la maladie), elle prend en compte, non seulement ses déficits, mais aussi ses « atouts », ses choix et ses désirs
- ❖ Demandant la participation des différents intervenants auprès de la personne
 - elle favorise ainsi le **travail en équipe** et la collaboration des différents professionnels
 - permet une vue d'ensemble de la situation de la personne à partir de différents points de vue
- ❖ S'appuie sur des instruments et des procédures systématiques et standardisés, détaillés dans un "**Manuel de formation et guide d'utilisation**"

35

Un outil capable de... ...mieux que le Katz

- Evaluer les besoins en soins individuels
- Elaborer un plan de soins individualisé
- Favoriser le travail d'équipe
- Faciliter la communication dans le réseau
- Favoriser la qualité
- Dynamiser la récupération

36

Ce que RAI n'est pas

- Un instrument de contrôle
- Une Xème invention
- Un outil pour le médecin seul
- Une perte de temps
- Ne remplace pas
 - L'examen clinique
 - Le dossier médical
 - La relation médecin-patient

37

Prévenir le déclin fonctionnel et gérer les problèmes. Conditions organisationnelles*

- Médecin de famille (guichet et coordination)
- Outil commun d'évaluation des besoins (ex RAI)
- Structure d'évaluation multidisciplinaire
- Gestion de cas (plan individualisé et suivi)
Pilotage dans le réseau de soins (GC)
- Liens de réseau (MR-MRS, hôpital)

*Roberto BERNABEI InterRai

38

Pertinence clinique RAI en soins à domicile (Groupe INTERFACE 2004)

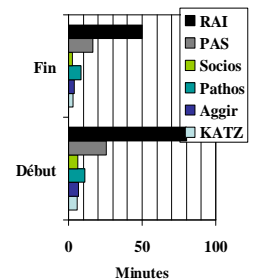
- Valeur ajoutée pour
 - Le patient (vue d'ensemble)
 - Pour l'équipe (plan de soins, charge de travail)
 - Pour l'interdisciplinarité (chacun concerné)
 - Pour la transversalité (communication)
- Mais
 - Exhaustivité et temps de remplissage
 - Nécessite une collaboration avec tous, avec le médecin traitant
 - Pas de feed-back (version informatique non disponible au moment de la recherche)

De Lepellere J., Faliez F., Swine C., Vioff M., Peperack T., Buntinx F.
Organisation et financement d'une offre de soins
transinstitutionnelle, secteur de soins aux personnes âgées, Louvain-la-Neuve :
Interface, 2005.

39

Résultats : durée et ressources

- Relative variabilité:
fonction de la familiarité
- Gain de la pratique:
20 à 40% du temps
- Logiciels: très utiles
- Difficultés à impliquer
toute l'équipe, surtout
le médecin



40