



**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# Programme interRAI

**Colloque du 13 juin 2016**

Service de la santé publique

**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# AU PROGRAMME

- 14:30**     **Accueil**  
*Chantal Grandchamp, Service Santé Publique*
- 14:35**     **L'ABC de la démarche clinique interRAI**  
*Nathalie Wellens, Service Santé Publique*
- 15:10**     **L'utilisation clinique sur le terrain: exemple de l'AVASAD**  
*Martine Karlen & Arnaud Dulimberty, AVASAD*
- 15:45**     **Questions**
- 16:05**     **Point de situation sur le Programme Cantonal**  
*Chantal Grandchamp, Service Santé Publique*
- 16:20**     **La Suite interRAI et le système de santé**  
*Stéphanie Monod, Service Santé Publique*
- 17:00**     **Discussion**

**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

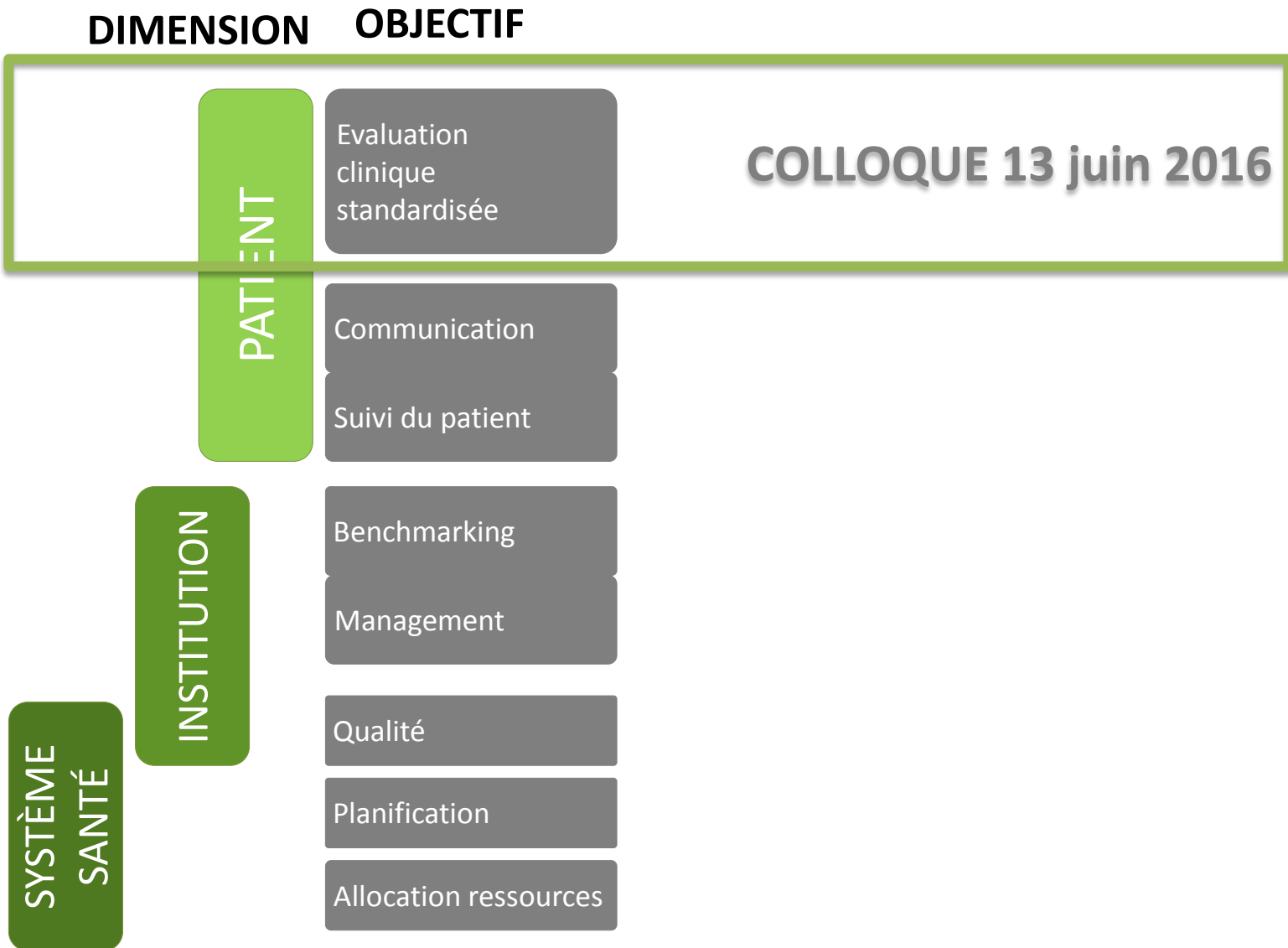
# L'ABC de la démarche interRAI

**Nathalie Wellens**

Service de la santé publique

Colloque Programme interRAI – 13 juin 2016

# SYSTÈME INTERRAI: DIMENSIONS ET OBJECTIFS



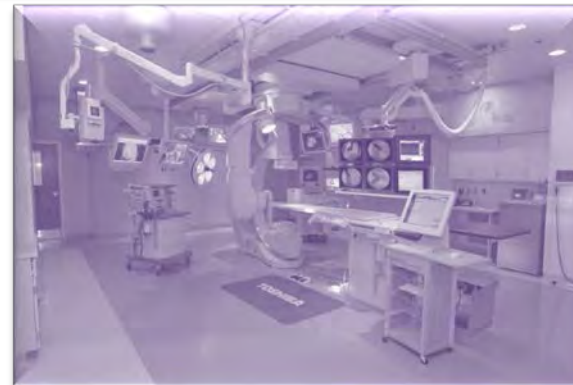
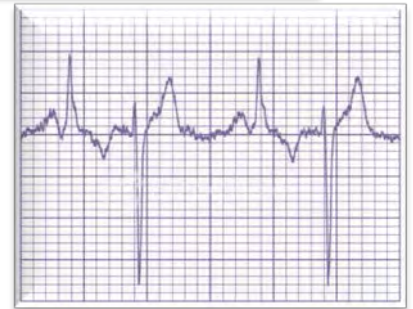
## BOÎTE À OUTILS



**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

- Pressions
- Taux
- Rythme
- Taille des chambres cardiaques
- Fonction de la pompe de ventricule
- Fonction des valves cardiaques
- Flux sanguin coronaire
- Capacité exercice
- Consommation oxygène
- ...



# BOÎTE À OUTILS GÉRIATRIE

- Cognition
  - Dépression
  - Etat confusionnel
  - Démence
- Mobilité
- Nutrition
- Vision
- Ulcère
- Douleur
- Chutes
- Activités Vie Quotidienne
- Lieu de vie
- Médication
- Proches aidants
- ...



Medication

**Chutes**

Part A - your symptoms  
This section is about how often you experience different feelings.

1. I feel dizzy

2. I get a feeling of tingling, prickling or numbness in my body

3. I have a feeling that things are spinning or moving around

4. I feel as though my heart is pounding or fluttering

5. I feel unsteady, as though I may lose my balance

6. I have difficulty walking

7. Reading never makes me feel

8. Lying down and/or leaning over in bed makes me feel

9. Looking up at the sky makes me feel

10. Having my head tilted from side to side makes me feel

11. Having my head quickly from side to side makes me feel



Marche

**DELIR**

DEFINITION

COMMON CAUSES

ASSESSMENT

Choose the best answer for how you have felt over the past week:

1. Are you basically satisfied with your life?

2. Have you dropped many of your activities and interests?

3. Do you feel that your life is empty?

4. Do you often get bored?

5. Are you in good spirits most of the time?

6. Are you ahead that something bad is going to happen to you?

7. Do you feel happy most of the time?

8. Do you often feel helpless?

9. Do you prefer to stay at home, rather than going out with other people?

Depression

**State Exam Cognition**

Examiner \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Orientation

1. What is the year (season) (date) (day) (month)?

2. Where are we (state) (country) (town) (hospital) (floor)?

3. How many objects (1 second to say each). Then ask the patient to repeat them until he/she learns all 3. Count trials and record.

4. Repeat the 3 objects 1 second to say each. Then ask the patient to repeat them until he/she learns all 3. Count trials and record.

5. Repeat the 3 objects repeated above. Give 1 point for each correct answer. Stop after 5 answers. Alternatively spell "world" backward.

Douleur

**Ulcères**

10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1  
0

Worst Possible Pain  
Very Severe Pain  
Severe Pain  
Moderate Pain  
Mild Pain  
No Pain

**Proches aidants**

1. Do you feel that your relative asks for more help than he or she needs?

2. Do you feel that because of the time you spend with your relative you don't have enough time for yourself?

3. Do you feel stressed between caring for your relative and trying to meet other responsibilities for your family or work?

4. Do you feel embarrassed over your relative's behavior?

5. Do you feel angry when you are around your relative?

6. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

7. Are you afraid of what your relative will do?

8. Do you feel your relationship with your relative is strained?

9. Do you feel your relationship with your relative is strained?

10. Do you feel your relationship with your relative is strained?

11. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

12. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

13. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

14. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

15. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

16. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

17. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

18. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

19. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

20. Do you feel that you are around your relative more than you want to?

21. Overall, how burdened do you feel by caring for your relative?

Lieu de vie



**Vision**

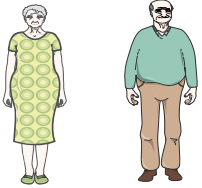
0,10  
0,20  
0,30  
0,40

W  
E  
M  
E  
W

Malnutrition

IAVQ

## POURQUOI ÉVALUER?



Complexe & hétérogène

Syndrômes

Au-delà des symptômes & plaintes à l'admission

[Abellan et al. 2008]

Diagnostics



Aperçu de la nature et de la gravité des conséquences  
fonctionnelles et psycho-sociales

**EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE STANDARDISEE**

L'évaluation de TOUS les domaines qui pourraient contribuer à la VULNERABILITE



## DÉFINITION ÉVALUATION GÉRIATRIQUE GLOBALE

*“A multidimensional, usually **interdisciplinary**, diagnostic process intended to determine an **older person’s** medical, psychosocial, and functional capacity and problems with the objective of developing an overall plan for treatment and **long-term follow-up**.”*

[Rubestein 1987; Pilotto et al. 2007]



22 études, 10 315 participants, 6 pays

- Effet primaire

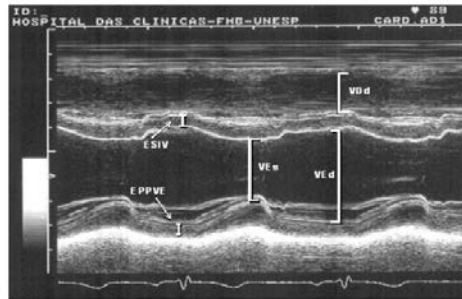
- **Vivant et dans leur propre maison**
  - (6 mois) **+ 25 %** OR 1.25 [95% CI 1.11 to 1.42] p<.001
  - (12 mois) **+ 16 %** OR 1.16 [95% CI 1.05 to 1.28] p=.003

- Effets secondaires

- **Institutionnalisation** **- 22 %** OR 0.78 [95% CI 0.69 to 0.88] p<.001
- **Décès ou déclin** **- 24 %** OR 0.76 [95% CI 0.64 to 0.90] p=.001
- **Amélioration cognition** SMD 0.08 [95% CI 0.01 to 0.15] p=.02

# EVOLUTION ÉCHOGRAPHIE

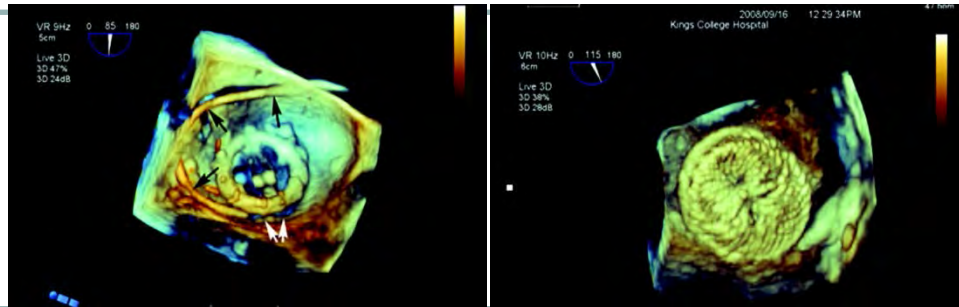
M-mode



2 D



3 D



## 1 génération

- Collection d'outils de domaine unique [e.g., MMSE, Barthel, Lawton, Braden,...]
- Variété dans le choix des outils

## 2 génération

- Omni-complet: *TOUS* les domaines gériatriques ensemble
- Spécifique pour le lieu de soins: résidentiel, palliatifs, réadaptation, soins à domicile

## 3 génération

- Au-delà des lieux de soins
- Standardisation des items cliniques, la notation, et les délais d'observation
- Transfert de données

# EVOLUTION DE RAI À INTERRAI

1980

2005

1 Outil

Extension

Restructuration

...



Nursing Home  
**R**esident  
**A**ssessment  
**I**nstrument  
Etats-Unis

Plusieurs lieux de soins  
Plusieurs pays  
Plusieurs langages

Suite intégrée

Des items communs

- Même définition
- Même manière de coder

Items spécifiques / lieux de soins

**RAI MDS-HC**

**interRAI Home Care<sup>®</sup>**

**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

orange™

**Salt.**

- .Community Health
- .Home Care
- .Assisted living
- .Long Term Care Facility
- .Palliative Care
- .Acute Care
- .Acute Care – Compr Ger Ass
- .Post Acute Care & Rehabilitation
- .Contact Assessment
- .Emergency Screener
- .Emergency Contact Assessment
- .Intellectual Disability
- .Persons with Disabilities
- .Deafblind
- .Pediatric home care
- .Child & Youth Intellectual/Developmental disability
- .Child & youth mental health
- .Mental Health
- .Brief Mental Health Screener
- .Community Mental Health
- .Emergency Screener for Psychiatry
- .Mental health for correctional facility
- .Mental health for in-patient psychiatry
- .Informal caregivers
- .Quality of life
- .Wellness
- ...

# SUR MESURE POUR UN ÉVENTAIL DE BESOINS DE DIVERS MILIEUX

## POPULATIONS

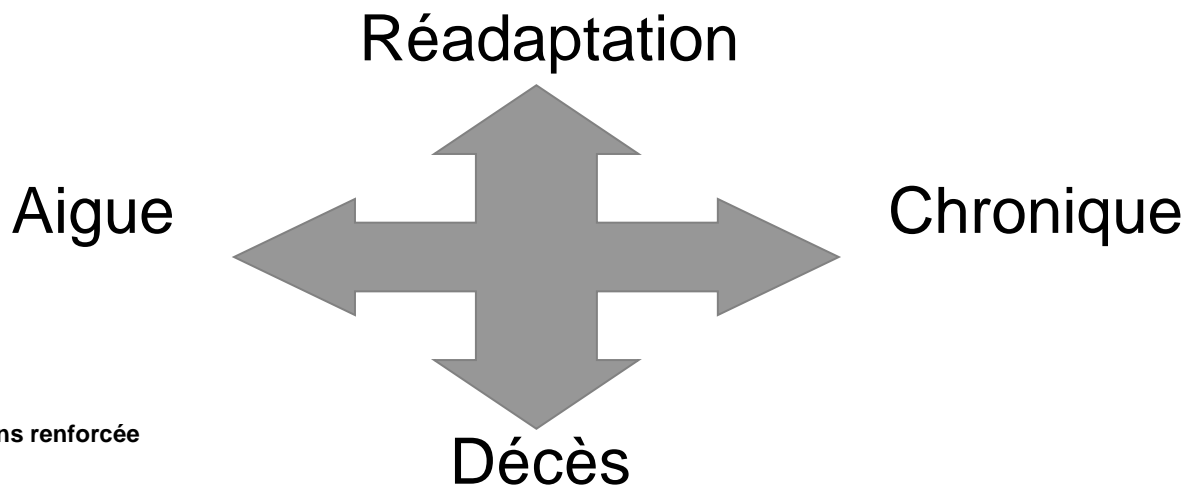
Enfants  
Jeunesse  
Adultes  
Personnes âgées  
Pers. handicap intellectuel  
Pers. handicap physique  
Personnes emprisonnées  
Santé mentale  
Palliative  
Sour aveugle  
Proches aidants  
...

## LIEUX

Domicile  
Habitation protégé  
Institution  
Hôpital  
Centre d'accueil  
Ambulatoire  
Court séjour  
Revalidation  
Logement encadré  
Etablissement pénitentiaire  
...

## BUTS

Dépistage  
Évaluation multidim.  
Qualité de vie  
...



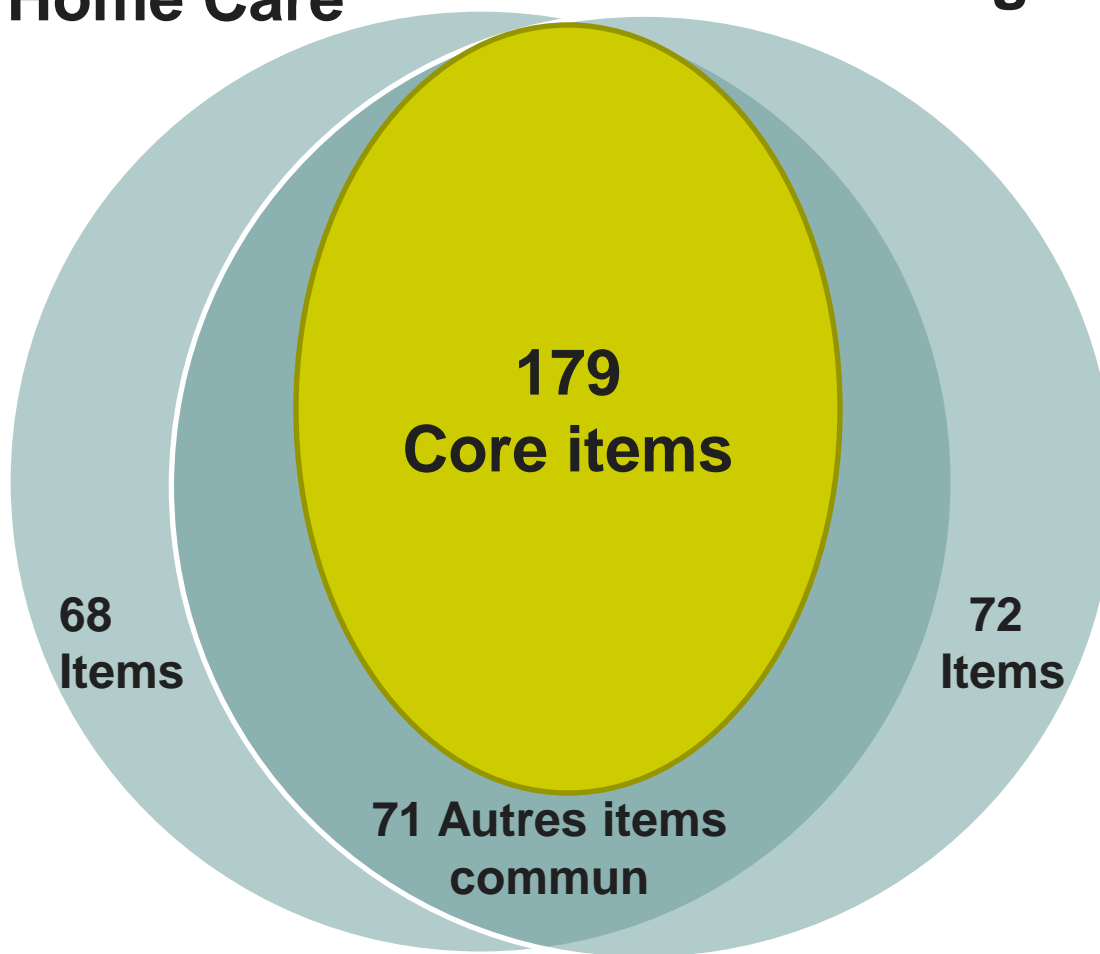
## Exemple: interRAI Long Term Care Facility [EMS Long séjour]

- Admission
- Situation précédente
- Cognition
- Communication & vision
- Humeur & comportement
- Bien-être psycho-social
- Etat fonctionnel
- Continence
- Diagnostics médicaux
- Etat de santé
- Nutrition et bucco-dentaire
- Etat de peau & pieds
- Médicaments
- Poursuite des occupations
- Traitements & programmes
- Responsabilités et volontés
- Perspectives de sortie



**interRAI Home Care**

**interRAI Long Term Care Facility**



# OUTILS VERSUS DÉMARCHE CLINIQUE

## DOMAIN

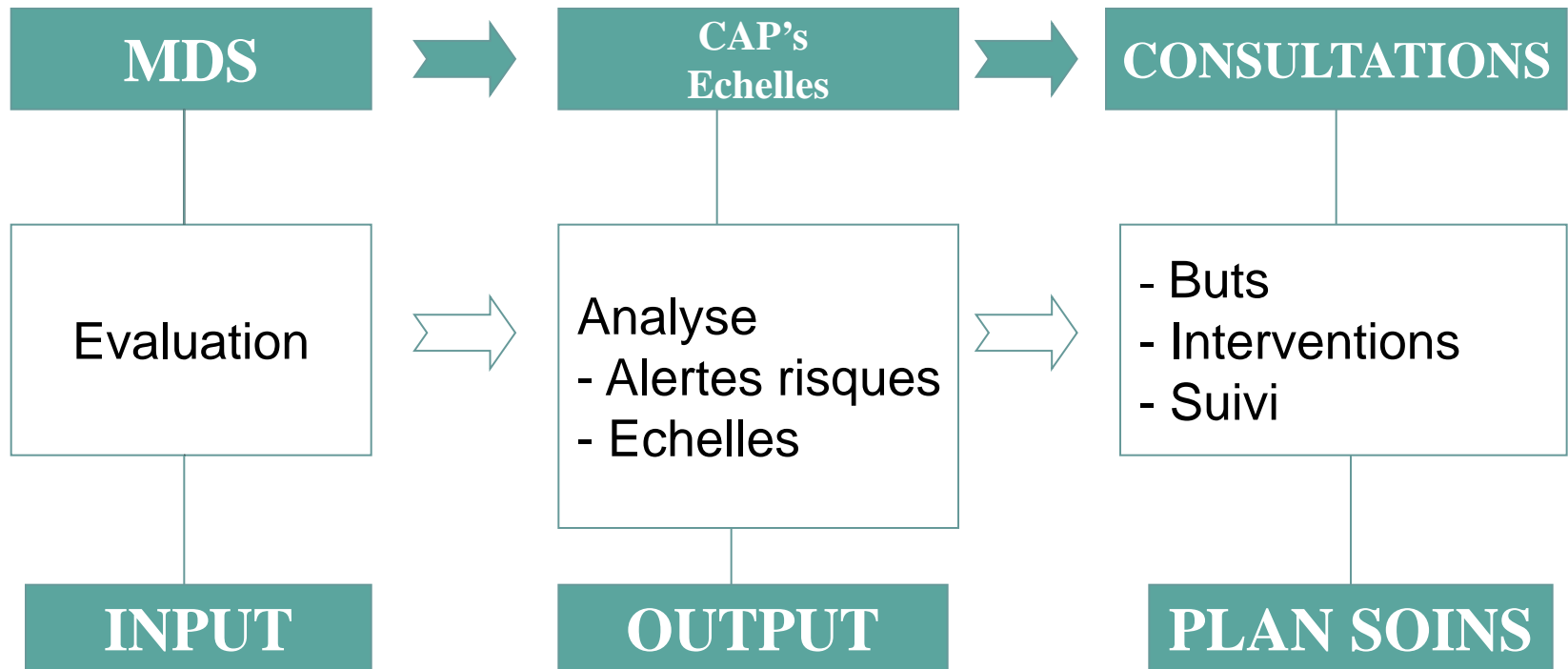
interRAI Acute Care®

DOMAINE	interRAI Acute Care®
<b>SECTIE D. COGNITIE</b>	<b>SECTIE E. COMMUNICATIE-GEZICHTSVERMOREN</b>
<p><b>1. COGNITIEVE VAARDIGHEDEN VOOR DAGELIJKSE BESLUITVORMING</b> Het nemen van beslissingen over taken van het dagelijks leven, zoals het aanpakken of uitvoeren van aantrekkelijke, welke activiteiten uitvoeren.</p> <p>0. Zelfstandig - Beslissingen zijn samenhangend, samenvoegbaar en veilig</p> <p>1. Overig - Beslissingen zijn slechts in enkele situaties enige moeite</p> <p>2. Minimaal gecoördineerd - In specifieke, terugkerende situaties worden slechte / onvoldoende beslissingen genomen en dan zijn aanvullende toezicht nodig</p> <p>3. Matig gecoördineerd - Beslissingen zijn altijd slecht of onveilig, altijd aanvullende / toezicht nodig</p> <p>4. Ernstig gecoördineerd - Neemt zaken of nood beslissingen</p> <p>5. Geen waarneembaar besluitvaardig, come (Ja voor ernstige beoordeling verder met sectie D tot G, ga voor alle andere beoordelingen verder naar sectie H)</p>	<p><b>1. ZIJN ZELF DUIDELIJK MAKEN (Uitspraak)</b> Houd van informatie uiteten-verbaal en non-verbaal</p> <p>0. Wordt begrepen - Uit eten zonder moeite</p> <p>1. Wordt gewoonlijk begrepen - Moete om woorden te vinden of gedachten af te maken MAAR weinig of geen hulp nodig als voldoende tijd wordt gegeven</p> <p>2. Wordt vaak begrepen - Moete om woorden te vinden of gedachten af te maken EN gewoonlijk hulp nodig</p> <p>3. Wordt soms begrepen - Vermogen beperkt tot het herbar maken van concrete verzoeken</p> <p>4. Wordt zelden of nooit begrepen</p>
<p><b>2. GEHEUGEN / HERINNERING VERMOGEN</b> Codeer in welke mate de cliënt zich aangeleerde of gekende zaken herinnert</p> <p>0. Geen geheugenprobleem - 1. Geheugenprobleem</p> <p>a. Kortetermijngeheugen - Schijnt / blijft zich na 5 minuten nog te herinneren</p> <p>b. Proedureel geheugen - Kan (b)(n) alle stappen van een reeks taken uitvoeren zonder aanwijzingen</p> <p>c. Situationeel geheugen - Herkent naam / gezicht van zorgteamleden waarmee hij / zij veel te maken heeft EN kan vaak bezochte plaatsen lokaliseren</p>	<p><b>2. ANDEREN KUNNEN BEGRIPEN (begrip)</b> De inhoud van verbale informatie begrijpen (op welke manier dan ook; met hoorapparaat indien gebruikt)</p> <p>0. Begrijpt - Duidelijk begrip</p> <p>1. Begrijpt gewoonlijk - Niet een deel / bedoeeling van de boodschap, MAAR begrijpt het grootste gedeelte van het gesprek</p> <p>2. Begrijpt vaak - Niet een deel / bedoeeling van de boodschap, MAAR kan het grootste gedeelte van het gesprek vaak begrijpen met herhaling of afwijking</p> <p>3. Begrijpt soms - Reageert alleen goed op eenvoudige, directe communicatie</p> <p>4. Begrijpt zelden of nooit</p>
<p><b>3. PERIODIEK VERWARD DENKEN OF ALERTHEID</b> (Let op: Accuraat beoordelen ierebist praten met zorgverleners, familie of anderen met directe kennis van het gedrag van de cliënt in het genoemde tijdsbestek)</p> <p>0. Gedrag niet aanwezig</p> <p>1. Gedrag aanwezig, niet anders dan gewoonlijk</p> <p>2. Gedrag aanwezig, maar licht anders dan gewoonlijk (vb. plots begonnen of aan het verslechteren, anders dan andere zaken waarden)</p>	<p><b>3. OEHOOR</b></p> <p>a. Hoorvermogen (met hoorapparaat indien gebruikt)</p> <p>0. Voldoende - Geen moeite bij normaal gesprek, sociale interactie, TV kijken</p> <p>1. Minimaal moeite - Moete in sommige omstandigheden (vb. wanneer iemand zacht spreekt of zich op een afstand van meer dan 2m bevindt)</p> <p>2. Matige moeite - Proberen om een normaal gesprek te kunnen volgen, een stille omgeving is een absolute vereiste</p> <p>3. Ernstige moeite - Moete in alle omstandigheden (vb. spreker moet luid of heel laag spreken / cliëntervaart alles als gerommel)</p> <p>4. Doof</p> <p>b. Gebruik hoorapparaat</p> <p>0. Nee 1. Ja</p>
<p>3. Gemakkelijk afgewild - vb. heeft soms moeite om de aandacht erbij te houden, raakt de draad kwijt</p> <p>b. Episodes van onafhankelijk praten - vb. tracht onzinnige, irrelevante dingen te zeggen van de hak op de tak; vertelt gedachten</p> <p>c. Geestelijk functioneren wiseeft in de loop van de dag - vb. soms beter, soms slechter</p>	<p><b>4. ZICHT</b></p> <p>a. Gezichtvermogen bij voldoende licht (met bril of ander visueel hulpmiddel indien gebruikt)</p> <p>0. Voldoende - Ziet details, kan ook normale letters in kranten/boeken lezen</p> <p>1. Minimaal moeite - Kan in kranten / boeken alleen grote letters lezen (vb. krantenkoppen)</p> <p>2. Matige moeite - Beperkt gezichtvermogen, kan geen krantenkoppen lezen, kan wel voorwerpen herkennen</p> <p>3. Ernstige moeite - Niet zeker of voorwerpen worden herkend, ogen lijken voorwerpen wel te kunnen volgen, ziet alleen licht, kleuren of vormen</p> <p>4. Blind</p> <p>b. Gebruik visueel hulpmiddel</p> <p>0. Nee 1. Ja, Specifiek</p>

## ITEM

- Evaluation multidimensionnel, holistique: Domaines médical, fonctionnel, psycho-social
- Plusieurs outils pour plusieurs populations, plusieurs lieux de soins:
  - Codage uniforme
  - Spécificité selon population/lieux de soin
- Observations standardisées: pas "questionnaire"
- Pas de score total
- Outcomes
  - **Clinical Assessment Protocols** trigger (potentiel) domaines à risque potentiel d'amélioration
  - **Echelles** quantifient évolution fonctionnel dans le temps
- Logiciel

# OUTILS VERSUS DÉMARCHE CLINIQUE



# MDS

## Minimum Data Set

# MDS Long Term Care Facility

# MDS Acute Care

interRAI/LTCF (Instellingen voor Langdurende Zorg)<sup>®</sup>

interRAI Acute Care<sup>®</sup>

**SECTIE C. COGNITIE**

**1. COGNITIEVE VAARDIGHEDEN VOOR DAGELIJKSE BESLUITVORMING**  
 Het nemen van beslissingen over taken van het dagelijks leven - (vb. wanneer opstaan of eten aanbrengen, aankleden, wettig uitvoeren)

0. Zelfstandig - Beslissingen zijn samenhangend, samen vatbaar en veilig

1. Gewijzigd zelfstandig - Slechts in nieuwe situaties enige moeie

2. Minimaal gestuurd - In specifieke, terugkerende situaties worden slechte of onveilige beslissingen genomen en dan zijn aanwijzingen of begeleiding nodig

3. Matig gestuurd - Beslissingen zijn vaak onnuttig of onveilig, vaak onoverwogen of onveilig nodig

4. Ernstig gestuurd - Niet zeker of voorwerpen worden herkend, of niet veilig spreken of niet geremp

5. Geen waarneembaar bewustzijn, coma (Ga verder met Sectie G)

**2. GEHEUGEN / HERINNERINGSVERMOELEN**  
 Codeer in welke mate de cliënt zich aangetrouwde of gekende zaken herinnert

0. Geen geheugenprobleem 1. Geheugenprobleem

a. Kortetermijnig geheugen - Schijnt of blijkt zich na 5 minuten nog te herinneren

b. Langetermijnig geheugen - Schijnt of blijkt zich na een week te herinneren

c. Proceiduraal geheugen - Kan dingen die stappen van een taak laten uitvoeren zonder aanwijzingen

d. Situationeel geheugen - Herkent naamgeving van zorgverleners, familieleden, huisdier of huis, maar heeft dit niet vaak herkend (plaatsen lokaliseren)

**3. PERIODIEK VERWARD DENKEN OF BEWUSTZIJN**  
 (Let op: Accuraat beoordelen vereist praten met zorgverleners, familie of anderen met directe kennis van het gedrag van de cliënt in het genoemde tijdsbestek)

0. Gedrag niet aanwezig

1. Gedrag aanwezig, met anders dan gewoonlijk

2. Gedrag aanwezig, anders dan gewoonlijk (vb. plots begroepen of anderszins waken geleiden)

a. Gemiddeld afgeleid - vb. heeft soms moeite om te houden, raakt de draad kwijt

b. Episodisch van onafhankelijk praten - vb. kraamt onzinnige, irrelevante praten uit; springt van de hak op de tak; verliest gedachtegang

3. ACUTE VERANDERING IN GEESTELIJK FUNCTIONEREN TEN OPZICHTE VAN HET GEWOONE FUNCTIONEREN - (vb. rusteloosheid, lethargie, moeie in het herkennen van gezichten of omgeving)

0. Niet 1. Ja

**4. VERANDERING IN BESLUITGEVINGSAFWEIJDING TEN OPZICHTE VAN 50 DAGEN GELEDEN OF ZAKS LUKKEN TOEGELIJK**

0. Verkeerd 1. Niet verkeerd 2. Verkeerd, 3. Niet duidelijk

**SECTIE D. COMMUNICATIE EN GEZICHTSVERMOELEN**

**1. UITING - ZICHZELF DUIDELIJK MAKEN**  
 (Waar het informatie uiten - verbaal of non-verbaal)

0. Wordt begrepen - Uit ideën zonder moeie

1. Wordt gewoonlijk begrepen - Moeie om woorden te vinden of gedachten af te maken, MAAR weinig of geen hulp nodig als voldoende tijd wordt gegeven

2. Wordt vaak begrepen - Moeie om woorden te vinden of gedachten af te maken EN gewoonlijk tijd nodig

3. Wordt soms begrepen - Vermogen beperkt tot het herbaar maken van concrete verzoeken

4. Wordt zelden of nooit begrepen

**2. BEGRIP - ANDEREN KUNNEN BEGRIPJEN**  
 De inhoud van verbale informatie begrijpen (op welke manier dat ook, met hoorapparaat, indien gebruikt)

0. Begrijpt - Duidelijk begrip

1. Begrijpt gewoonlijk - Mat een deel / bedoeling van de boodschap, MAAR begrijpt het grootste gedeelte van het gesprek

2. Begrijpt vaak - Mat een deel / bedoeling van de boodschap, MAAR kan het grootste gedeelte van het gesprek vaak begrijpen mits herhaling of uitleg

3. Begrijpt soms - Raagert alleen goed op eenvoudige, directe communicatie

4. Begrijpt zelden of nooit

**3. GEHOOR**

a. Hoorvermogen (met hoorapparaat indien gebruikt)

0. Volloevende - Geen moeie bij normaal gesprek, sociale interactie, TV kijken

1. Minimaal moeie - Moeie in sommige omstandigheden (vb. wanneer iemand zacht spreekt of zich op een afstand van meer dan 2m bevindt)

2. Matige moeie - Problemen om een normaal gesprek te kunnen volgen, een stille omgeving is een absolute variatie

3. Ernstige moeie - Moeie in alle omstandigheden (vb. spreker moet lid of heel laag spreken of dichtervast alles als geremp)

4. Doof

b. Gebruik hoorapparaat

0. Nee 1. Ja

**4. ZICHT**

a. Gezichtsvermogen bij voldoende licht (met bril of ander visueel hulpmiddel indien gebruikt)

0. Volloevende - Ziet details, kan ook normale letters in krantenboeken lezen

1. Minimaal moeie - Kan in kranten / boeken alleen grote letters lezen (vb. krantenkoppen)

2. Matige moeie - Beperkt gezichtsvermogen, kan geen krantenkoppen lezen, kan wel voorwerpen herkennen

3. Ernstige moeie - Niet zeker of voorwerpen worden herkend, ogen lijken voorwerpen niet te kunnen volgen, ziet alleen licht, kleuren of vormen

4. Blind

b. Gebruik visueel hulpmiddel

0. Nee 1. Ja, Spectacles

**3. GEHOOR**

a. Hoorvermogen (met hoorapparaat indien gebruikt)

0. Volloevende - Geen moeie bij normaal gesprek, sociale interactie, TV kijken

1. Minimaal moeie - Moeie in sommige omstandigheden (vb. wanneer iemand zacht spreekt of zich op een afstand van meer dan 2m bevindt)

2. Matige moeie - Problemen om een normaal gesprek te kunnen volgen, een stille omgeving is een absolute variatie

3. Ernstige moeie - Moeie in alle omstandigheden (vb. spreker moet lid of heel laag spreken of dichtervast alles als geremp)

4. Doof

b. Gebruik hoorapparaat

0. Nee 1. Ja

**4. ZICHT**

a. Gezichtsvermogen bij voldoende licht (met bril of ander visueel hulpmiddel indien gebruikt)

0. Volloevende - Ziet details, kan ook normale letters in kranten / boeken lezen

1. Minimaal moeie - Kan in krantenboeken alleen grote letters lezen (vb. krantenkoppen)

2. Matige moeie - Beperkt gezichtsvermogen, kan geen krantenkoppen lezen, kan wel voorwerpen herkennen

3. Ernstige moeie - Niet zeker of voorwerpen worden herkend, ogen lijken voorwerpen niet te kunnen volgen, ziet alleen licht, kleuren of vormen

4. Blind

b. Gebruik visueel hulpmiddel

0. Nee 1. Ja

**SECTIE E. STEMMING EN GEORAD**

**1. INDICATOREN VAN MOGELIJKE DEPRESSIE, ANGST, DROEFHEID**  
 (Let op: Angst kan de cliënt zelf ervaren en mogelijk. Codeer met u overleggen, angst kan de zorgverlener ervaren)

0. Niet aanwezig

1. Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet versocht

2. Op 1-2 van de laatste 3 dagen versocht

3. Dageeliks in de laatste 3 dagen versocht

a. Deed mogelijke uitbarstingen - (vb. "Het doet er allemaal niet toe, Wie ik maar doet, Wat voor zin heeft het, ik heb er niet van dat ik zwaar heb geleefd, Laat me doodgaan")  
 Merkwaardig gedrag, zoals zichzelf of no anderen - (vb. onwettig gelukkig, kwaad over de omgeving, zorg)  
 Uitspreken van negatieve, vaak niet samenhangende, angsten (kan in zijn - (vb. angst om in de staat of alleen te worden gelaten, om met anderen samen te zijn, intense angst voor specifieke voorwerpen of situaties)  
 Herhaald Magin over de gezondheid - (vb. magin voorafgaand standaard van zijn ziekte, onoverdacht)  
 Herzorg over zichzelf of anderen

b. Herhaald angstig of angstig gedrag (met of zonder in verband met de gezondheid) - (vb. plots veldvrees, angstige of overmatig over angstige, maaltijden, de wijk, kisten, omgeving met anderen)

c. Dronk of wijf van of ernstige angst aanvallen - (vb. diepe, onoverdachtige, onwettig werkloos, vrees, hollen, gemiddeld in het verleden, vaak samen)  
 Herhaaldelijk zeggen dat er iets vreemds zal gebeuren - (vb. "Ik heb het gevoel dat er iets vreemds zal gebeuren")  
 Schrik of angstige stemmen of een vreemd geluiden zich herinneren uit belangrijke activiteiten - (vb. schrikken van een dier in een gang van een gebouw, met het horen of veldvrees, stemmen, etc.)  
 Niermatige sociale teruggang  
 Uitspreken van negatieve, vaak niet samenhangende, angsten (kan in zijn - (vb. angst om in de staat of alleen te worden gelaten, om met anderen samen te zijn, intense angst voor specifieke voorwerpen of situaties)

**2. ZELFBEWELDE STEMMING**

0. Niet in de laatste 3 dagen

1. Niet in de laatste 3 dagen, maar vaak diep in de laatste 3 dagen

2. Op 1-2 van de laatste 3 dagen

3. Dageeliks in de laatste 3 dagen

4. Rouw of andere niet-afgeleid

**VERAAR** (Hoe vaak, in de laatste 3 dagen, voorkom u...)

a. ... weinig belangstelling of plezier in dingen waar u gewoond was geweest?

b. ... om altijd, rusteloos of ongemakkelijk?

c. ... om zwaar te denken of te spreken?

**SECTIE D. COGNITIE**

**1. COGNITIEVE VAARDIGHEDEN VOOR DAGELIJKSE BESLUITVORMING**  
 Het nemen van beslissingen over taken van het dagelijks leven - (vb. wanneer opstaan of eten, welke kleren aantrekken, welke activiteiten uitvoeren)

0. Zelfstandig - Beslissingen zijn samenhangend, samen vatbaar en veilig

1. Gewijzigd zelfstandig - Slechts in nieuwe situaties enige moeie

2. Minimaal gestuurd - In specifieke, terugkerende situaties worden slechte / onveilige beslissingen genomen en dan zijn aanwijzingen / begeleiding nodig

3. Matig gestuurd - Beslissingen zijn altijd slecht of onveilig, altijd aanwijzingen / begeleiding nodig

4. Ernstig gestuurd - Niet zeker of voorwerpen worden herkend, of niet veilig spreken of niet geremp

5. Geen waarneembaar bewustzijn, coma (Ga voor promotie beoordeling verder met sectie D tot G, ga voor alle andere beoordelingen verder naar sectie H)

**2. GEHEUGEN / HERINNERINGSVERMOELEN**  
 Codeer in welke mate de cliënt zich aangetrouwde of gekende zaken herinnert

0. Geen geheugenprobleem 1. Geheugenprobleem

a. Kortetermijnig geheugen - Schijnt / blijkt zich na 5 minuten nog te herinneren

b. Proceiduraal geheugen - Kan (binnen) site stappen van een reeks taken uitvoeren zonder aanwijzingen

c. Situationeel geheugen - Herkent naam / gezicht van zorgverleners waarmee hij / zij veel te maken heeft EN kan vaak bezochte plaatsen lokaliseren

**3. PERIODIEK VERWARD DENKEN OF ALERTHEID**  
 (Let op: Accuraat beoordelen vereist praten met zorgverleners, familie of anderen met directe kennis van het gedrag van de cliënt in het genoemde tijdsbestek)

0. Gedrag niet aanwezig

1. Gedrag aanwezig, met anders dan gewoonlijk

2. Gedrag aanwezig, maar ligt anders dan gewoonlijk (vb. plots begroepen of anderszins waken geleiden)

a. Gemakkelijk afgeleid - vb. heeft soms moeite om de aandacht ertoe te houden, raakt de draad kwijt

b. Episodisch van onafhankelijk praten - vb. kraamt onzinnige, irrelevante praten uit; springt van de hak op de tak; verliest gedachtegang

c. Geheellijk functioneren wisselt in de loop van de dag - vb. soms beter, soms slechter

**4. ACUTE VERANDERING IN GEESTELIJK FUNCTIONEREN TEN OPZICHTE VAN HET GEWOONE FUNCTIONEREN** - (vb. rusteloosheid, lethargie, moeie te werken, gewijzigde omgevingswaarneming)

0. Nee 1. Ja

**SECTIE E. COMMUNICATIE-GEZICHTSVERMOELEN**

**1. ZICHZELF DUIDELIJK MAKEN (Uiting)**  
 Inhoud van informatie uiten - verbaal en non-verbaal

0. Wordt begrepen - Uit ideën zonder moeie

1. Wordt gewoonlijk begrepen - Moeie om woorden te vinden of gedachten af te maken, MAAR weinig of geen hulp nodig als voldoende tijd wordt gegeven

2. Wordt vaak begrepen - Moeie om woorden te vinden of gedachten af te maken EN gewoonlijk tijd nodig

3. Wordt soms begrepen - Vermogen beperkt tot het herbaar maken van concrete verzoeken

4. Wordt zelden of nooit begrepen

**2. ANDEREN KUNNEN BEGRIPJEN (begrip)**  
 De inhoud van verbale informatie begrijpen (op welke manier dan ook, met hoorapparaat indien gebruikt)

0. Begrijpt - Duidelijk begrip

1. Begrijpt gewoonlijk - Mat een deel / bedoeling van de boodschap, MAAR begrijpt het grootste gedeelte van het gesprek

2. Begrijpt vaak - Mat een deel / bedoeling van de boodschap, MAAR kan het grootste gedeelte van het gesprek vaak begrijpen mits herhaling of uitleg

3. Begrijpt soms - Raagert alleen goed op eenvoudige, directe communicatie

4. Begrijpt zelden of nooit

**3. GEHOOR**

a. Hoorvermogen (met hoorapparaat indien gebruikt)

0. Volloevende - Geen moeie bij normaal gesprek, sociale interactie, TV kijken

1. Minimaal moeie - Moeie in sommige omstandigheden (vb. wanneer iemand zacht spreekt of zich op een afstand van meer dan 2m bevindt)

2. Matige moeie - Problemen om een normaal gesprek te kunnen volgen, een stille omgeving is een absolute variatie

3. Ernstige moeie - Moeie in alle omstandigheden (vb. spreker moet lid of heel laag spreken of dichtervast alles als geremp)

4. Doof

b. Gebruik hoorapparaat

0. Nee 1. Ja

**4. ZICHT**

a. Gezichtsvermogen bij voldoende licht (met bril of ander visueel hulpmiddel indien gebruikt)

0. Volloevende - Ziet details, kan ook normale letters in krantenboeken lezen

1. Minimaal moeie - Kan in kranten / boeken alleen grote letters lezen (vb. krantenkoppen)

2. Matige moeie - Beperkt gezichtsvermogen, kan geen krantenkoppen lezen, kan wel voorwerpen herkennen

3. Ernstige moeie - Niet zeker of voorwerpen worden herkend, ogen lijken voorwerpen niet te kunnen volgen, ziet alleen licht, kleuren of vormen

4. Blind

b. Gebruik visueel hulpmiddel

0. Nee 1. Ja, Spectacles

## CHECKLIST, PAS AUTO-RAPPORTAGE

- Observations (90 à 95% des items)

Supplémenter par:

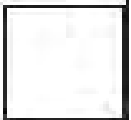
- Dossier
- Conversations (5 à 10%)
  - Client, patient, résident
  - Famille et Proche aidants
  - Professionnels interdisciplinaires
  - Médecin famille
  - ...

## SECTION D. COMMUNICATION ET VISION

### 1. **EXPRESSION** - *Capacité à se faire comprendre*

*Expression du contenu de l'information à la fois verbale et non verbale*

0. **Est compris(e)** - Exprime ses idées sans difficulté
1. **Est généralement compris(e)** - Difficultés à trouver ses mots ou à aller au bout de sa pensée MAIS si on lui laisse du temps, peu ou pas de guidance requise
2. **Est souvent compris(e)** - Difficultés à trouver ses mots ou à aller au bout de sa pensée ET guidance généralement requise
3. **Est parfois compris(e)** - Capacité limitée à exprimer des demandes concrètes
4. **Rarement ou jamais compris(e)**



René a eu un accident vasculaire cérébral. Quand il veut dire quelque chose, il peut verbalement s'exprimer difficilement. Les soignants devinent ce qu'il voulait dire en demandant oui / non. Ce fut très frustrant pour René. Maintenant, ils utilisent des icônes et il peut se faire comprendre clairement qu'il veut de manger ou de boire, doit aller aux toilettes, etc.

## SECTION C. COGNITION

### 2. MEMOIRE/CAPACITE DE SE SOUVENIR

*Encoder le rappel de ce qui a été appris ou su*

0. Pas de problème de mémoire    1. Problème de mémoire

- a. **Mémoire à court terme** - Semble se rappeler/se rappelle après 5 minutes
- b. **Mémoire à long terme** - Semble se rappeler le passé

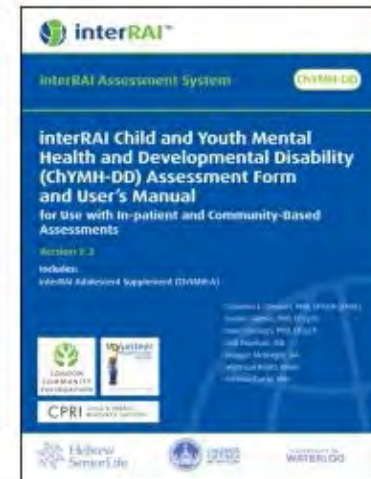
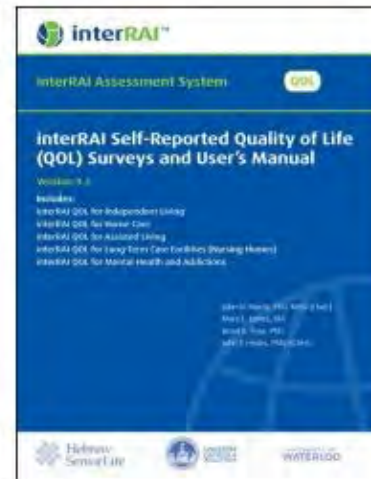
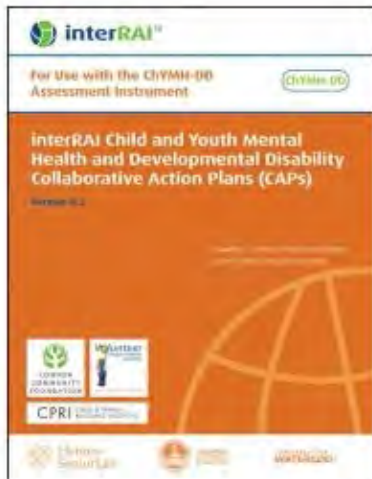
Simone a une canule (trachéotomie) et peut à peine parler. Si vous demandez combien de petits-enfants lui ont rendu une visite aujourd'hui, elle ne peut pas répondre verbalement. Si vous lui demandez de le montrer, elle colle trois doigts en l'air. Le proche aidant confirme.



## Chaque item

- But
- Procédures
- Points d'attention d'évaluation
- Définitions
- Coder
- Exemples, exercices

<https://catalog.interrai.org/>



# CAP Clinical Assessment Protocol

Domaines	CAP	HC	LTCF	AC	PC
Performance Fonctionnelle	Promotion des activités physiques	X	X	...	...
	Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ)	X	...	...	...
	Activités de la vie quotidienne (AVQ)	X	X	X	...
	Optimalisation de l'environnement à domicile	X	...	...	...
	Risque d'entrée en institution	X	...	X	...
	Contention physique	X	X	...	...
Cognition et Santé Mentale	Cognition	X	X	X	...
	Délirium	X	X	X	X
	Communication	X	X	X	X
	Troubles de l'humeur	X	X	X	X
	Comportement	X	X	X	...
	Maltraitance	X	...	...	...
Vie Sociale	Activités sociales	...	X	...	...
	Support informel	X	...	...	...
	Relations sociales	X	X	...	...
Problèmes cliniques	Chutes	X	X	X	X
	Douleur	X	X	X	X
	Ulcères de pression	X	X	X	X
	Affections cardio-respiratoires	X	X	...	...
	Malnutrition	X	X	X	X
	Déshydratation	X	X	...	X
	Alimentation par sonde	X	X	...	X
	Médication appropriée	X	...	...	...
	Consommation de tabac et d'alcool	X	X	...	...
	Incontinence urinaire	X	X	...	...
	Régulation intestinale	X	X	...	...
	Réadmission	...	...	X	...

interRAI Acute Care

## Items

- J.1 Chute 90 derniers jours
- D.4a Vision
- J.3.a Equilibre: passer à la station debout sans aide

## Cognitive Performance Scale

- C.1.a Facultés cognitives pour prendre les décisions quotidiennes
- C.2.a Mémoire à court terme
- D.1 Capacité de se faire comprendre
- G.1.j AVQ: S'alimenter

## 0 Pas activé

Aucun antécédent de chute n'est connu pour ce client  
Prévention pas une priorité

## 1 Activé: Risque Moyen

Estimation de risque basé sur antécédent de chute en  
combinaison avec 1 problème de vision, équilibre, cognition

## 2 Activé: Risque Elevé

Estimation de risque basé sur antécédent de chute en  
combinaison avec au moins 2 problèmes de vision, équilibre,  
et/ou cognition

# DIFFÉRENTS DÉCLENCHEURS DE CAP: EXEMPLE AVQ HOME VERSUS ACUTE CARE

Home Care	Items
C3a	Facilement distrait(e)
C3c	Fonction mentale variant en cours de journée
C4	Brusque changement dans l'état mental du client par rapport à l'état habituel
C5	Changement des facultés pour prendre des décisions par rapport à il y a 90 jours (ou depuis la dernière évaluation)
G6	Changement des performances dans les AVQ par rapport à il y a 90 jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)
I1a	Fracture de hanche durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)
I1r	Pneumonie
J1	Chute(s)
J7b	Fait l'expérience d'un épisode aigu ou d'une poussée d'un problème récurrent ou chronique
J7c	Maladie en phase terminale, 6 mois au plus à vivre
N3eA	Physiothérapie ou kinésithérapie - JOURS
N5a	Hospitalisation en service aigu avec au moins une nuit d'hospitalisation
R2	Changement significatif de l'indépendance générale par rapport à il y a 90 jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)
ADLH	Echelle hiérarchique des AVQ
CPS	Cognitive Performance Scale

Acute Care	Items
CPS_admission	Cognitive Performance Scale
ADLSF_premorbide	Echelle Mini-AVQ
ADLSF_admission	Echelle Mini-AVQ

# DIFFÉRENTS DÉCLENCHEURS DE CAP: EXEMPLE AVQ HOME VERSUS ACUTE CARE

## 0 Pas activé

Rétablissement ou maintien du statut fonctionnel afin de prévenir la régression n'est **pas mis en avant comme objectif primordial**:

- Capable d'exécuter AVQ autonome
- Aucune capacité cognitive
- Risque de décès imminent

## 1 Activé: Prévention

Quelques restrictions au niveau AVQ

& **prévention** d'une régression évitable représente l'objectif principal

## 2 Activé: Amélioration

Quelques restrictions au niveau AVQ

& **amélioration** fonctionnel des prestations représente l'objectif principal

## 1. SIGNIFICATION

Etant donné que ce CAP désigne des personnes présentant des symptômes de délire actif, cela signifie que ce client présente un ou plusieurs des symptômes de délire repris ci-dessous:

- Changement inhabituel (apparition soudaine, aggravation, ou modification en quelques semaines) de comportement dans les domaines suivants : facilement distrait, épisode de discours confus, variation des fonctions mentales au cours de la journée).
- Changements aigus du statut mental de la personne par rapport à son fonctionnement habituellement observé.

Attention: Cette personne présente des symptômes de délire actif donc l'action doit être axée sur la détection et le traitement (voir III directives).



## 2. ENONCÉ DE PROBLÈME

Le delirium (confusion aiguë) est une affection grave qui est généralement la conséquence d'un grave problème de santé sous-jacent tel qu'une infection, une déshydratation ou une réaction à un médicament. Le syndrome est associé à un risque élevé de mortalité et de morbidité (ex. décubitus, perte d'autonomie dans les AVQ, un séjour prolongé à l'hôpital et des placements plus fréquents dans des établissements de soins, une augmentation des frais de soins de santé).

Le delirium apparaît souvent chez des patients institutionnalisés ou des patients qui ont été renvoyés récemment d'un hôpital, parmi lesquels beaucoup présentent un déclin cognitif prémorbide. Environ 25% des patients qui sont admis dans une MRS après être sortis de l'hôpital développeront un délirium nouveau ou persistant qui limitera leur chances de réhabilitation. Chez les patients qui sont en phase terminale de leur vie, ce pourcentage s'élève à 80-90%, ce qui entraîne des désagréments certains pour le patient mourant et sa famille.

Il est dès lors nécessaire de détecter un délirium suffisamment tôt pour pouvoir commencer un traitement rapide et adéquat. Le personnel infirmier et soignant se trouve de ce fait dans une position idéale, et il leur appartient également d'élaborer un programme de soins adapté en collaboration avec les médecins et les autres prestataires de soins primaires.

Le delirium ne fait jamais partie d'un processus de vieillissement normal. Certains symptômes typiques du délirium sont souvent interprétés à tort comme des indications du processus naturel de démence et surtout des stades finaux de la démence. Les premiers symptômes du délirium se manifestent, contrairement à ceux de la démence, en très peu de temps (en heures ou en jours). Les symptômes typiques peuvent être : Des troubles de concentration, un comportement/des capacités fonctionnelles qui varient tout au long de la journée, l'agitation, somnolence en journée, errances, discours confus et enfin des sensations visuelles ou tactiles erronées (perception modifiée, comme les interprétations erronées ou les hallucinations).

Le traitement ne peut être une réussite que si le syndrome clinique est détecté et diagnostiqué, les causes identifiées et que le traitement est entamé immédiatement. L'évolution d'un délirium est déterminée par plusieurs facteurs. Lorsqu'une cause est identifiée et traitée sans que l'on observe une amélioration au niveau du delirium, continuez à détecter et traiter les autres causes possibles.

## 3. DIRECTIVES

### POSE DE DIAGNOSTIQUE

### Suggestion des instruments diagnostiques ex. CAM

### PLAN PAR ÉTAPES

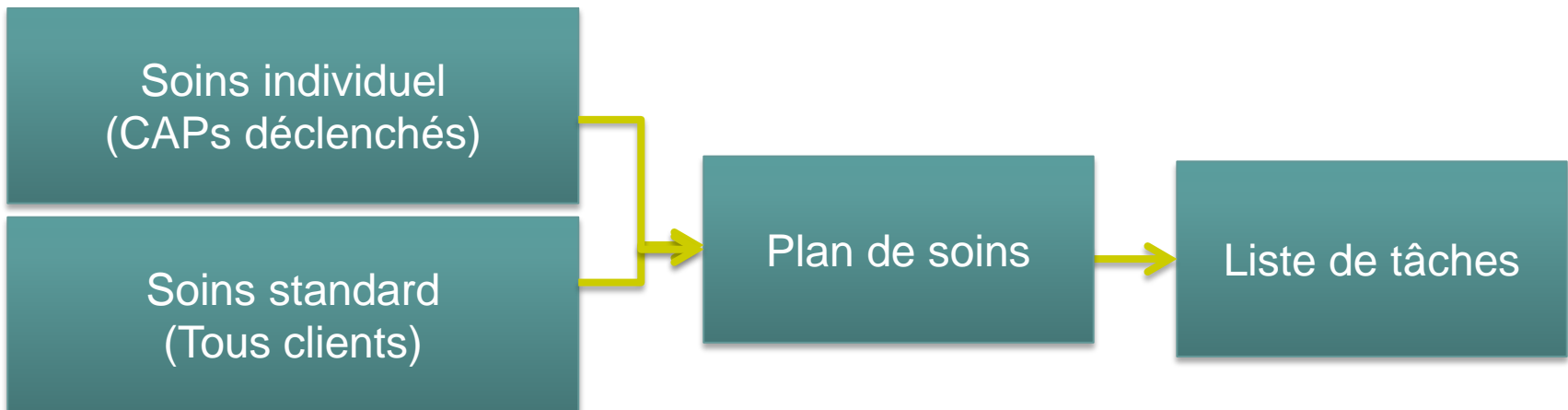
<b>Si le diagnostic délirium n'est pas confirmé (A)</b>	<b>Si le diagnostic du délirium est confirmé (B)</b>
ETAPE 2A : Examen supplémentaire : dépression, manie, psychose, ...	ETAPE 2B : Identifiez les facteurs causals
ETAPE 3A : Prévention et suivi de l'état mental	ETAPE 3B : Traitement
	ETAPE 4B : Observez l'état mental et informez la famille

## CAP: CONCLUSION

CAPs sont conçus pour identifier les personnes pour lesquelles un intervention (fondée sur des preuves) aura probablement un influence sur le résultat

1. CAPs PREVENTION– personnes à risque
2. CAPs TRAITEMENT– personnes qui pourraient améliorer

- Identifient les sous-populations
- Sont un ingrédient potentiel d'un plan de soins
- N'identifient PAS TOUS les soins requis



# Echelles

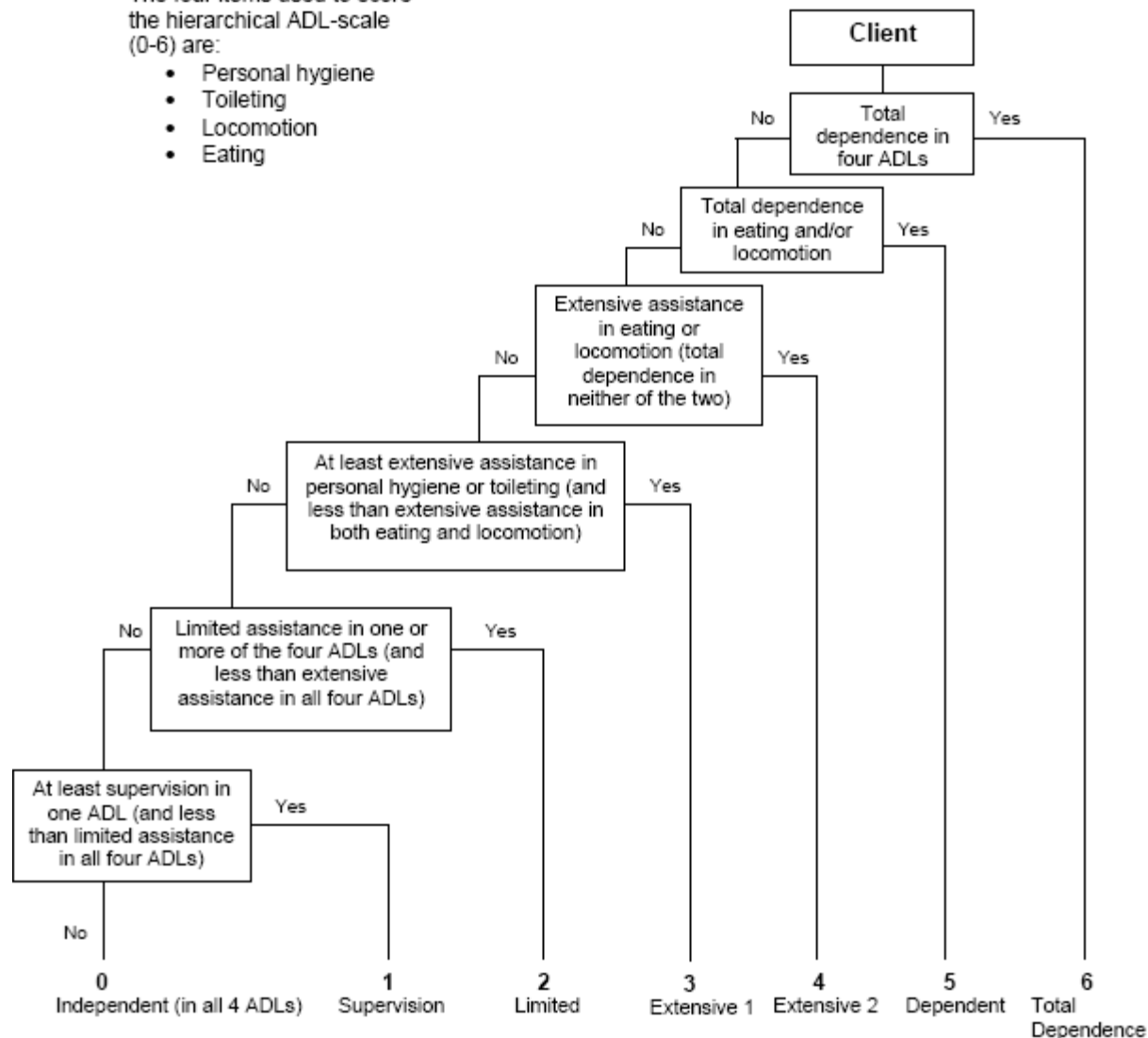
## ECHELLES

- DEPRESSION [Depression Rating Scale]
- COGNITION [Cognitive Performance Scale]
- AVQ [ADL Hierarchy Scale]
- AIVQ [IADL Involvement Scale]
- DOULEUR [Pain Scale]
- ULCERES [Pressure Ulcer Scale]
- COMMUNICATION [Communication Scale]
- ...

## ADL Hierarchy Scale

The four items used to score the hierarchical ADL-scale (0-6) are:

- Personal hygiene
- Toileting
- Locomotion
- Eating



## CPS – Scoring Rules

### Impairment Count

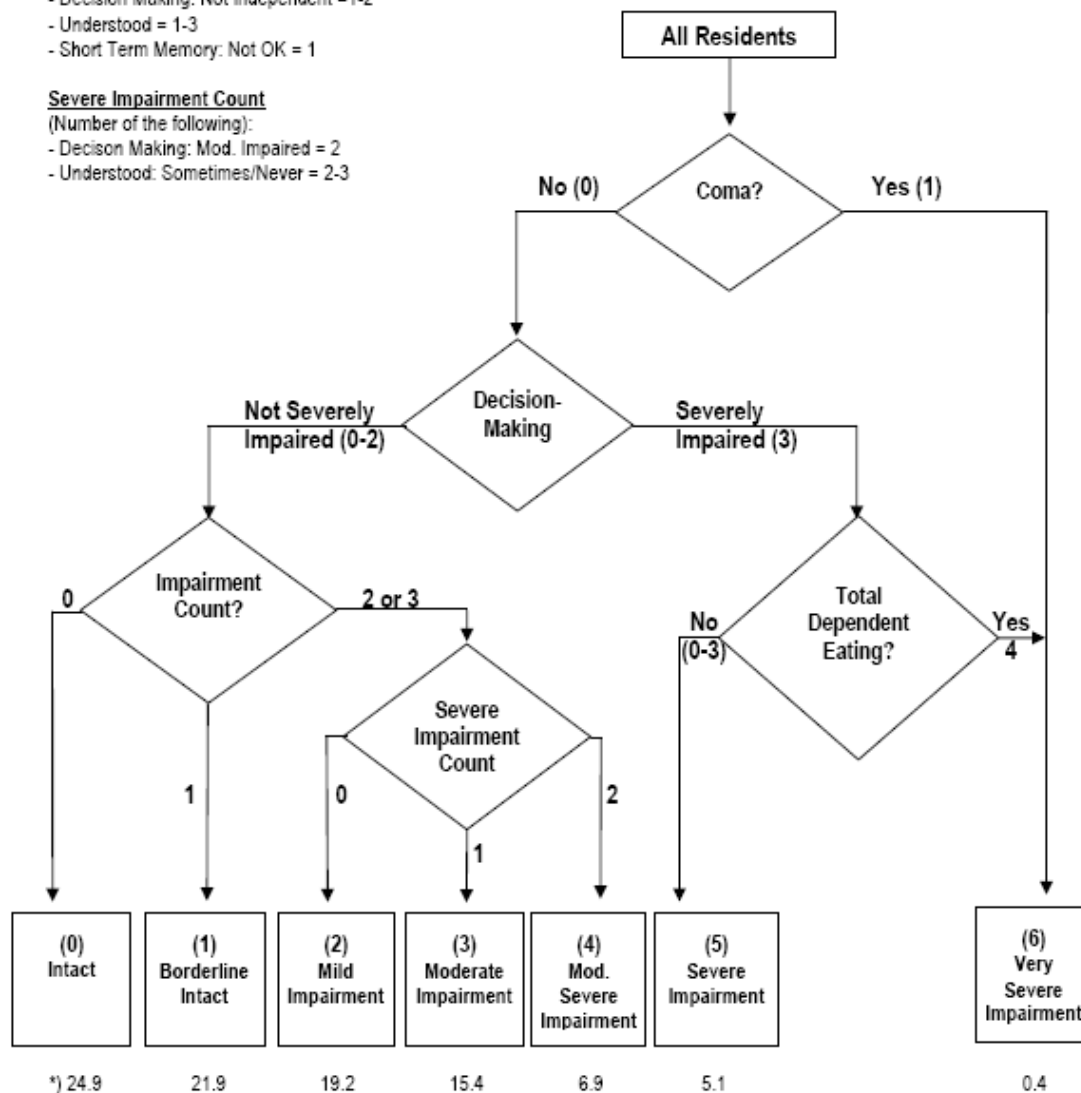
(Number of the following):

- Decision Making: Not Independent = 1-2
- Understood = 1-3
- Short Term Memory: Not OK = 1

### Severe Impairment Count

(Number of the following):

- Decision Making: Mod. Impaired = 2
- Understood: Sometimes/Never = 2-3



# LISTES DES ÉCHELLES: SUIVI LONGITUDINAL

TEST  
BeIRAI

[Nederlands](#) | [Français](#)

[Afmelden](#)

[Thuispagina](#) | [Cliënten](#) | [Vragenlijsten](#) | [Zorgverleners](#) | [Groepen](#) | [Rollen](#) | [Help](#)

## Cliënt details

### Cliënt

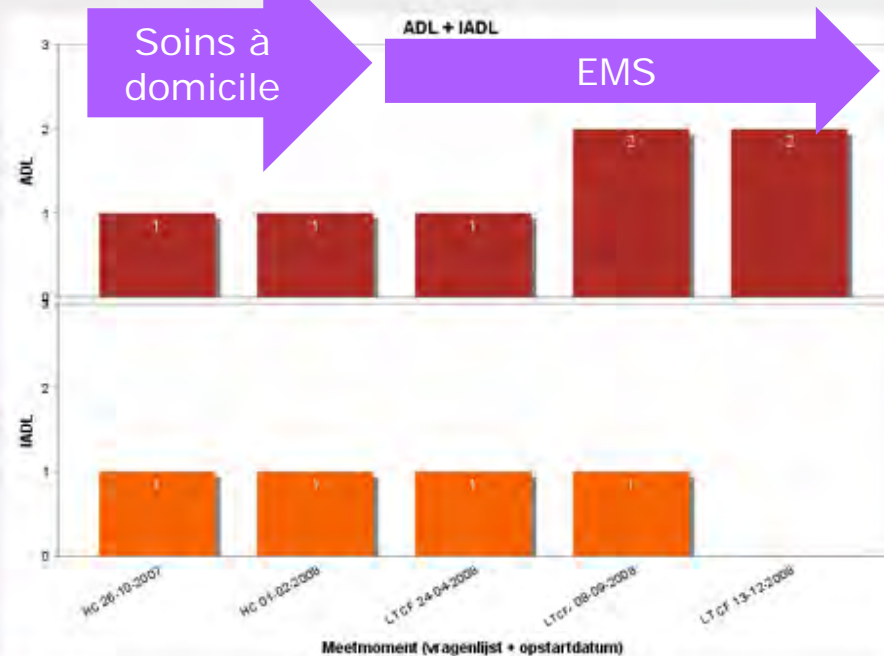
Vandenbroeck  
Maarten

[Cliënten overzicht](#)

[Details](#) | [Statistieken](#) | [Logs](#)

"Statistieken" geven [zorgschalen](#) weer die berekend werden op basis van de respectievelijke cliëntgegevens van de (maximaal) 5 laatst afgesloten vragenlijsten.

1. [ADL](#)
2. [BMI](#)
3. [Communicatie schaal](#)
4. [CPS](#)
5. [Decubitus](#)
6. [DRS](#)
7. [Drugwatch](#)
8. [IADL](#)
9. [Pain](#)
10. [IADL + ADL](#)
11. [Pain + Decubitus + Drugwatch](#)
12. [CPS + DRS + Communicatie](#)



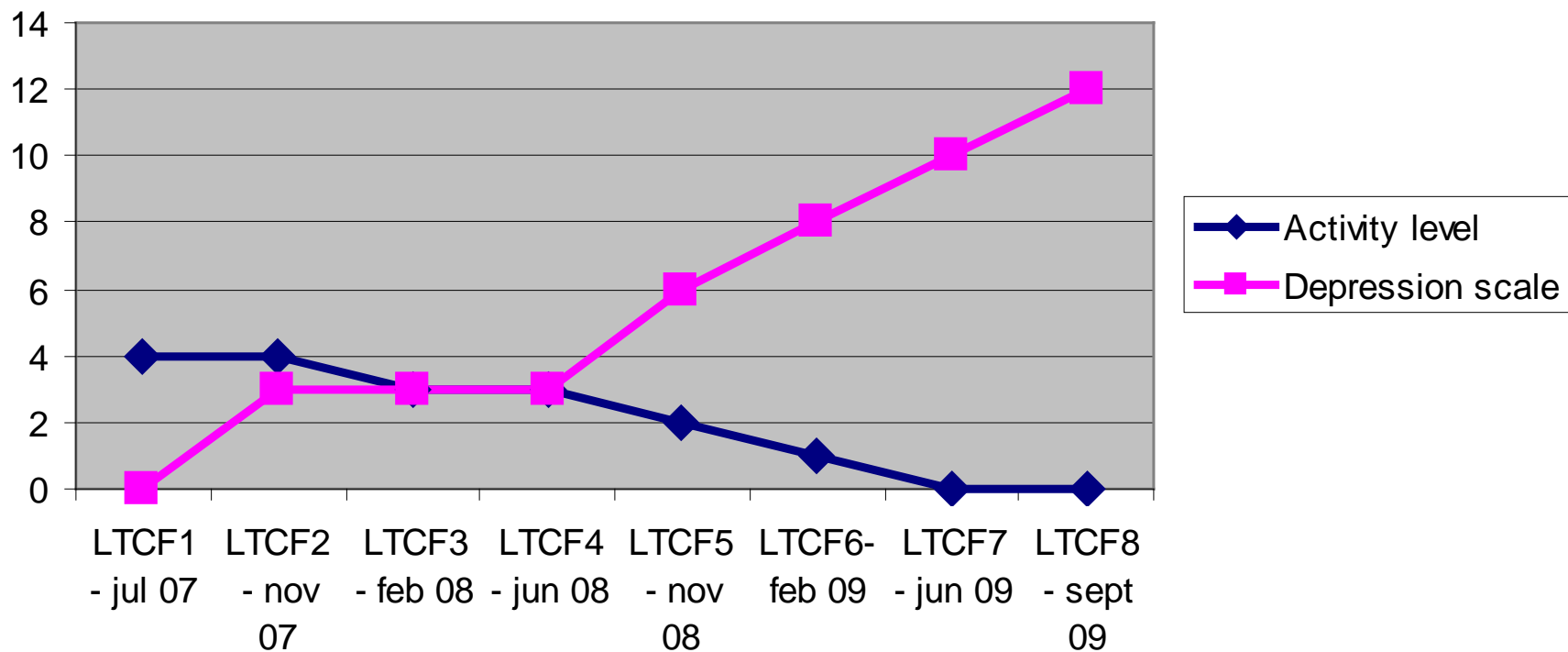
#### LEGENDE

■ **ADL**: n.a.: kan niet berekend worden | 0: herstel van functionele status is geen prioriteit | 1: geactiveerd om achteruitgang te voorkomen | 2: mogelijkheid tot verbetering | ■ **IADL**: n.a.: kan niet berekend worden | 0: geen mogelijkheid tot verbetering | 1: mogelijkheid tot verbetering



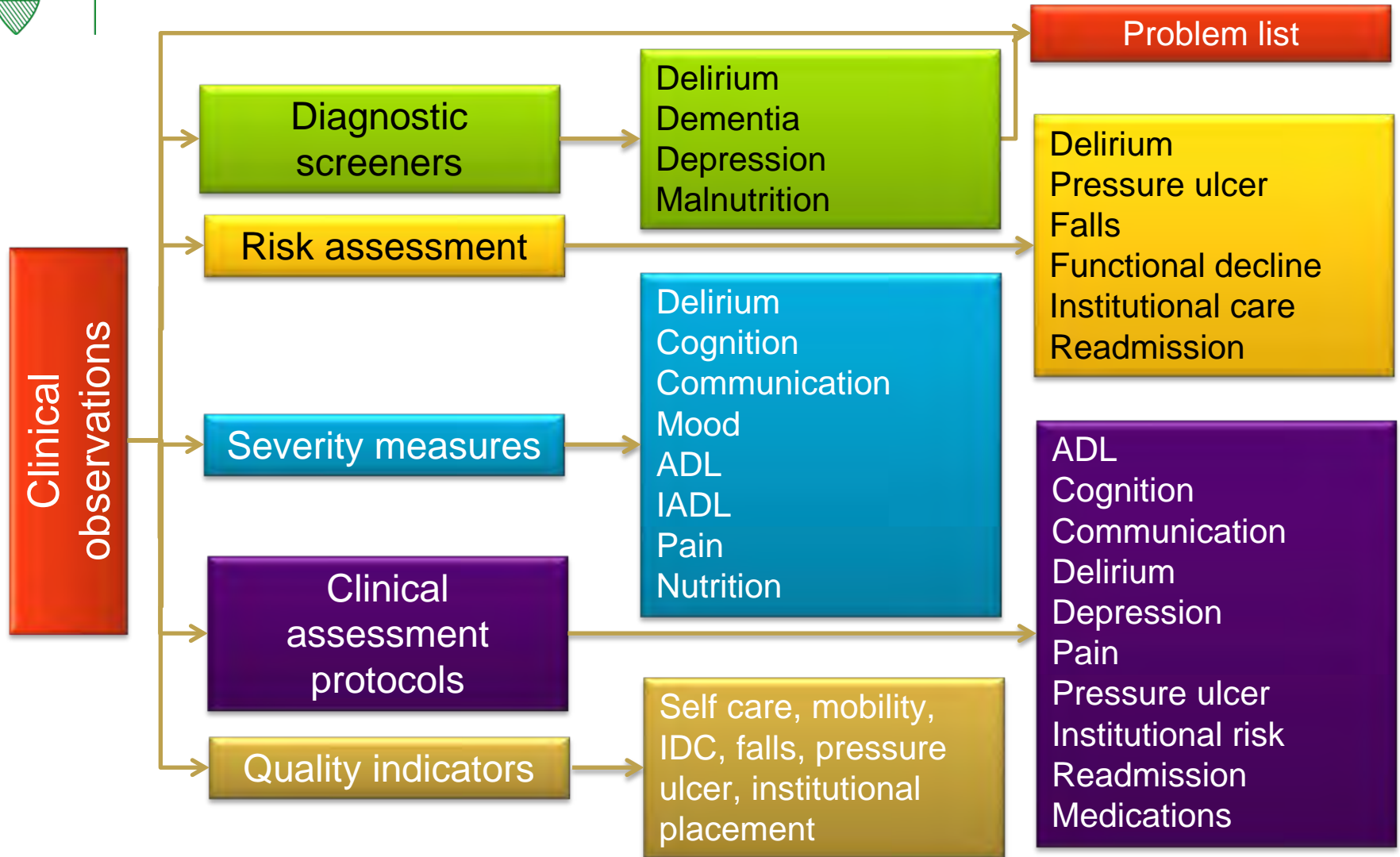
# LISTES DES ÉCHELLES: SUIVI LONGITUDINAL

## Activity level and the Depression scale (DRS)

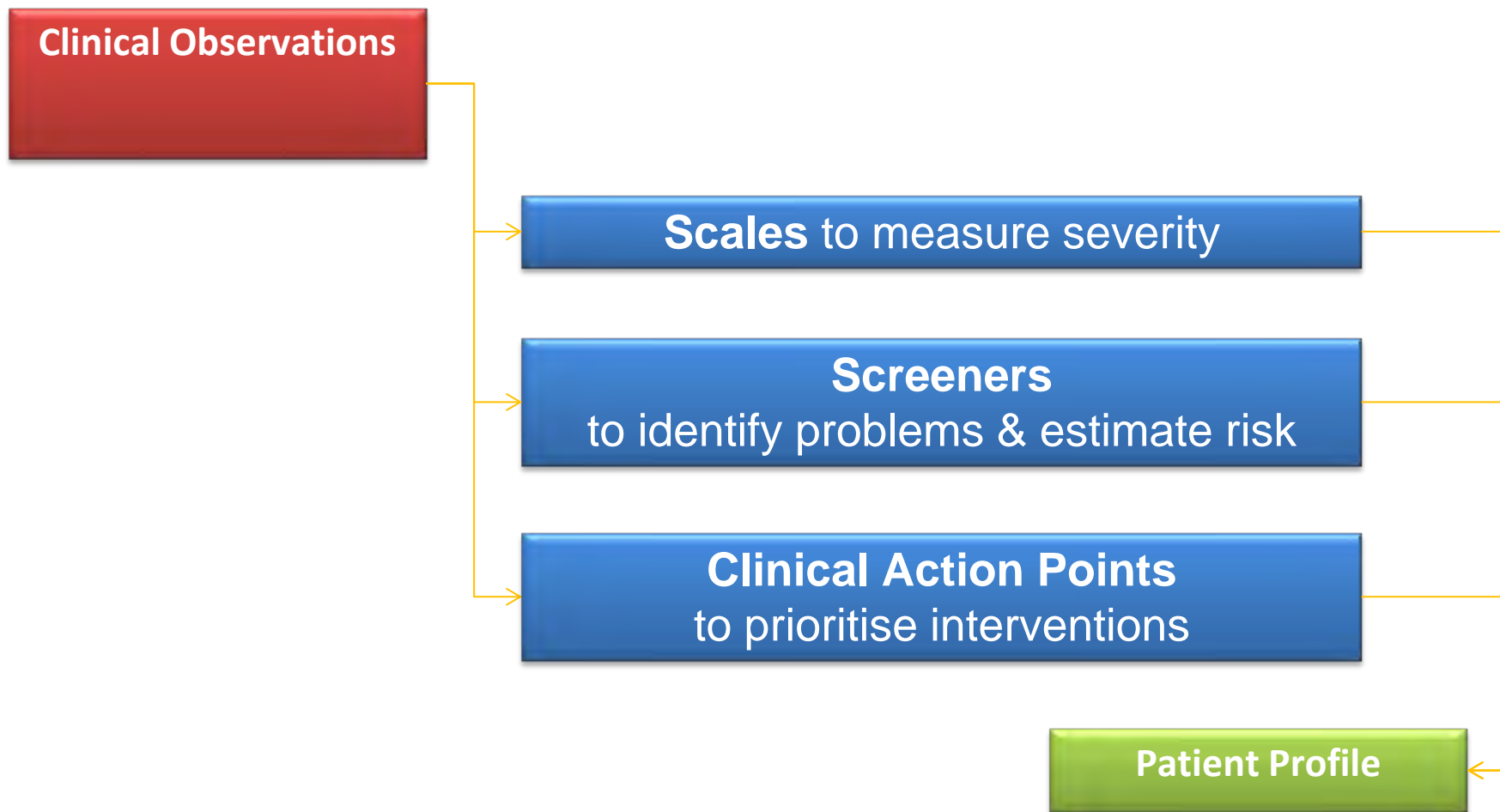


# PLAN D' ACTIONS INTERDISCIPLINAIRE

# OBSERVATION ET LES OUTPUTS INTERRAI



# CONSTRUCTION DE PROFIL DE CLIENT



Welcome to CeGA Online. 29 minutes remaining. - Mozilla Firefox

https://172.23.35.245/cega/cga2/web\_report\_readonly\_by\_admission.php?patient\_id=786013274&admission\_no=1&assessment\_type=1

Close Printer-friendly version

### Assessment Summary - IN PERSON

#### Patient details

Name: Mr Jack Jim Jones  
 Age at assessment: 85  
 Gender: Male  
 UR Number: 87654321

#### Living arrangement and support

Admitted from: Private residence  
 Marital status: Married  
 Living arrangement: With spouse/partner  
 Support person available: Yes  
 Housing available: Yes  
 Community services used:   
 Advance directives:   
 Legal guardian:

#### Disease diagnoses

Initial Discharge

*Primary diagnosis:*  
Fracture R NOF (sub-capital)

*Diagnosis present. Receiving treatment:*  
Hypertension  
CCF

*Diagnosis present. No active treatment:*  
Old CVA 2005  
Osteoarthritis

Welcome to CeGA Online. 27 minutes remaining. - Mozilla Firefox

https://172.23.35.245/cega/cga2/web\_report\_readonly\_by\_admission.php?patient\_id=786013274&admission\_no=1&assessment\_type=1

#### Scales

	Pre-morbid	Initial
Cognitive Performance Scale (CPS)	2	5
Delirium Scale		2
Communication Scale	1	5
Short Depression Scale		
ADL Hierarchy	1	4
ADL Short Scale	1	11
IADL Performance	39	
IADL Capacity		41
BMI		18.62
Pain Scale	0	3
Frailty Index		0.61

#### Diagnostic Screeners

	Pre-morbid	Initial
Delirium		POSITIVE
Dementia	POSITIVE	POSITIVE
Depression		
Undernutrition		POSITIVE

#### Risk Screeners

	Pre-morbid	Initial
ADL Decline		HIGH
Delirium		HIGH
Falls		Low
Institutional Risk		MEDIUM

# CONSTRUCTION DE LISTE DE TÂCHES

**Clinical observations**



**Problem list**

**Clinical assessment protocols**



**Clinical judgement**  
**Multi-disciplinary input**  
**Consultation with person & family**



**Care plan**

**Task list**

**Care planning**

**Patient details**

Name:	Mr Jack Jim Jones	Hospital:	Test Hospital
Age:	83	Ward:	1
Gender:	Male	Treating doctor:	Brown
UR number:	87654321	Date of admission:	03-Jan-2013
Date assessment completed:	10-Jan-2013	Date care plan commenced:	15-Feb-2013

**Recommended areas for intervention**

Prevention (of decline or occurrence)	Treatment
<ul style="list-style-type: none"> <li>Activities of daily living</li> <li>Delirium</li> <li>Falls - high risk</li> <li>Pressure ulcer</li> <li>Institutional care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communication</li> <li>Delirium</li> <li>Behaviour</li> <li>Cognition</li> <li>Nutrition</li> <li>Pain - high improver</li> </ul>

**Goals** Add Refresh

Problem	Goal	Type	Response	EDA
Falls	Prevent falls in hospital	P	Prof Len Gray at 15-Feb-2013 13:48:20 : Delirium requires constant observation. ...	
Urinary catheter	Evaluate bladder function and remove IDC if possible	T	Prof Len Gray at 15-Feb-2013 13:55:23 : Trial of void tomorrow	17-Feb-2013
Mobility	Achieve safe mobility with walker	T	Prof Len Gray at 15-Feb-2013 13:53:48 : Daily PT assessment. Commence supervise...	15-Mar-2013
Delirium	Identify cause of delirium and provide appropriate management	T	Prof Len Gray at 15-Feb-2013 13:50:58 : Appropriate investigations. Behaviour c... Encourage family to attend.	22-Feb-2013



URN: 87654321  
Name: Mr Jack Jim Jones  
DOB: 01-Jan-1930  
Hospital: Test Hospital  
DR: Brown  
PT ID: 786013274

---

**Plan Established:** 15-Feb-2013 **Plan Updated:** 15-Feb-2013  
**Expected Discharge Date:** 29-Mar-2013 **Expected Destination:** Private residence - owned or purchasing  
-Client owns or is purchasing  
-Family member or related person owns or is purchasing

---

**Problem: Falls** **Status:** In progress  
**Goal:** Prevent falls in hospital **Date Achieved:**  
**Response:** Prof Len Gray at 15-Feb-2013 13:48:20 : Delirium requires constant observation. Relocate to an appropriate room. Standard falls prevention measures.  
*(Goal Type: PREVENTION)*

---

**Problem: Urinary catheter** **Status:** In progress  
**Goal:** Evaluate bladder function and remove IDC if possible **Date Achieved:**  
**Response:** Prof Len Gray at 15-Feb-2013 13:55:23 : Trial of void tomorrow  
*(Goal Type: TREATMENT)*

MEDECIN FAMILLE



MEDECIN FAMILLE



Mme. Never Sick



### ANAMNESE

- Blessure de sport
- Pas de conditions chroniques

### DIAGNOSTIC

Entorse à la cheville

### TRAITEMENT

Curatif



### ANAMNESE

- Blessure de sport
- Conditions chroniques???

### EVALUATION GERIATRIQUE

- Risque de chutes → prévention
- Cognition? → centre de mémoire
- Isolement? Dépression? → dépistage

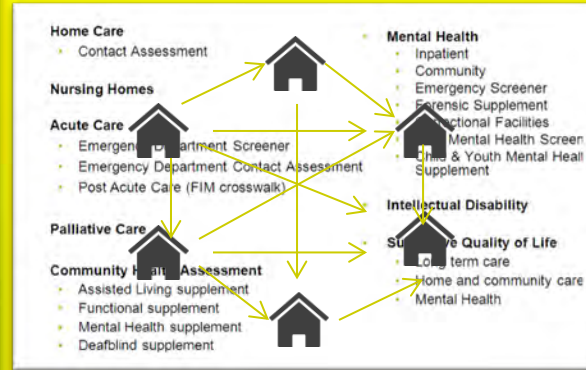
- Est-ce qu'une bonne connaissance du patient suffit ?
- Screening de tous les domaines gériatriques
- Anticipation
- Prévention
- Photographie
- santé + état fonctionnel + environnement social/physique
- Suivi de fonctionnement
- Priorité des actions et base pour un plan de soins



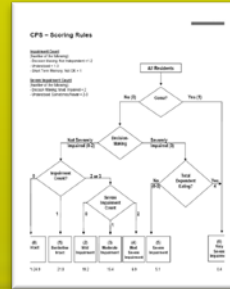


# interRAI

## interRAI SUITE

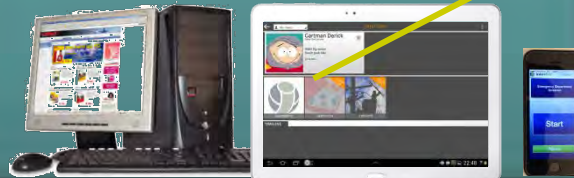


## ALGORITHMES



?????

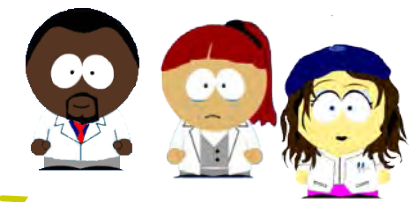
## SOFTWARE & DEVICES



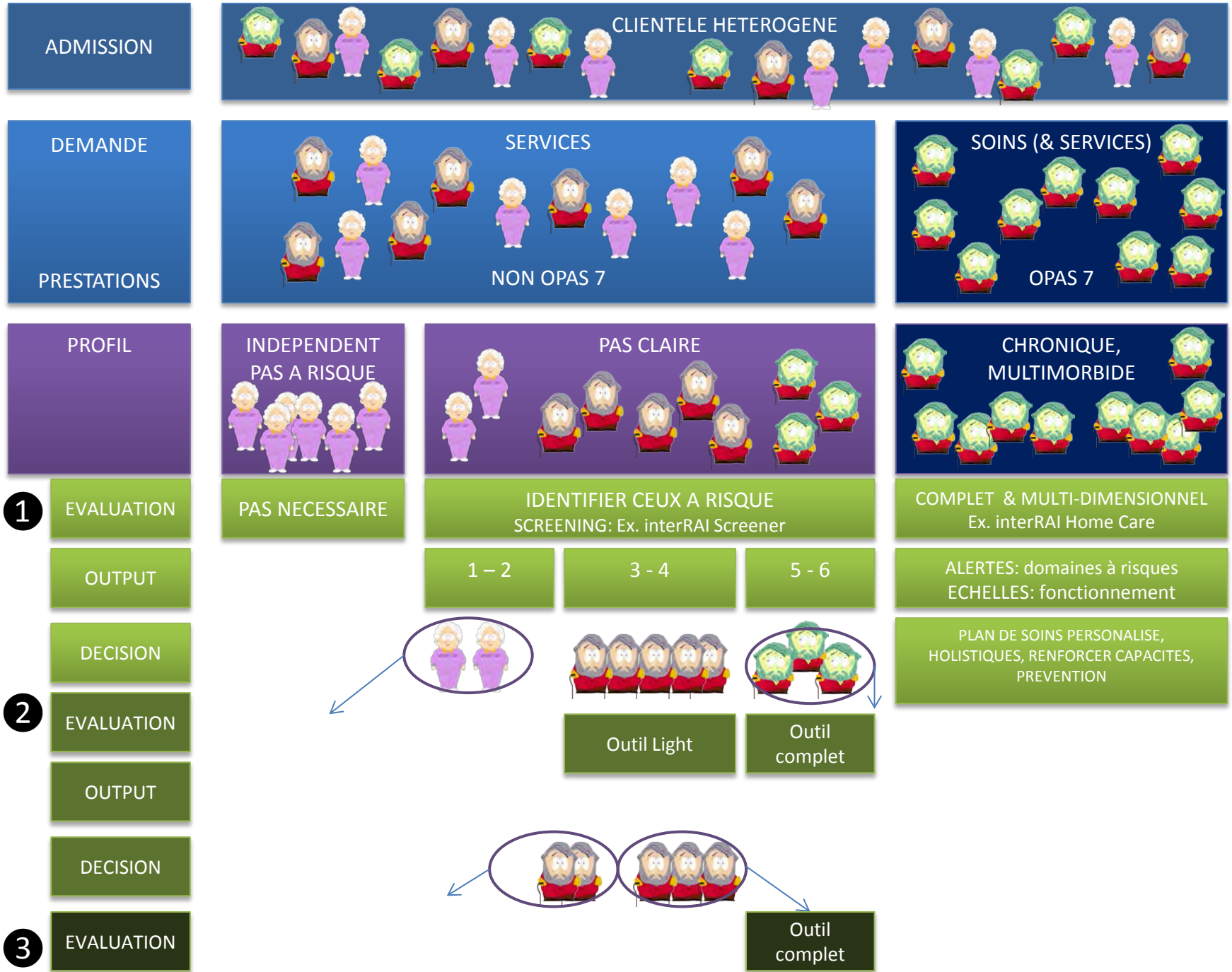
interRAI fournit la base pour la planification des soins

Les fournisseurs des logiciels présentent les informations aux utilisateurs

Les professionnels développent les plans de soins et des listes des tâches



# PROJET AVASAD: Evaluation brève pour les situations en demande de prestations non OPAS 7



# Réseau interRAI

**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

- Collaboration de recherche
- 93 membres/35 nations
- Disciplines mixtes: cliniciens, décideurs politiques, économistes, statisticiens, chercheurs, ...
- Société à but non lucratif
- Les principaux intérêts
  - Science (e.g. comparaisons transnationales)
  - Le développement et validation d'instruments
  - Le soutien de mise en oeuvre dans autres pays
- Tient le droit d'auteur
- Accorde des licences libres de droits aux gouvernements et les fournisseurs de soins en échange de données
- Licenses des éditeurs de logiciels dans le monde entier
- <http://www.interrai.org/>

# interRAI Members and *Activities*

## North America

Canada, USA,  
*Mexico, Belize*



## South America

Chile, Brazil, *Peru*

## Europe

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

## Middle East/Asia

Israel, India, Qatar,  
Lebanon, *Egypt*

## Africa

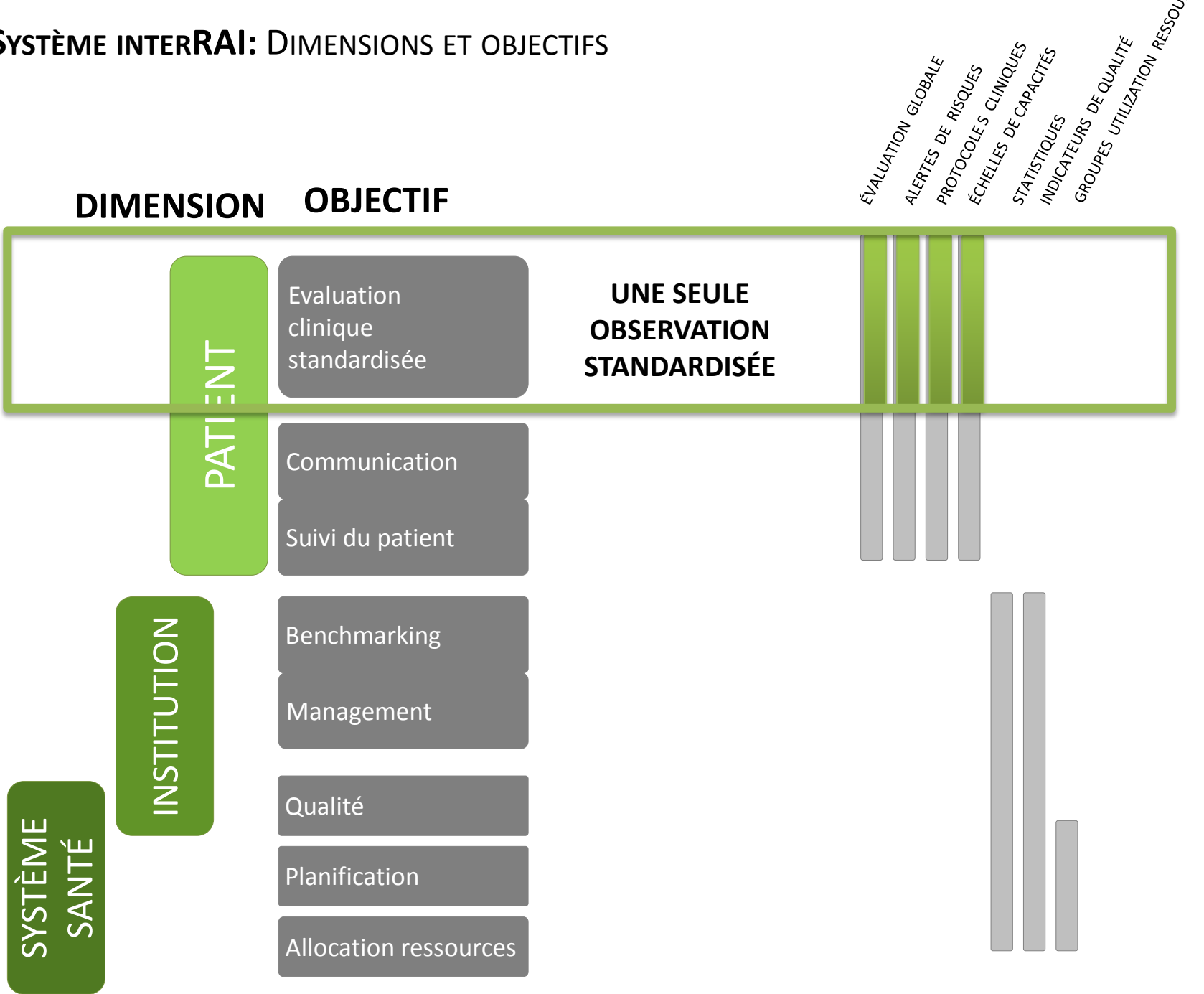
South Africa, *Ghana (WHO)*

## Far East/Pacific Rim

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

# CONCLUSION

# SYSTÈME INTERRAI: DIMENSIONS ET OBJECTIFS



Le système interRAI fournit  
des **observations** cliniques et des **applications**  
qui optimisent la capacité des cliniciens à élaborer des **plans de soins**

- Evaluation de santé, fonctionnement, et psycho-social
- Identifier des domaines à risques, de prévention, de traitement
- Informer des professionnel aux sujets spécifiques
- Un langage commun entre les disciplines
- Des protocoles cliniques: sensibilisation
- Evolution des clients



Nathalie.Wellens@vd.ch

## REMERCIEMENT

- Brant Fries
- Len Gray
- Pyxima

## SOURCES

- [www.interrai.org](http://www.interrai.org)
- <http://www.belrai.org/fr>
- Vidéos:

Symposium: Une partition commune pour la continuité des soins, Lausanne, Suisse, (20 Avril 2015) Repéré à

<http://www.vd.ch/themes/sante/organisation/information-en-sante-publique/symposium-20-avril-2015/programme/>

# **Utilisation sur le terrain: la vie du RAI-HC suisse à l'AVASAD**

Karlen Martine , consultante en soins infirmiers,  
référente cantonale RAI-HC

Dulimbert Arnaud , clinicien évaluateur RAI-HC

**Service du Développement des Pratiques  
Professionnelles**

AVASAD

# Objectifs et contenu de la présentation

- Comprendre l'utilisation du RAI-HC suisse à l'AVASAD
- Etre sensibilisé à la dimension clinique du RAI-HC
- Partager quelques enjeux de l'utilisation du RAI-HC
  
- Contenu
  - Contexte
  - La démarche d'évaluation avec le RAI-HC suisse par un exemple concret
  - Constats
  - Perspectives

# Evolution de l'évaluation de la situation du client

## ■ Avant

- Une évaluation médicosociale globale (a toujours eu lieu)
- Un approfondissement variable
- Une orientation dépendante du métier

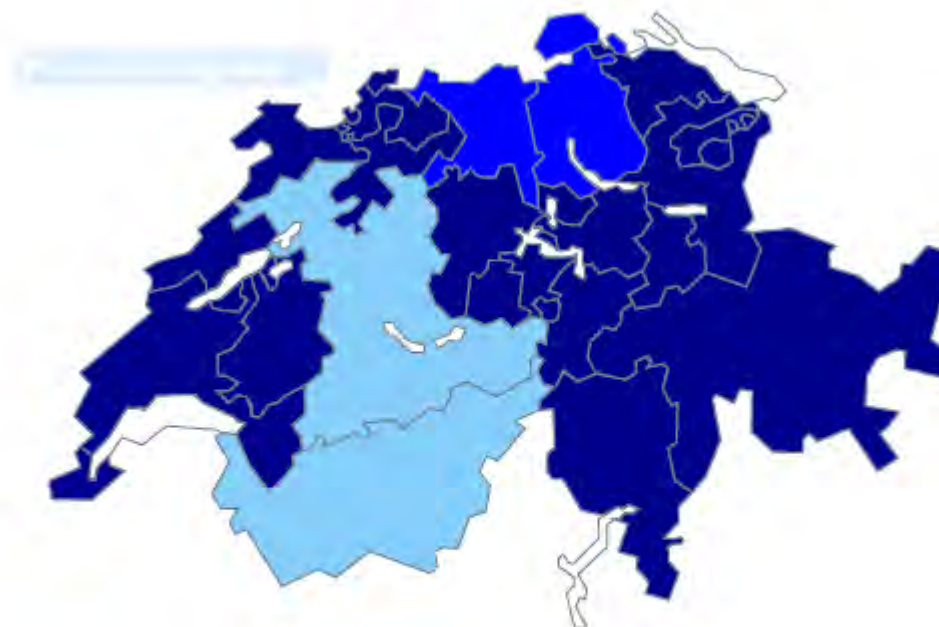
## ■ Maintenant

- Une évaluation médicosociale globale **standardisée**
- Un recueil de données **structuré** et un traitement rigoureux
- Une évaluation **systematique**, une équité de traitement pour les clients

# RAI-HC suisse

- **RAI-HC: Resident Assessment Instrument-Home Care**
- RAI-Home Care suisse, issu d'interRAI et adapté en 2003 (puis en 2009) pour devenir le **RAI-HC suisse** validé par l'ASSASD (Association suisse d'aide et de soins à domicile)
- Choix du RAI-HC par l'ASSASD pour répondre aux exigences de la LAMal:
  - OPAS art.8 « évaluation des soins requis »
  - Extrait: «Sont compris dans l'évaluation des soins requis, l'appréciation de l'état général du patient, l'évaluation de son environnement ainsi que celle des soins et de l'aide dont il a besoin.»

# Utilisation du RAI-HC suisse (état en mai 2015)



■	Tous les organisations
■	80-100% des organisations
■	50-80% des organisations

Source: Fait avec Philcarto, 30.4.2015, <http://philcarto.free.fr>

## Contexte AVASAD

- En 2015, les CMS ont apporté des prestations à 31'489 personnes (dont 51% des clients sont âgés de 80 ans et plus) Le RAI-HC est utilisé par l'ensemble des CMS du canton depuis mai 2015 avec un **logiciel** intégré au dossier client
- Environ 2 à 3 infirmiers/ères évaluateurs/trices RAI-HC par CMS (80 EPT pour l'AVASAD)
- Une **formation spécifique** à l'évaluation RAI-HC de tous/tes les infirmiers/ères évaluateurs/trices
- Plus de 10'000 évaluations avec le RAI-HC en une année (mai 2015 / avril 2016)
- Environ 900 évaluations par mois depuis l'automne 2015

# Règles d'utilisation du RAI-HC suisse à l'AVASAD

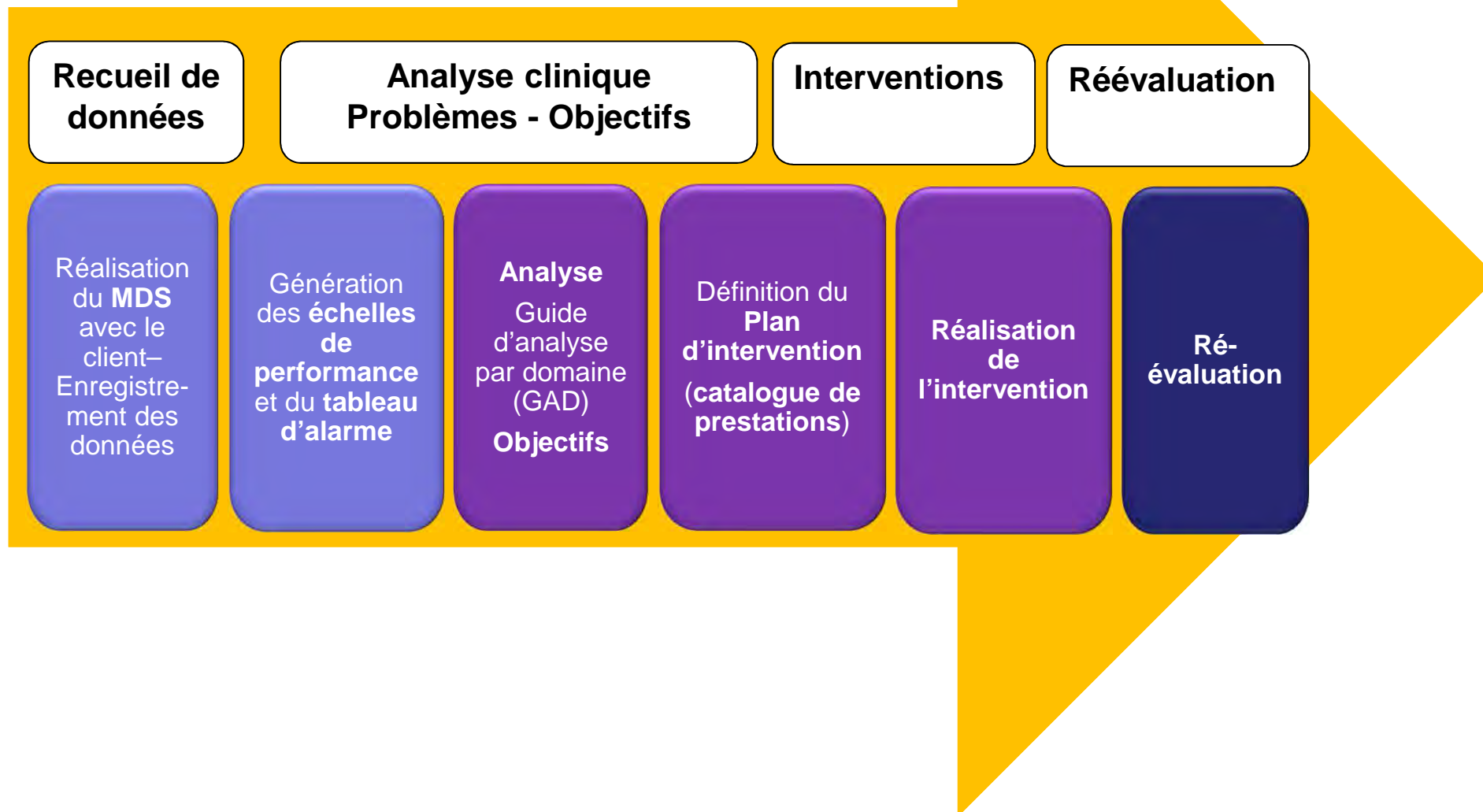
- En référence à la charte de l'AVASAD
- Toute situation régulière de soins
- Les situations d'aide d'une durée de plus de trois mois (selon critères)
- Exceptions
  - Soins isolés ou limités dans le temps (durée 1 mois ou 3 interventions)
  - Soins palliatifs en phase terminale
  - Aide au ménage limité dans le temps (moins d'un mois)
  - Aide à la famille et soins pédiatriques
  - Situation santé mentale (selon critères)
- Refus du client toujours possible
- Réévaluation chaque 6 mois pour les situations de soins



# Evaluation avec le RAI-HC suisse

- Evaluation centrée sur l'état de santé et la situation de la personne
- Finalité
  - Identifier les besoins de la personne en aide et en soins
  - Identifier les risques de déclin fonctionnel, risques de dépendance ou risques d'entrer en institution
  - Identifier les ressources
  - Réaliser une «photographie» comparable à chaque réévaluation

# Avec la méthode RAI-HC



## Un exemple: Monsieur Delâge

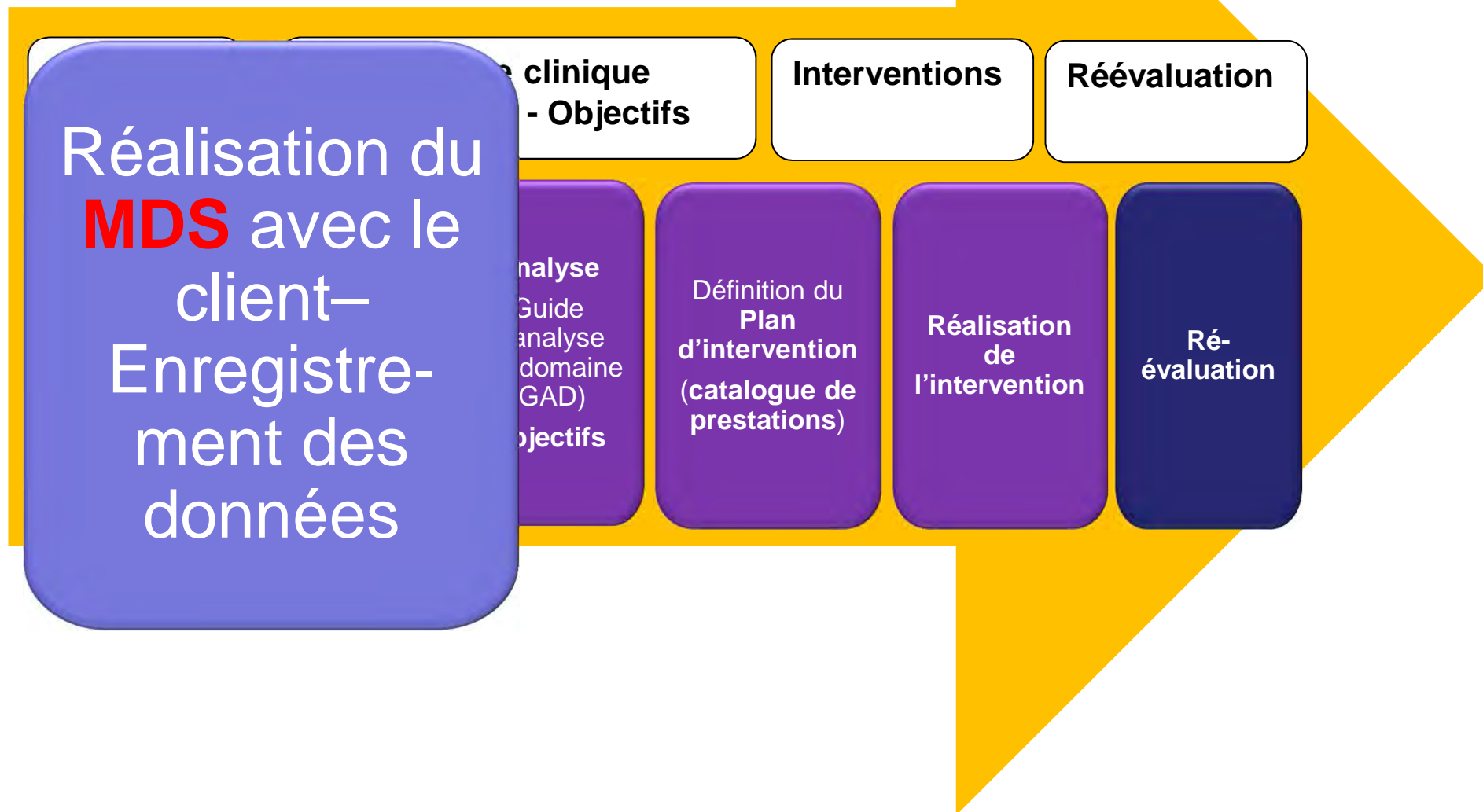
Monsieur, âgé de 90 ans, vit avec son épouse dans la demeure familiale depuis 60 ans. Ils ont trois enfants, le fils habite une maison proche. Ils ont un chien.

Mme s'occupe du ménage, de la lessive et des courses, elle est très présente dans la situation.

Monsieur gère sa médication. Il s'occupe de tout ce qui est administratif. Monsieur a posé un système afin de pouvoir appeler son épouse pendant la nuit.

La demande est faite pour des soins de base.

# Avec la méthode RAI-HC



## Chez Monsieur Delâge...

- Le recueil des données a lieu lors d'une visite convenue avec Monsieur et Madame, car plus longue que d'habitude
- Un infirmier évaluateur RAI-HC récolte les données **et** réalise les soins
- Il documente l'information au plus près des faits, donc il prend en compte ses observations et la parole du client
- Il code les réponses de manière rigoureuse et au besoin ajoute des remarques
- Il introduit les informations en direct dans son PC

## Domaines abordés avec le MDS (Minimum Data Set)

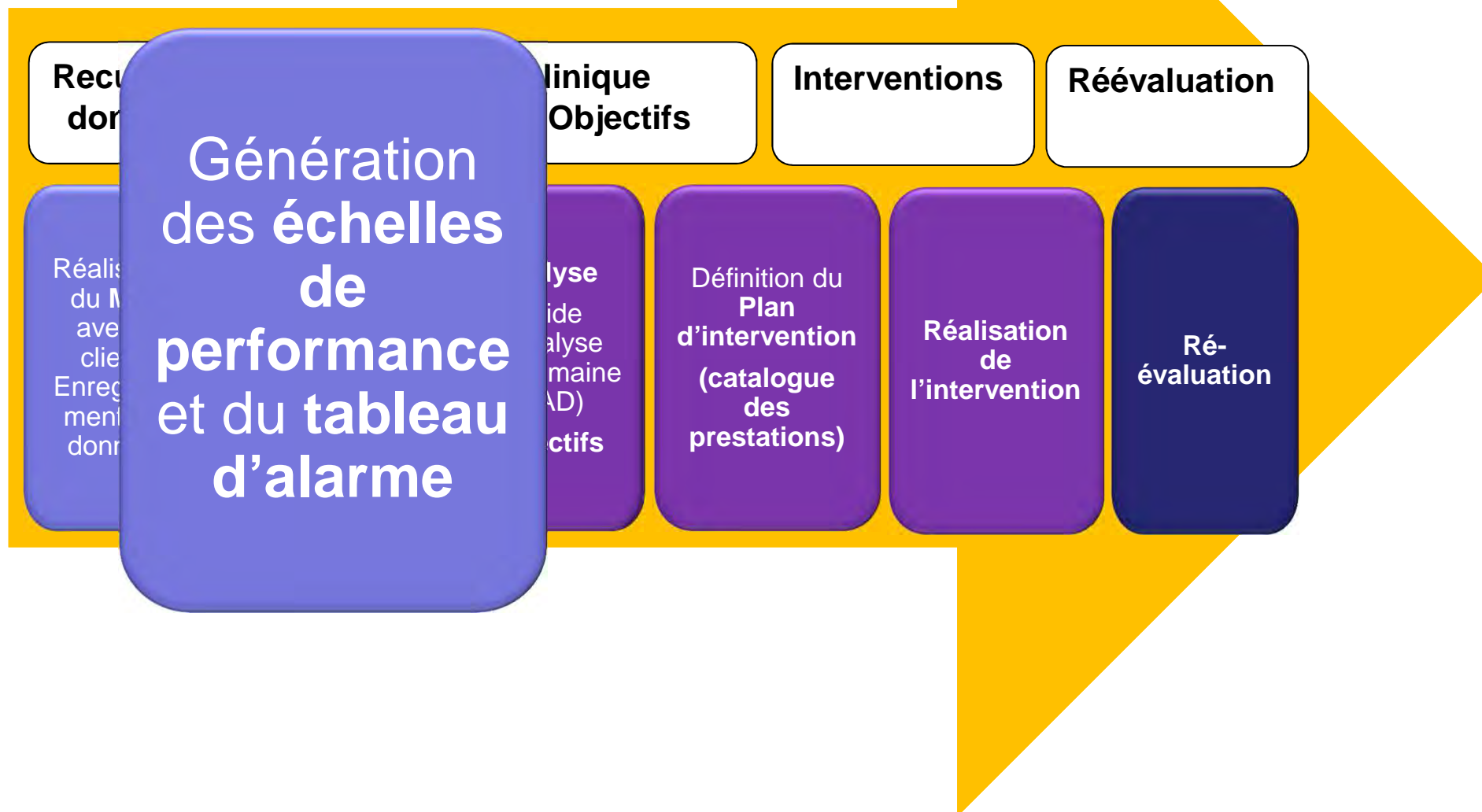
- Etat cognitif
- Communication /audition
- Vision
- Humeur et comportement
- Fonction sociale
- Fonctionnement dans la vie quotidienne
- Continence
- Diagnostics médicaux
- Problème de santé
- État nutritionnel, hydratation
- Problème de peau et des pieds
- Médicaments
- Evaluation de l'environnement
- Utilisation des services professionnels
- Aide de l'entourage
- Responsabilités et directives anticipées
- Evaluation globale de l'état de santé

# Exemple de données du MDS

C. COMMUNICATION / AUDITION	
	07-AVR.-2016
1. Se faire comprendre - La cliente se fait-elle comprendre par les autres ?	0 ■ Est comprise
2. Capacité à comprendre les autres	0 ■ Comprend
3. Audition (Avec appareil auditif, si utilisé, la cliente)	1 ■ Difficultés minimales - dans un environnement bruyant

I. CONTINENCE dans les 3 derniers jours	
	07-AVR.-2016
1. Urines - Contrôle de la fonction urinaire de la vessie durant LES 3 DERNIERS JOURS	2 ■ Habituellement continente - n'est pas incontinente chaque jour
2. Contrôle des selles durant LES 3 DERNIERS JOURS	0 ■ Continente - Contrôle complet sans stomie
3a. Sonde urinaire à demeure avec collecteur d'urine (y compris sus-pubienne)	0 ■ Non
3b. Sonde urinaire à demeure avec valve anti-reflux	0 ■ Non
3c. Etui pénien	0 ■ Non
3d. Cystostomie, néphrostomie, ureterostomie	0 ■ Non
3e. Stomie intestinale	0 ■ Non
3f. Protections (p. ex.: couches, serviettes hygiéniques)	1 ■ Oui

# Avec le RAI-HC





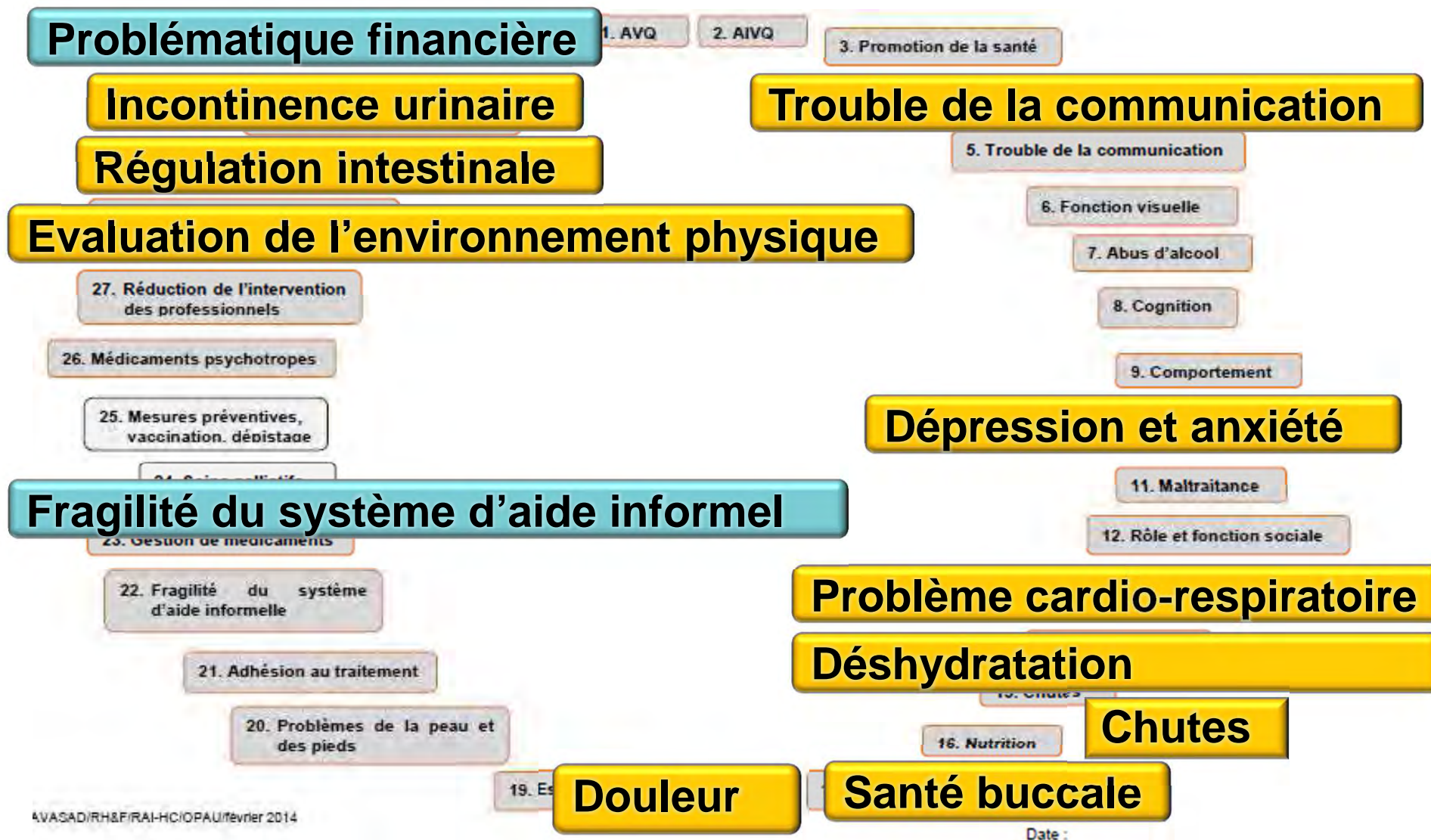
## Quatre échelles de performance

- Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)  
*De 4 = indépendant à 15 = dépendance totale*
- Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ)  
*De 0 = indépendant à 6 = dépendant pour tous les AIVQ*
- Performance cognitive (CPS pour Cognitive Performance Scale)  
*De 0 à 6, supérieur ou égale à 2: déficience cognitive à vérifier*
- Echelle de dépression (DRS pour Depression Rating Scale)  
*De 0 à 4, supérieur ou égale à 2 état dépressif à suspecter*

## Pour Monsieur Delâge

Echelle AVQ	4. Indépendante
Echelle AIVQ	3.
Echelle cognitive CPS	0. Intacte
Echelle de dépression DRS	1.

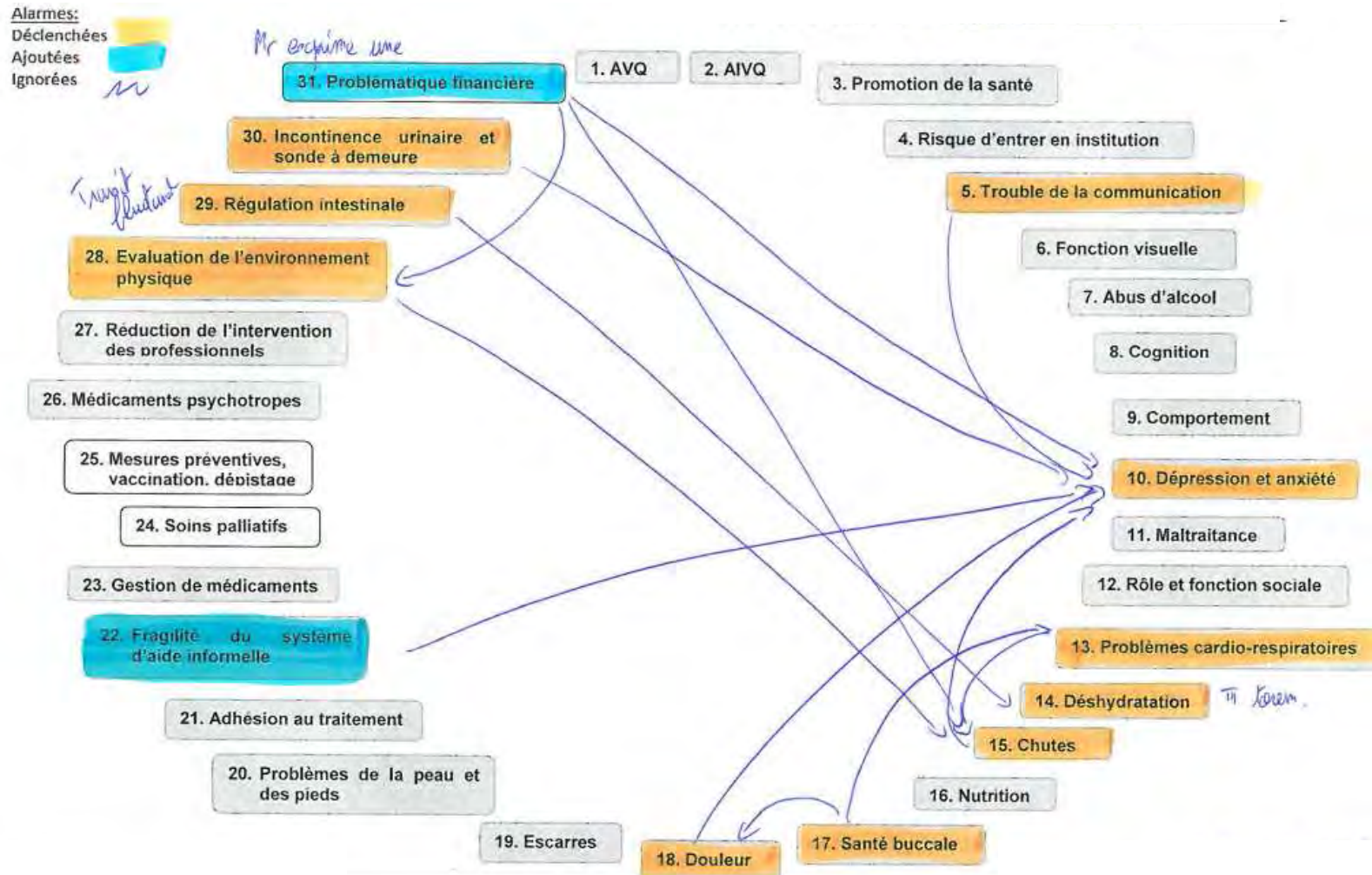
# Les alarmes



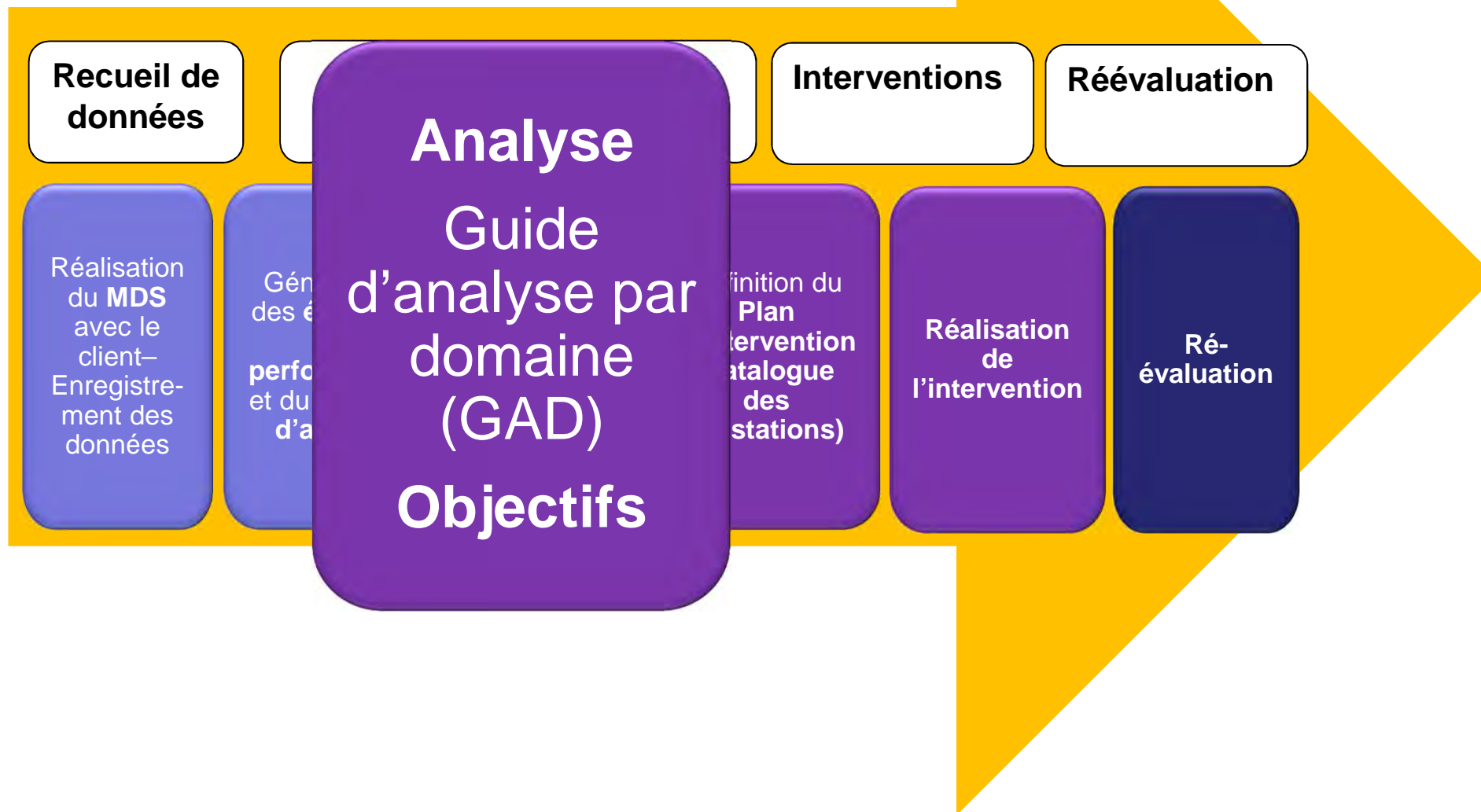
AVASAD/IRH&F/RAI-HC/OPAUI/fevrier 2014

Date :

# Pour Monsieur Delège



# Avec le RAI-HC



# Analyse clinique

## ■ Prise en compte

- Des résultats de l'évaluation: alarmes, échelles, référence aux guide d'analyse par domaine (GAD)
- Des liens entre les domaines
- Du contexte et de l'histoire de vie de la personne
- Des ressources, potentiel et volonté du client

## ■ Une classification des problèmes, des risques, des ressources et des zones d'ombre afin d'aboutir à une synthèse et à la pose des objectifs acceptables pour le client

# Problèmes prioritaires retenus pour Monsieur Delâge

**Alarmes:** Problème cardio-respiratoire - fragilité du système d'aide informel

**Motif de l'aide et des soins:** intolérance à l'activité

**Lié à:** trouble cardiorespiratoire connu, trouble postural

**Se manifestant par:** dyspnée, fatigue, limitation pour se pencher en avant, démarche peu assurée à la marche

## **Objectifs:**

Mr accepte de l'aide pour les AVQ pour soulager son épouse d'ici un mois

Mr fait le point avec son médecin traitant sur la nécessité des bas de contention d'ici un mois

# Problèmes prioritaires retenus pour Monsieur Delâge

**Alarmes:** **dépression et anxiété associés à: Incontinence urinaire - fragilité du système d'aide informel - chutes**

**Motif de l'aide et des soins:** Anxiété de Monsieur

**Lié à:** projet de vie à venir, limitations physiques, état de santé de son épouse

**Se manifestant par:** moral fluctuant, minimise ses difficultés, estime de soi perturbée par l'incontinence urinaire et par une dextérité fine limitée, expression d'un besoin «de souffler»

**Objectif:**

Mr reçoit un suivi régulier sur le plan moral pour verbaliser ses pertes

# Risques retenu pour Monsieur Delâge Ressources

**Alarmes:** Chutes

**Motif de l'aide et des soins:** Risque de chute

**Lié à:** démarche instable, volonté de maintenir ses activités au quotidien malgré une fatigue importante

**Se manifestant par:** -

**Objectif:**

Mr accepte l'évaluation de ses activités et de son environnement par une ergothérapeute d'ici deux semaines

## Ressources

**Alarmes:** troubles de la communication

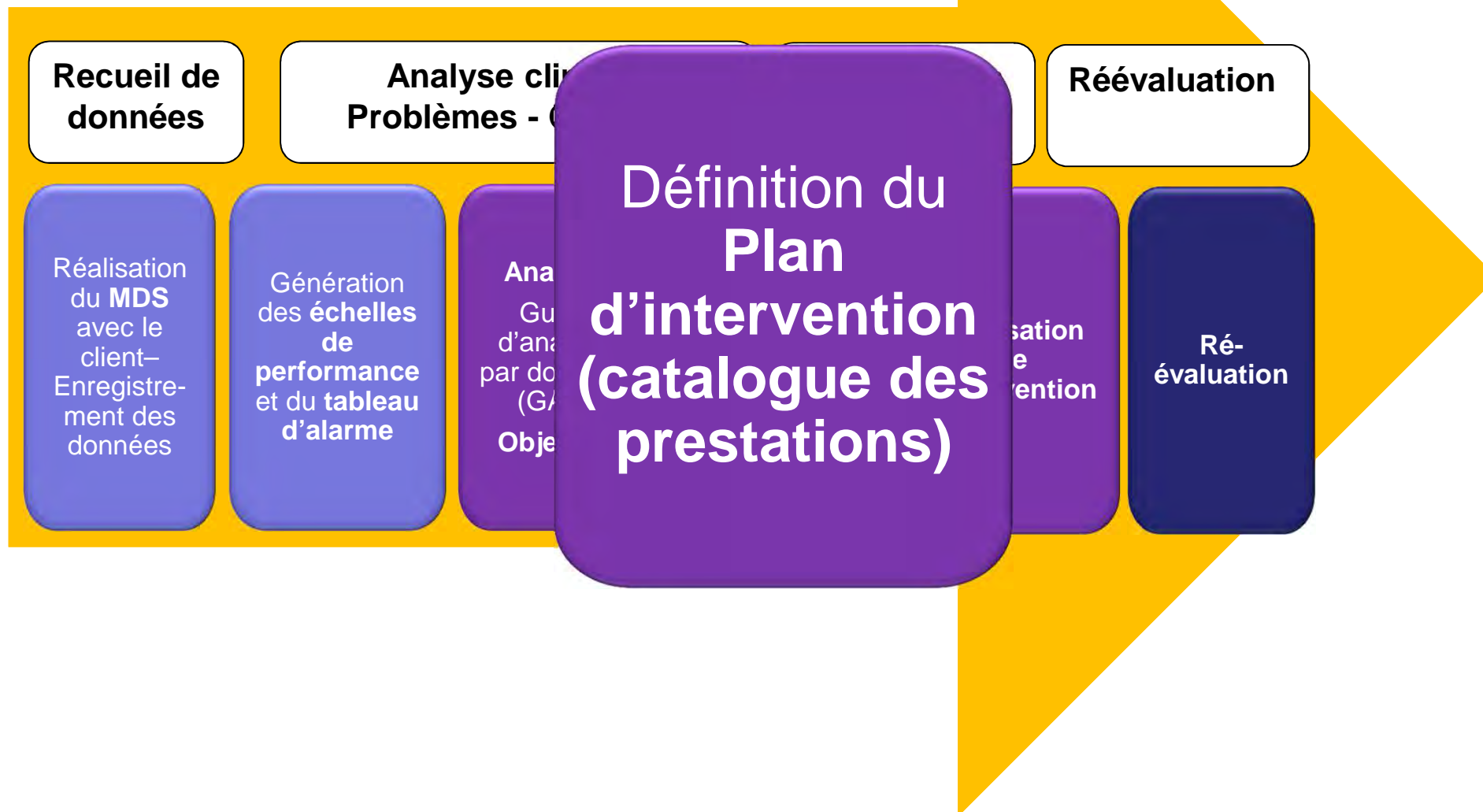
Mr porte un appareil auditif avec lequel il entend bien



# Zones d'ombre

- **Déshydratation:** période de diarrhées
- **Santé buccale:** douleur à une dent, pas de contrôle récent
- **Douleur:** douleur au bas du dos, Dafalgan en réserve, comment est-il pris?
- **Evaluation de l'environnement physique:** notamment le lit, l'escalier
- **Régulation intestinale:** transit fluctuant, constipation
- **Problématique financière:** préoccupation de Mr pour les coûts en cas de court séjour, entrée en institution, souhaite des informations

# Avec le RAI-HC



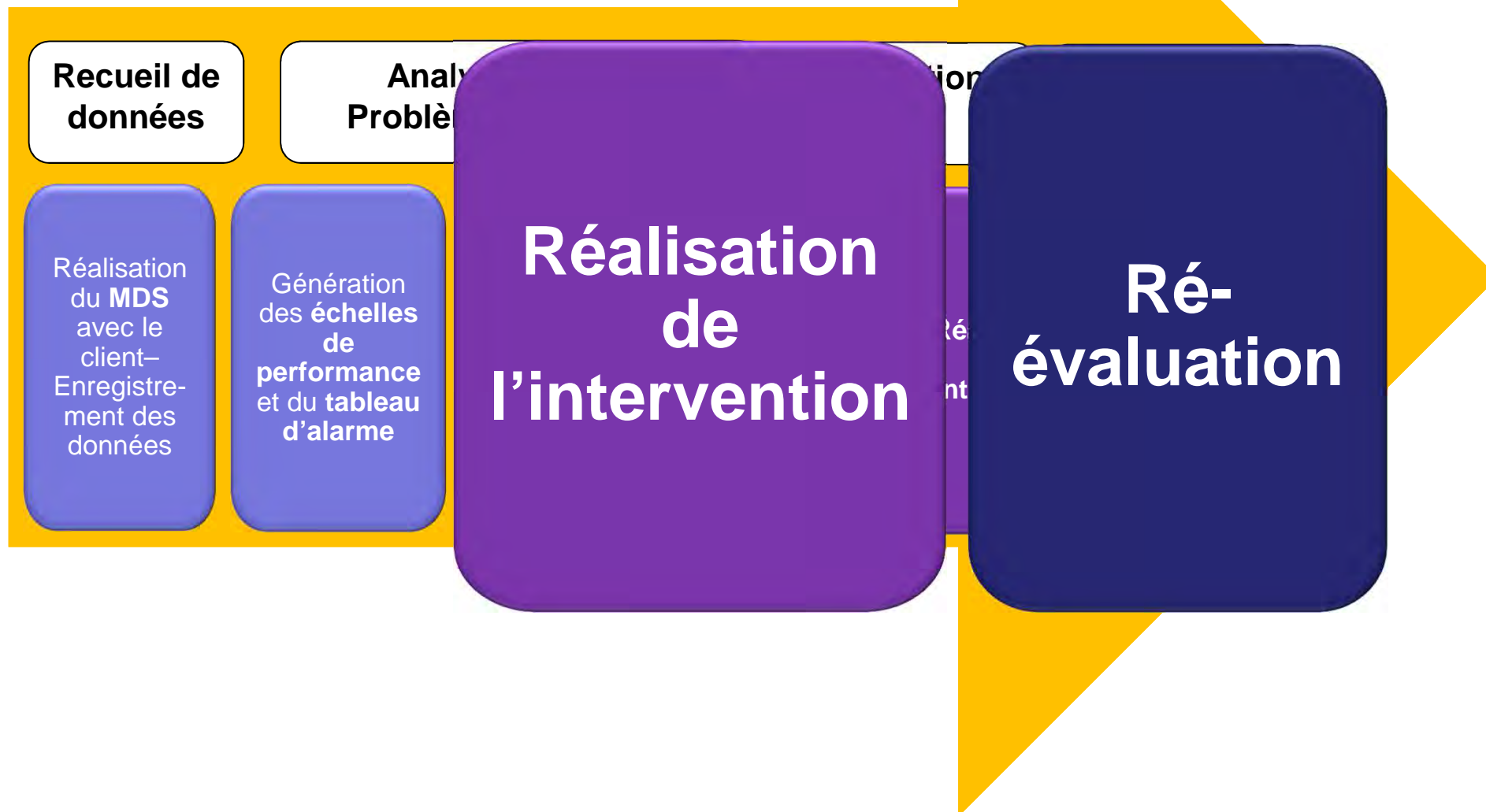
# Communication dans le CMS

- Partage du bilan de l'évaluation entre l'évaluateur RAI-HC et le référent
- Préparation du retour au client et au médecin
- Eventuelles sollicitations de spécialistes (ergothérapeute concernant Mr Delâge)
- Mise en place des interventions
- Eventuel échange en colloque d'équipe

## Plan d'intervention proposé à Monsieur Delâge

- **Le référent propose les objectifs et les interventions liées au client**
- **Intervention/ Prestation:**
  - Aide (suppléance selon ses capacités) pour la douche 1x par semaine
  - Bilan de l'évolution de l'état de santé (cardiorespiratoire, mise des bas?) et possibilité pour Mr de verbaliser ses pertes (faire face à sa situation, projection) 1x par semaine
  - Intervention de l'ergothérapeute (environnement / activités /capacités)
  - Questions adressées au médecin (bas de contention, zone d'ombre)

# Avec le RAI-HC



# Suivi de la situation et réévaluation

- Suivi de la situation du client réalisé par le référent, avec l'accord du client
  - Organisation, coordination de la réalisation des prestations selon le plan de soins établi
  - Evaluation et adaptation des objectifs en continu
  - Investigation des zones d'ombre
  
- Réévaluation avec l'outil RAI-HC dans 6 mois ou si survient un changement significatif de l'état de santé de Monsieur Delâge

# Communication avec les partenaires

- Synthèse de l'évaluation RAI-HC issue du dossier client adressée au médecin traitant
  - dans le but d'ouvrir le dialogue avec le référent
  - Partage qui nécessite des explications sur le RAI-HC (sens des échelles et des alarmes)
  - Questionne la collaboration, l'interdisciplinarité par rapport au client (connaissance des rôles différents/complémentarités – représentation de l'activité de l'autre)
- Disponibilité des résultats de l'évaluation pour les infirmières de liaison dans le dossier du client
- Maintien du DMST

## Constats sur l'utilisation du RAI-HC

- Le RAI-HC est un outil **standardisé**, permettant un plan d'intervention **individualisé**
- Compétences spécifiques nécessaires de l'évaluateur RAI-HC
  - Avoir de fortes compétences en conduite d'entretien
  - Apprendre et maîtriser le codage des items
  - Avoir beaucoup de rigueur et d'objectivité pour récolter les données
  - Comprendre le sens de la systématique et de la standardisation
  - Le principal: rester centré sur la personne et pas sur l'outil
- Compétences collectives de l'équipe du CMS
  - Compétences d'analyse
  - Mise en œuvre du partenariat
  - Vision interdisciplinaire, collaboration, etc...



# Constats sur l'utilisation du RAI-HC



## Les forces

- Une structuration et standardisation qui permet de ne «rien oublier», voir ce que l'on aurait pas regardé
- Un grand nombre de données à disposition pour comprendre la situation de soins
- Nécessite une analyse fine et une priorisation des problèmes
- Une vision très large de la situation, permet une analyse très complète
- La possibilité de suivre la situation de la personne sur la durée (données comparables)

## Les difficultés

- Le recueil de données qui peut être perçu comme intrusif pour la personne (observation vs questions directes)
- Malgré un grand nombre d'items, certaines données ne sont pas investiguées par l'outil (l'histoire de vie, la qualité de vie par exemple)
- Les alarmes peuvent ne pas correspondre à ce que la personne perçoit comme problèmes pour elle
- L'analyse, l'interprétation et la documentation écrite nécessite du temps

# Les perspectives

- La poursuite de la consolidation des pratiques
- Le suivi de la qualité des prises en charge
  - Alarme présente sur la durée
- Le suivi de la qualité des soins
  - Nombreux clients d'un CMS avec une même alarme: quelle en est la raison? Que peut-on faire?
  - La possibilité de développer des compétences pour un problème fréquent
- La continuité des soins entre les lieux de soins par la transmission de données d'outils de suite interRAI

# Les perspectives

- Une meilleure connaissance de la population prise en charge
  - Des profils de clients
  - Le degré de dépendance d'une population donnée
- Projets
  - Un outil interRAI moins long pour les situations d'aide à domicile avec une orientation de prévention du risque de dépendance
  - A moyen terme, une évolution du RAI-HC suisse vers RAI-HC interRAI actuel

# ...vos questions?





**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# Point de situation sur le Programme Cantonal

**Chantal Grandchamp**

Service de la santé publique

Colloque Programme interRAI – 13 juin 2016

# Un nom pour le Programme Cantonal

- **Concours lancé en début d'année...**



# Un nom pour le Programme Cantonal

- ... and the winner is







**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# Feuille de route du programme cantonal interRAI 2016 – 2017

**coRAI**

Une coordination des soins renforcée grâce à la Suite interRAI

-  PILOTE DE TERRAIN
-  PRÉPARATION
-  CONDITIONS CADRES
-  BACK OFFICE



PATIENT

INSTITUTION

SYSTÈME SANTÉ

**IMPLÉMENTATION CLINIQUE**

CONTINUITÉ DE SOINS

BENCHMARKING

QUALITÉ

PLANIFICATION

ALLOCATION RESSOURCES

CMS

EMS

H

BRIO, CASE MANAGEMENT

TOUS

TOUS

EMS

**OPTIMISATION OUTIL ACTUEL**

**DIFFÉRENTIATION « DÉPISTAGE »,  
ÉVALUATION « LIGHT » ET « COMPLETE »**

**INTRODUCTION USAGE CLINIQUE**

**APPRENTISSAGE INTERPRÉTATION  
MIN. 3 DOMAINES (COGNITION, AVQ, AIVQ)**

**INTRODUCTION USAGE CLINIQUE**

**CONDITIONS CADRES Y INCLUS LE DÉPLOIEMENT PLATE-FORME eHEALTH**

**LICENCE interRAI**

**EVALUATION IMPACTS PASSAGE PLAISIR → INTERRAI**









# Feuille de route du programme cantonal interRAI 2016 – 2017

**coRAI**

Une coordination des soins renforcée grâce à la Suite interRAI

-  PILOTE DE TERRAIN
-  PRÉPARATION
-  CONDITIONS CADRES
-  BACK OFFICE

2016

2017

2018

PATIENT

**IMPLÉMENTATION CLINIQUE**

CMS

- Exercices à petite échelle

EMS

- Variation de
  - Périmètre
  - Objectifs
  - Vitesse
  - Rythme de démarrage
  - Etc.

H

BRIO, CASE



INSTITUTION

**CONTINUITÉ DE SOINS**

TOUS

**CONDITIONS CADRES Y INCLUS LE DÉPLOIEMENT PLATE-FORME eHEALTH**

**LICENCE interRAI**

TOUS

**BENCHMARKING**

**QUALITÉ**

**PLANIFICATION**

**ALLOCATION RESSOURCES**

EMS



SYSTÈME SANTÉ

**EVALUATION IMPACTS PASSAGE PLAISIR → INTERRAI**



# ORGANISATION

**coRAI**

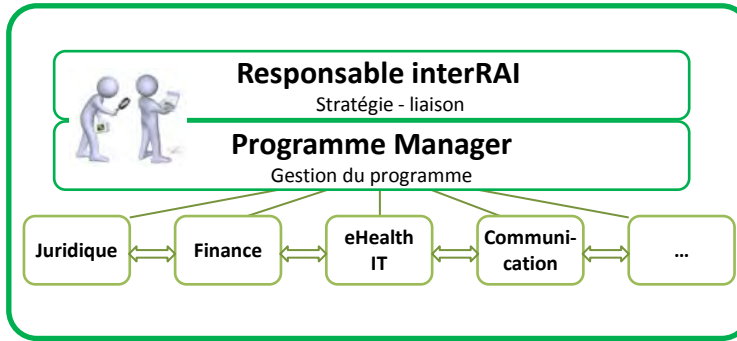
Une coordination des soins renforcée grâce à la Suite interRAI

METTRE EN ŒUVRE LES PILOTES TERRAIN

PREPARATION DEPLOIEMENT LONG TERME

DSAS (SSP / SASH)

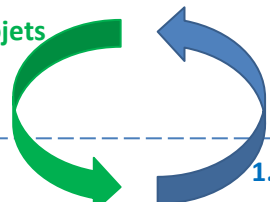
Partenaires – Institutions



1. Mandats des projets
2. Suivi des projets
3. Coordination entre les projets

1. Mandat d'évaluation

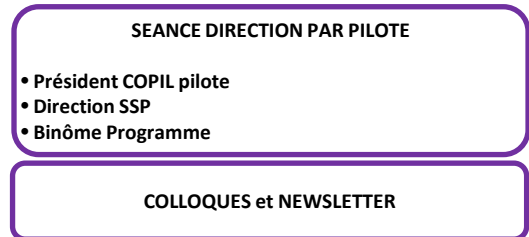
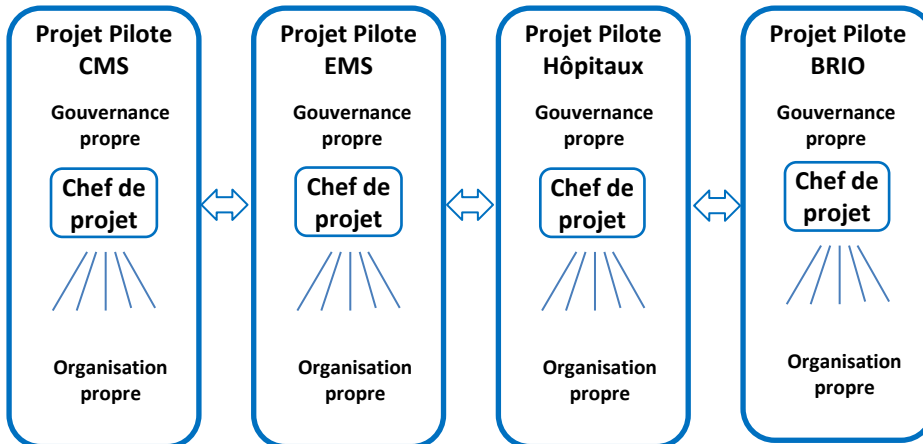
1. Bilan des projets
2. Recommandations pour le déploiement à long terme



1. Reporting de l'avancement du projet et des points bloquants

**IUMSP**

EVALUATION



# Point de situation sur les projets

- **Pilote CMS**
  - Optimisation de l'outil actuel et différenciation de l'outil en fonction du risque
  - Mandat de projet à finaliser, atelier «outils» à organiser
- **Pilote EMS**
  - Visite sur le terrain, organisation projet (chef de projet)
  - Définition du périmètre et du phasage, mandat de projet
- **Pilote BRIO**
  - Visite des quatre BRIOs, pratiques différentes entre les régions
  - Evaluer le domaine adéquat pour le pilote, atelier «outils» à organiser
- **Pilote Hôpitaux**
  - Premières discussions
  - Définir le périmètre du projet

## Conditions cadres pour le long terme

JURIDIQUE

eHEALTH

IT

FINANCE

LICENCES

CADRE  
INTERCANTON  
AL NATIONAL

FORMATIO  
N

CENTRE  
DE  
COMPETEN  
CE

...



**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

# La Suite interRAI et le système de santé

**Stéfanie Monod**

Service de la santé publique

Colloque Programme interRAI – 13 juin 2016

**coRAI**

Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI

## **Plan de la présentation**

- **La Suite interRAI en clinique**
- **La Suite interRAI pour la qualité des soins**
- **La Suite interRAI pour la continuité dans le système de soins**
- **La Suite interRAI pour l'amélioration des décisions de santé publique**

Alertes, scores, risques

Planification  
Décisions en santé  
publique

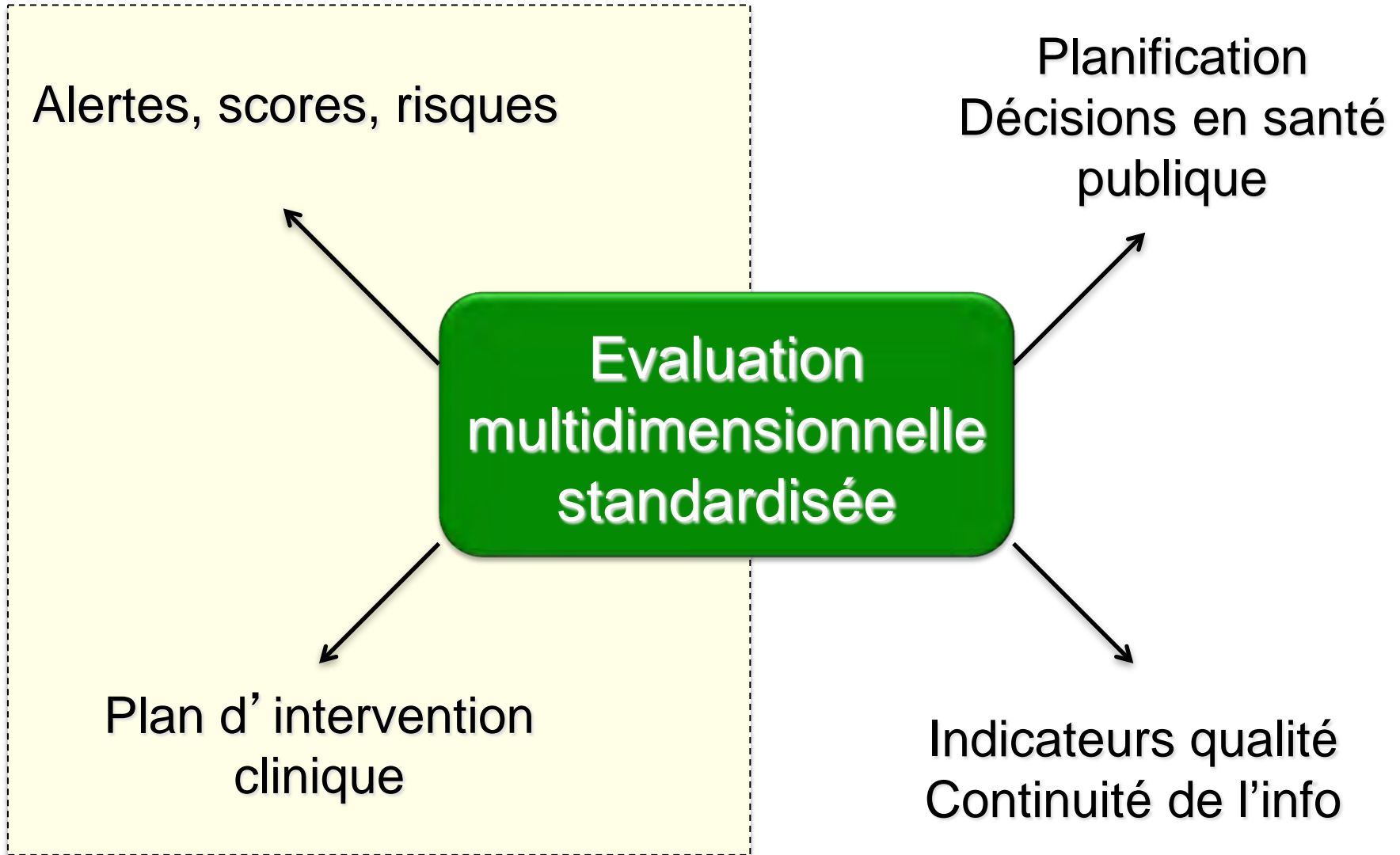


**Evaluation  
multidimensionnelle  
standardisée**

Plan d'intervention  
clinique

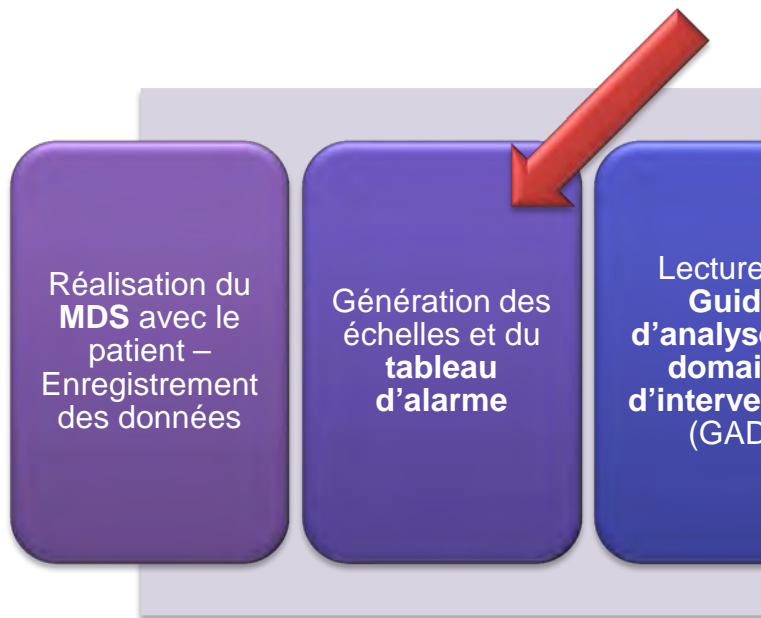
Indicateurs qualité  
Continuité de l'info

## La Suite inter RAI en clinique





# La méthode interRAI, en 6 étapes

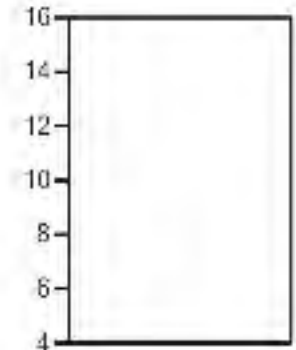


## Echelle AVQ

Indice de quantité d'aide nécessaire pour les AVQ

15. Dépendance totale

4. Indépendant



## CPS Cognitive Performance Scale

Indice de performance des facultés cognitives

6. Déficience cognitives très sévère

5. Déficience cognitive sévère

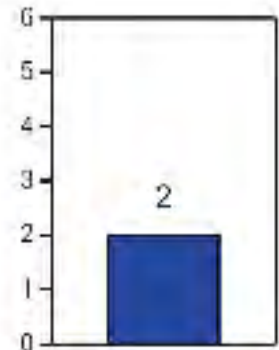
4. Déficience cognitive modérément sévère

3. Déficience cognitive modérée

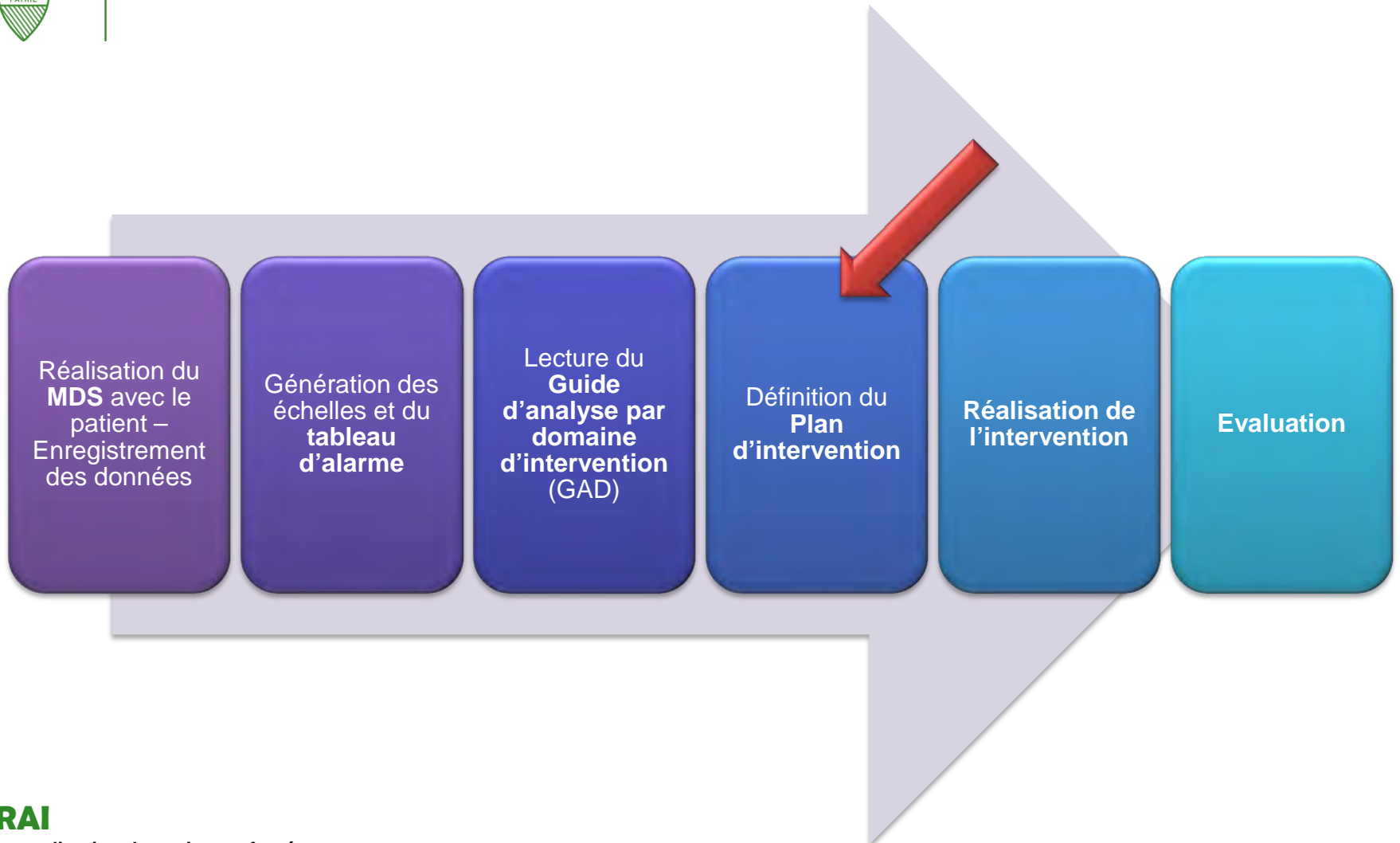
2. Déficience cognitive légère

1. Cognition presque intacte

0. Cognition intacte



# La méthode interRAI, en 6 étapes



## Le plan d'intervention au niveau d'un individu

- Définition des **problèmes**
- Définition des **objectifs** de prise en charge
  - Partagé entre les professionnels **et le client**
  - **Concerté** entre les professionnels
- Construction d'un **plan d'intervention** spécifique
  - Répondre aux **besoins**
  - Une emphase sur la **prévention**
  - Anticiper **les risques**
- **Réévaluation**

# Prévention **primaire**, secondaire et tertiaire

- **Promotion de santé:**
- Exercice physique!
  
- **Prévention primaire:**
- Vaccination contre la grippe!

# Prévention primaire, **secondaire** et tertiaire

## Dépistage précoce **par l'évaluation interRAI**

- **Ex. Troubles de la marche:**
  - Exercice physique!
  - Réadaptation (à domicile!)
  - Adaptation du domicile (barrières architecturales)
  - Moyen auxiliaire
  - Médicaments!
  - Vitamine D

## Prévention primaire, secondaire et **tertiaire**

- **Ex. Troubles cognitifs:**
- Information diagnostique, thérapeutique et pronostique  
(*description du cours clinique, troubles du comportement*)
- Médicaments !
- Conduite automobile
- Directives anticipées et représentant thérapeutique
- Prévention de l'épuisement
- Information sur la sécurité

# L'interRAI pour identifier les personnes à risque

N=27'234 patients

**BMC Medicine**



Technical advance

**Open Access**

## **The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources**

John P Hirdes\*<sup>1,2</sup>, Jeff W Poss<sup>1</sup> and Nancy Curtin-Telegdi<sup>1</sup>

Address: <sup>1</sup>Department of Health Studies and Gerontology, University of Waterloo, University Avenue West, Waterloo, Ontario, N2L 3G1, Canada and <sup>2</sup>Homewood Research Institute, Delhi Street, Guelph, Ontario, N1E 6K9, Canada

Email: John P Hirdes\* - hirdes@uwaterloo.ca; Jeff W Poss - jwposs@uwaterloo.ca; Nancy Curtin-Telegdi - nccurtin@uwaterloo.ca

\* Corresponding author

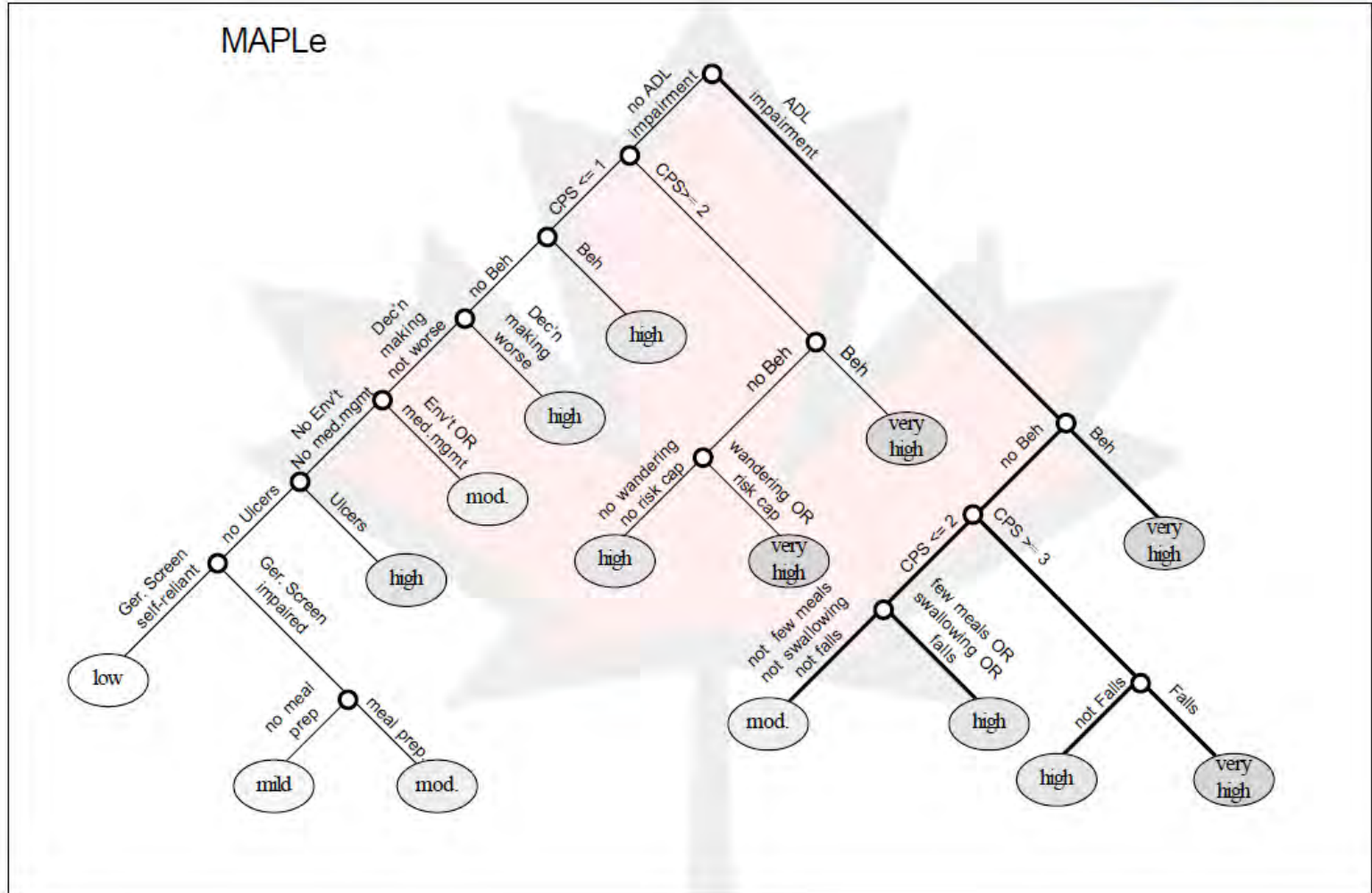
Published: 26 March 2008

BMC Medicine 2008, 6:9 doi:10.1186/1741-7015-6-9

Received: 22 February 2008

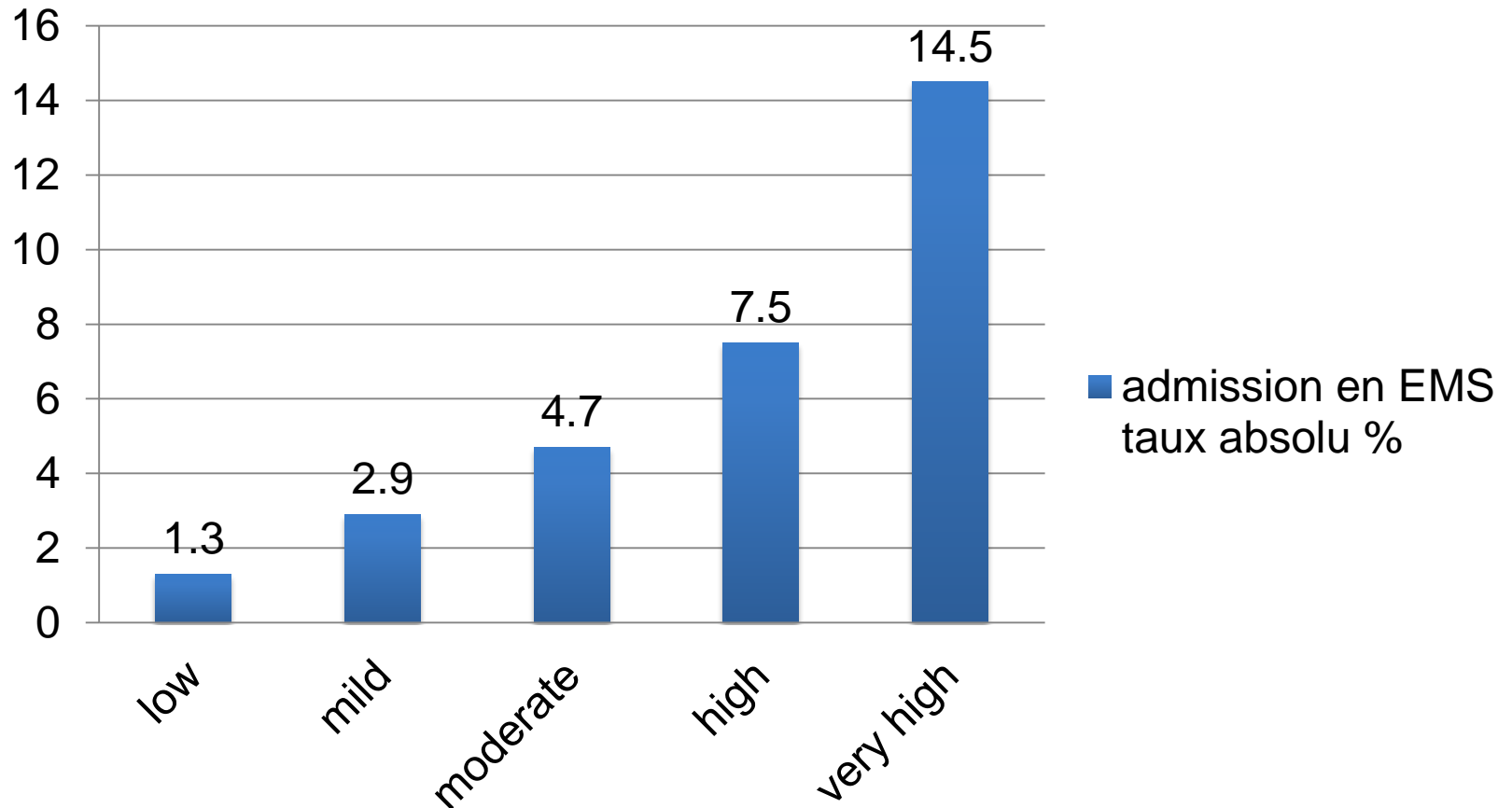
Accepted: 26 March 2008

# Identification des patients à risque, à domicile

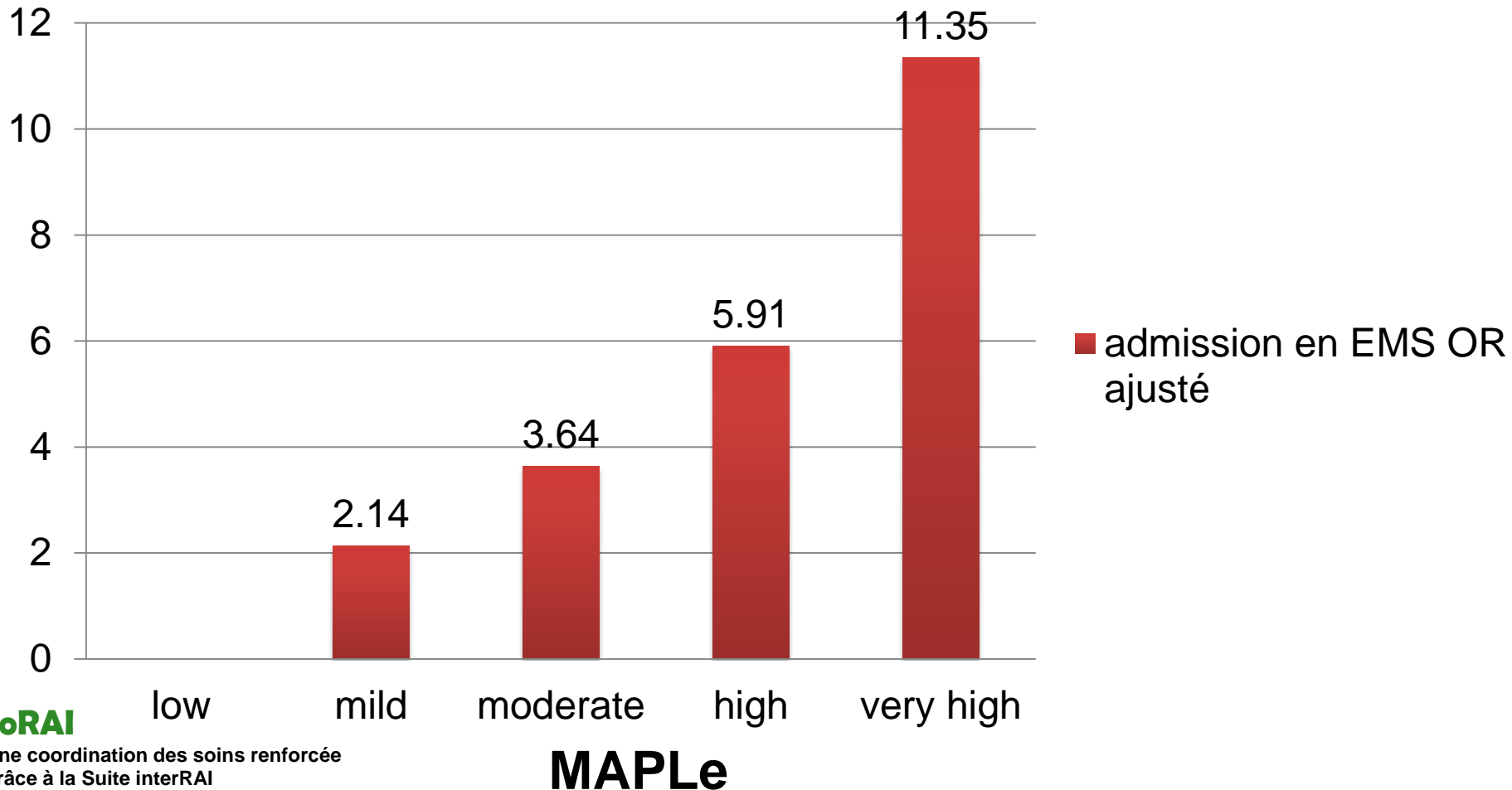




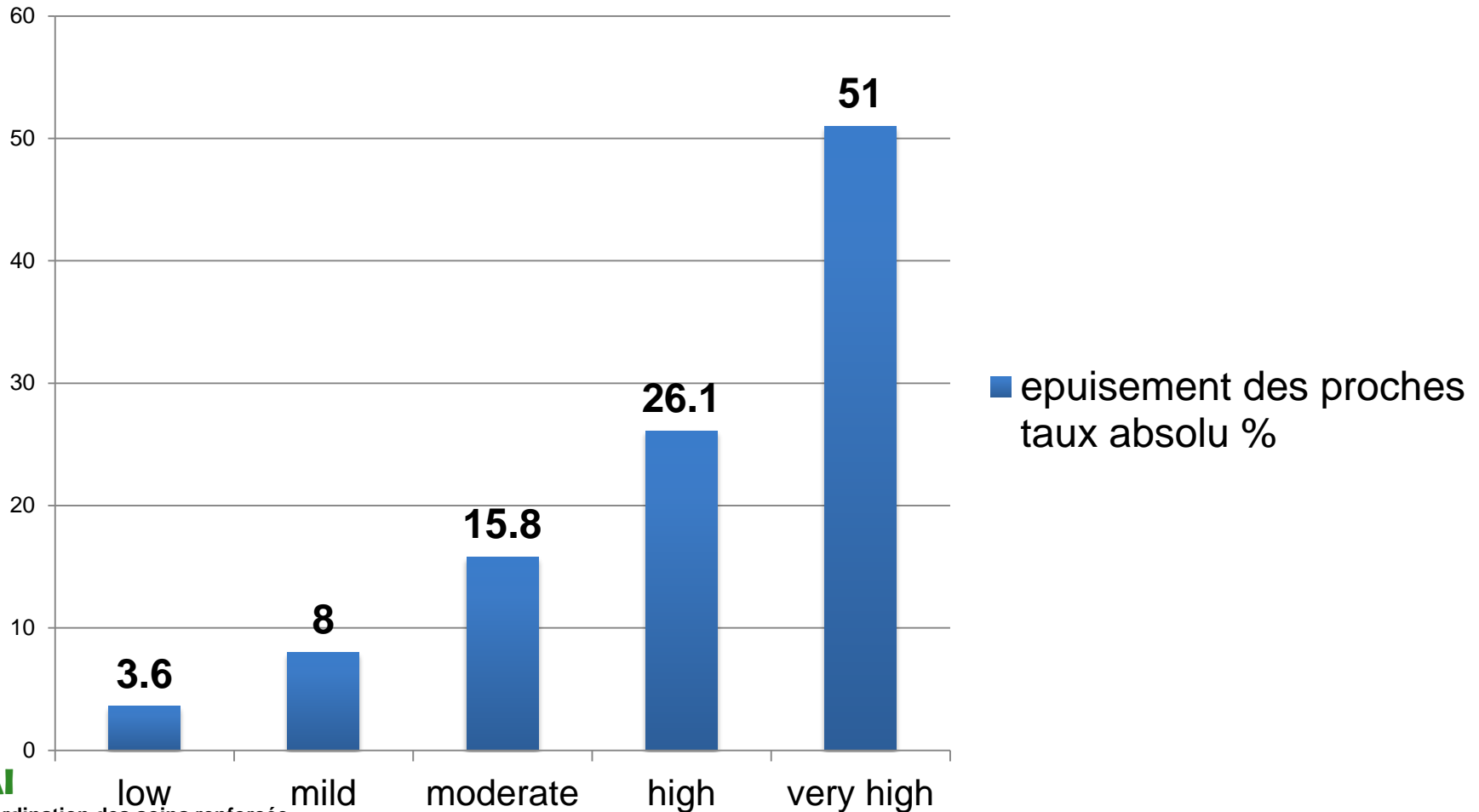
# Taux d'admission en EMS à 90 jours selon le profil de risque des clients de soins à domicile (MAPLe)



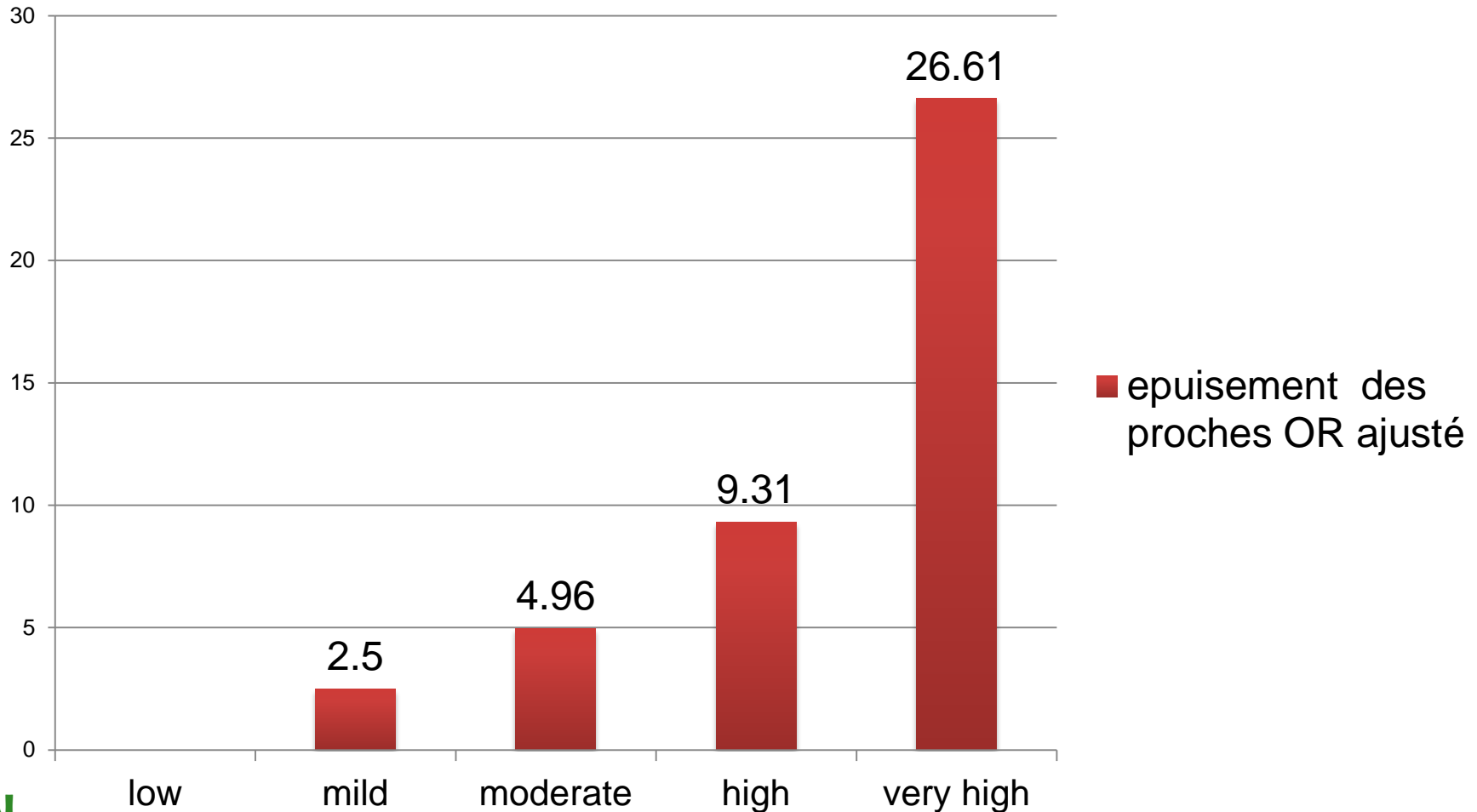
# Risque d'admission en EMS à 90 jours selon le profil de risque des clients de soins à domicile (MAPLe)



# Prévalence de l'épuisement des proches selon le profil de risque des clients de soins à domicile (MAPLe)



## Risque d'épuisement des proches selon le profil de risque des clients de soins à domicile (MAPLe)



Alertes, scores, risques

Planification  
Décisions en santé  
publique

**Evaluation  
multidimensionnelle  
standardisée**

**interRAI et qualité**

Plan d'intervention  
clinique

Indicateurs qualité  
Continuité de l'info

# Exemple d'indicateur brut

## Indicateur "Amélioration des Activités de la Vie quotidienne (AVQ)"

*Attention! Les « vrais » indicateurs sont une construction plus complexe qui tient compte de co-variables.*

*Exemple: Ajustement par rapport au CPS et à l'item transfert*

- Vous suivez **100** clients
- Au baseline, **45** clients ont un score AVQ>0
  - Ils ont au moins une dépendance dans les AVQ
- Vous ré-évaluez tout le monde à 6 mois
- Parmi ces **45** clients, **15** se sont améliorés
  - ils ne recoivent plus d'aide ou recoivent moins d'aide dans les AVQ
- L'indicateur Qualité Amélioration des activités de la vie

quotidienne est  **$15/45 = .333$**

**Table 1 interRAI home care quality indicators**

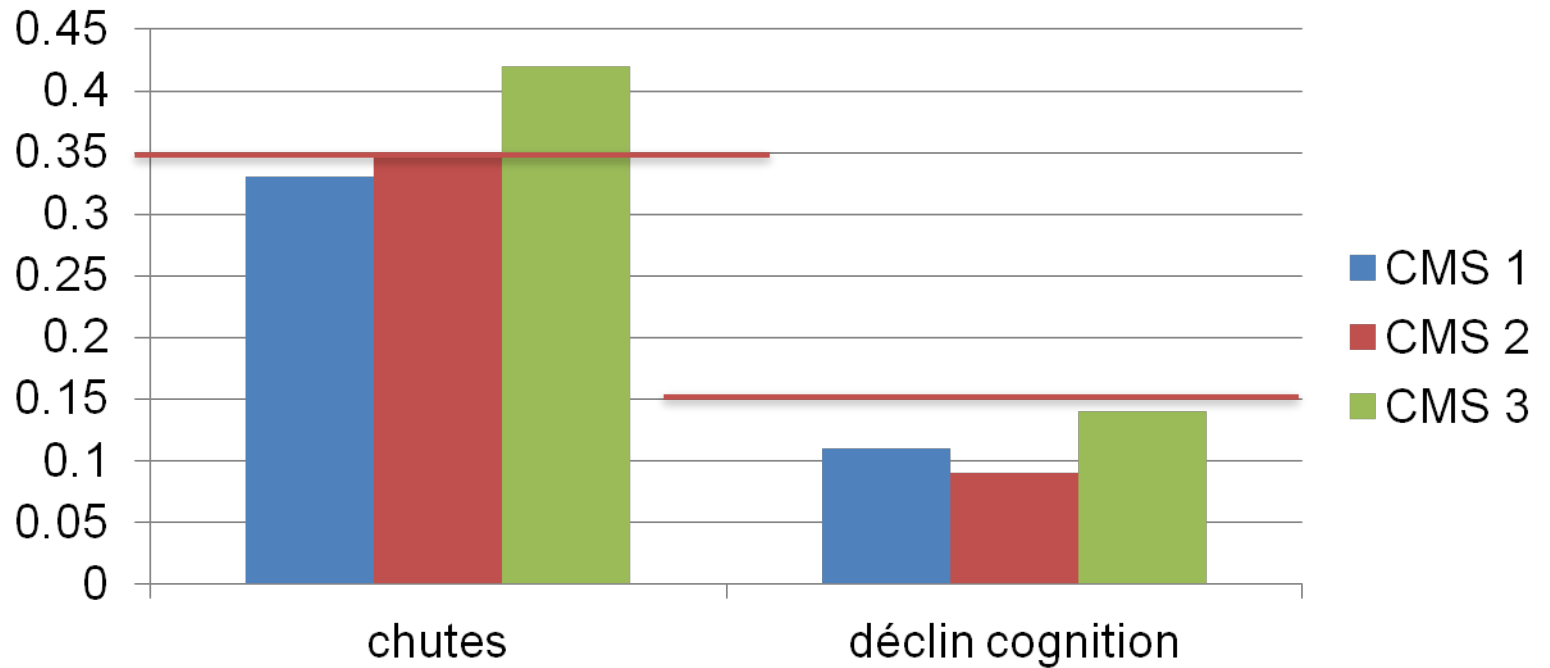
Home care quality indicator	Improvement	Decline	Follow-up prevalence
<b>Functional HC-QIs</b>			
Instrumental activity of daily living	X	X	
Activity of daily living	X	X	
Cognition	X	X	
Communication	X	X	
<b>Clinical HC-QIs</b>			
Bladder continence	X	X	
Falls			X
Weight loss			X
Injuries			X
Mood	X	X	
Pain	X		
Daily pain, severe +			X
Pain not adequately controlled			X
<b>Social HC-QIs</b>			
Caregiver distress			X
Alone and distressed			X
Does not go out but used to			X
<b>Utilization HC-QIs</b>			
No flu vaccination			X
Hospital, emergency department, emergent care			X

# Les indicateurs Qualité interRAI

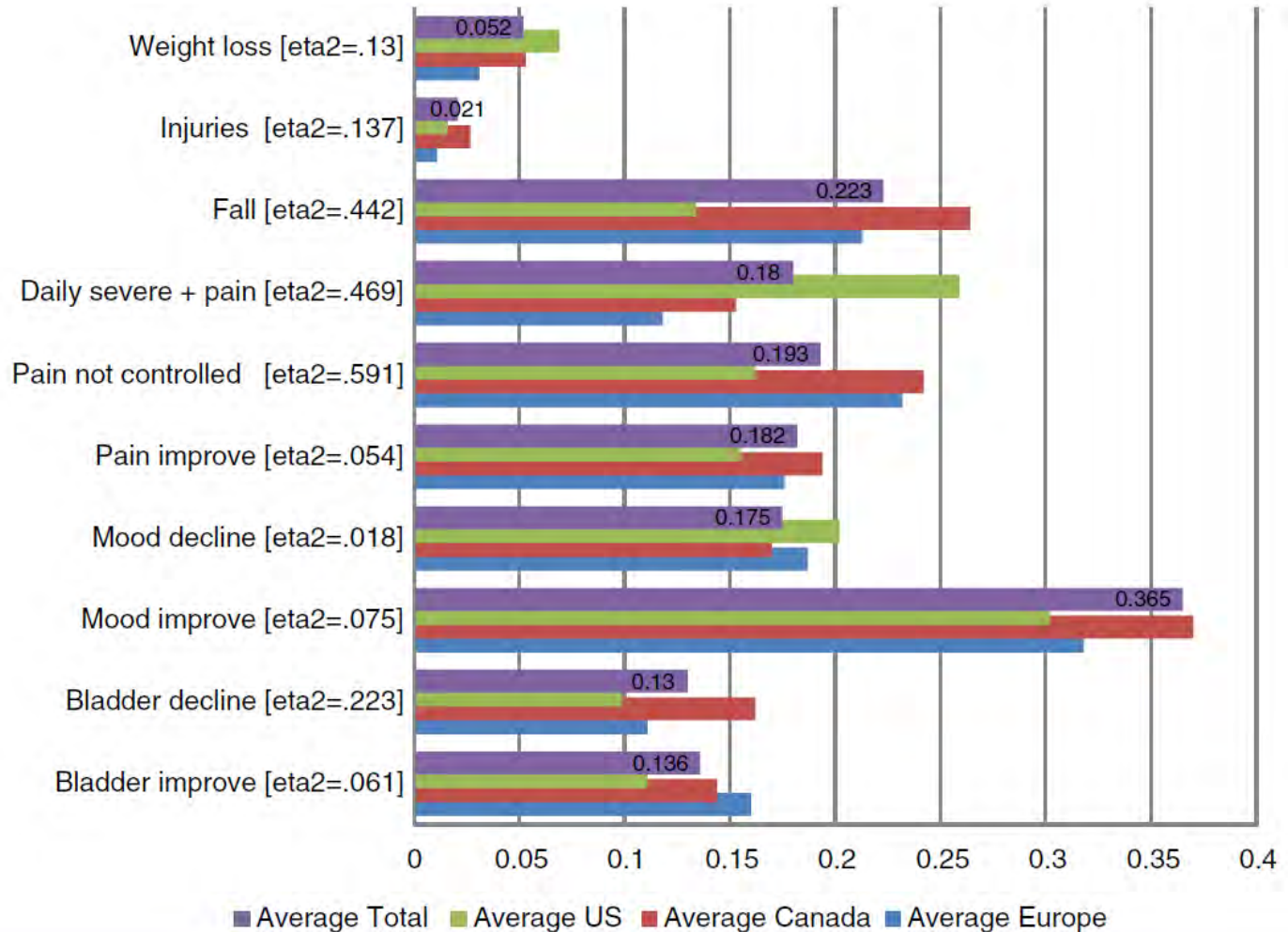
- **Ces indicateurs permettent:**
  - Comparaisons entre CMS
  - Comparaisons chronologiques (chaque CMS en fonction du temps)
  - Comparaison à des standards (normes)
  
- **Doivent être des stimulants à la construction de programmes cliniques!**



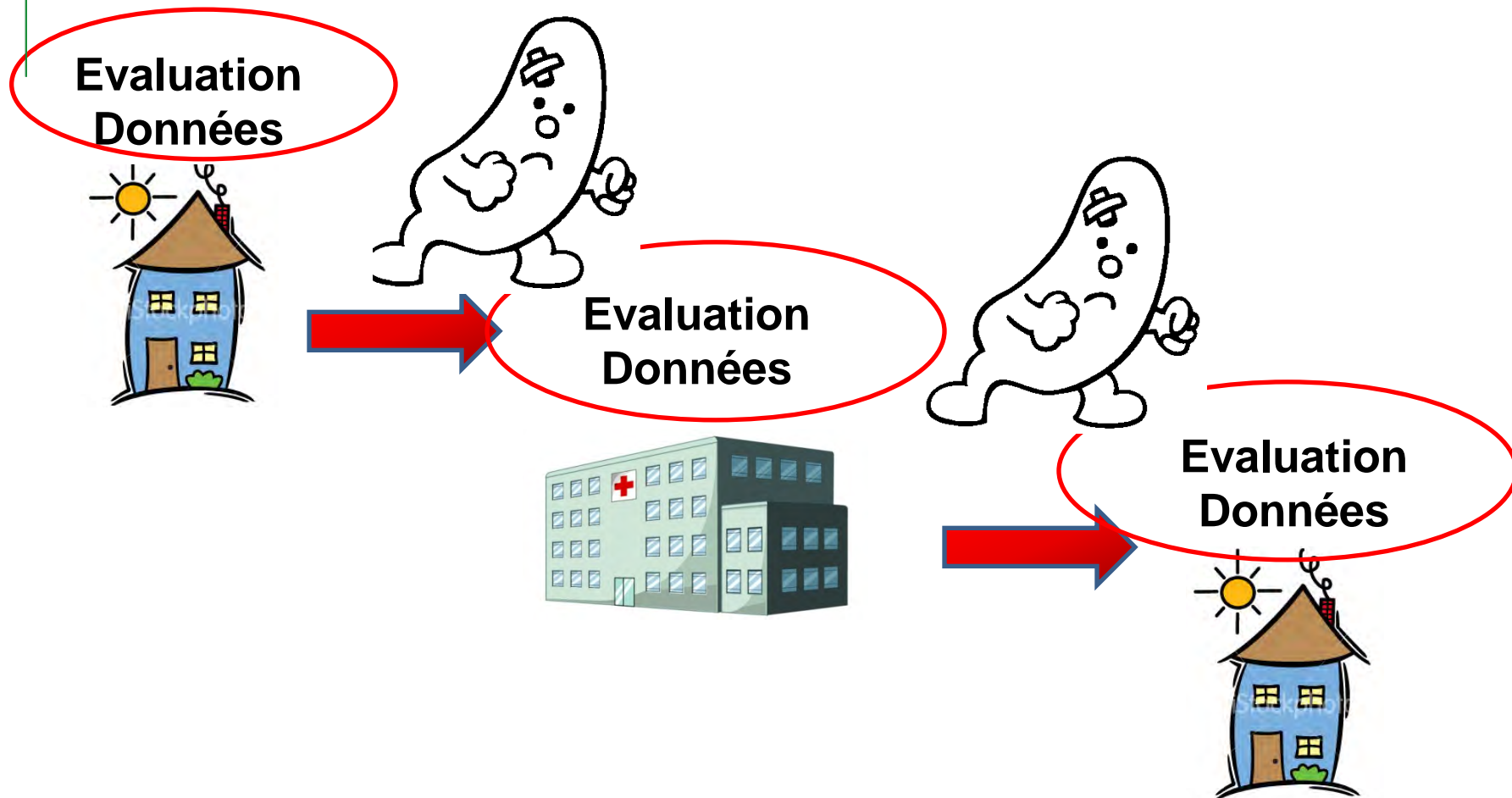
## Comparaison entre CMS



# Comparaisons internationales



# interRAI et Continuité de l'information



## Aujourd'hui

Perte de temps liée à la collecte d'information qui est difficilement comparable d'une institution à l'autre

- **Une grande famille d'instruments**
  - interRAI HC - Home Care (**Domicile**)
  - interRAI CA - Contact Assessment (**dépistage**)
  - interRAI LTCF - Long Term Care Facility (**Institution**)
  - interRAI AC - Acute Care (**Soins aigus**)
  - interRAI PAC - Post-Acute Care (**Réadaptation**)
  - interRAI MH - Mental Health (**Santé mentale**)
  - interRAI PC - Palliative Care (soins palliatifs)
  - ...
- **Utilisés dans plus de 20 pays (recherche ou clinique)**

**Tous  
compatibles  
entre eux**



interRAI  
Contact Assessment

*Items interRAI*  
ED screener  
interRAI Soins aigus  
interRAI PAC



interRAI  
Qualité de vie

interRAI  
Soins Domicile

interRAI  
Santé mentale



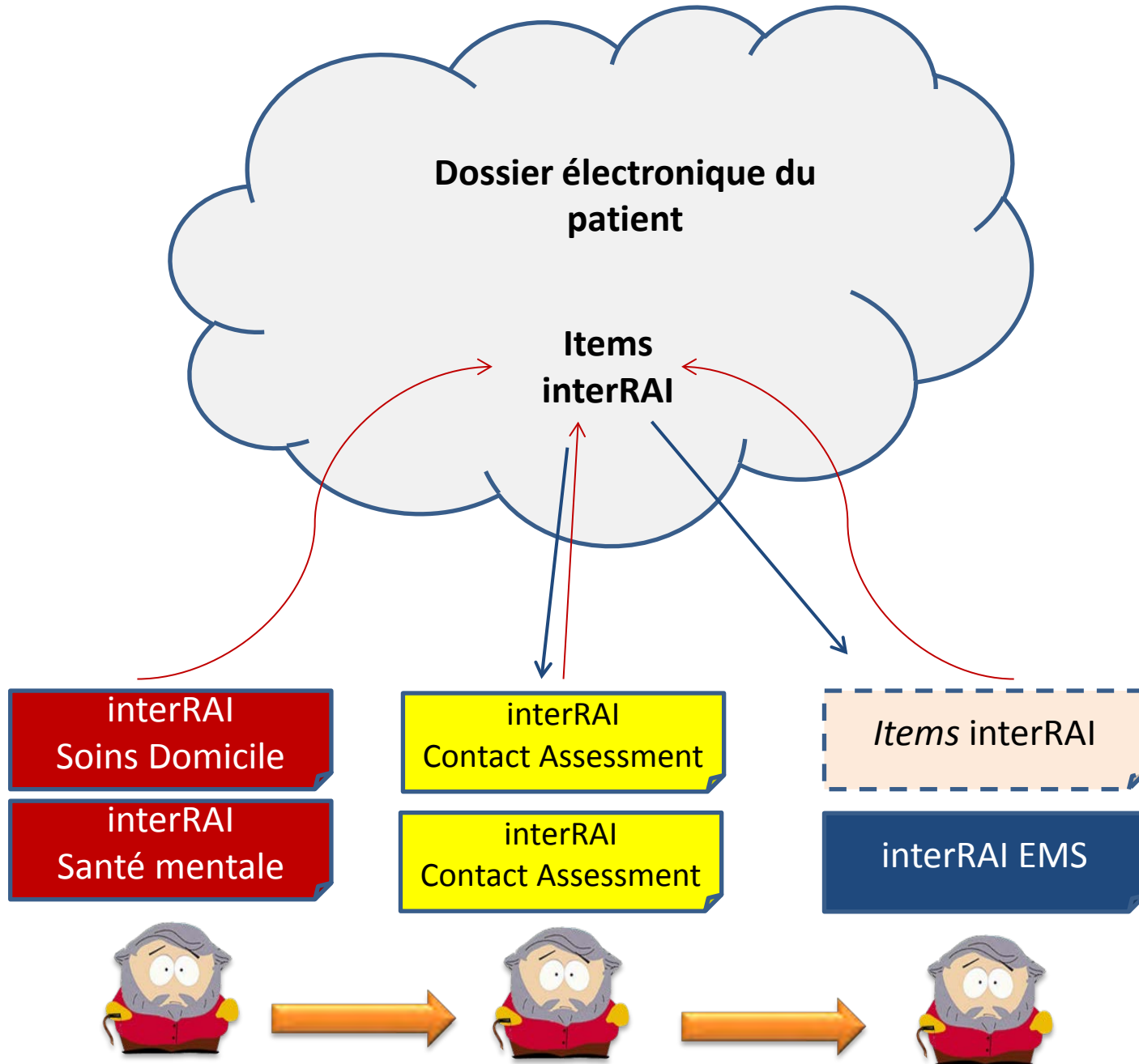
interRAI EMS



interRAI  
Contact Assessment



AIDE ET SOINS  
À DOMICILE



**Dimension Santé  
publique**

Alertes, scores, risques

Planification  
Décisions en santé  
publique

**Evaluation  
multidimensionnelle  
standardisée**

Plan d'intervention  
clinique

La qualité  
La continuité de l'info

# Aujourd'hui la planification...



**coRAI**

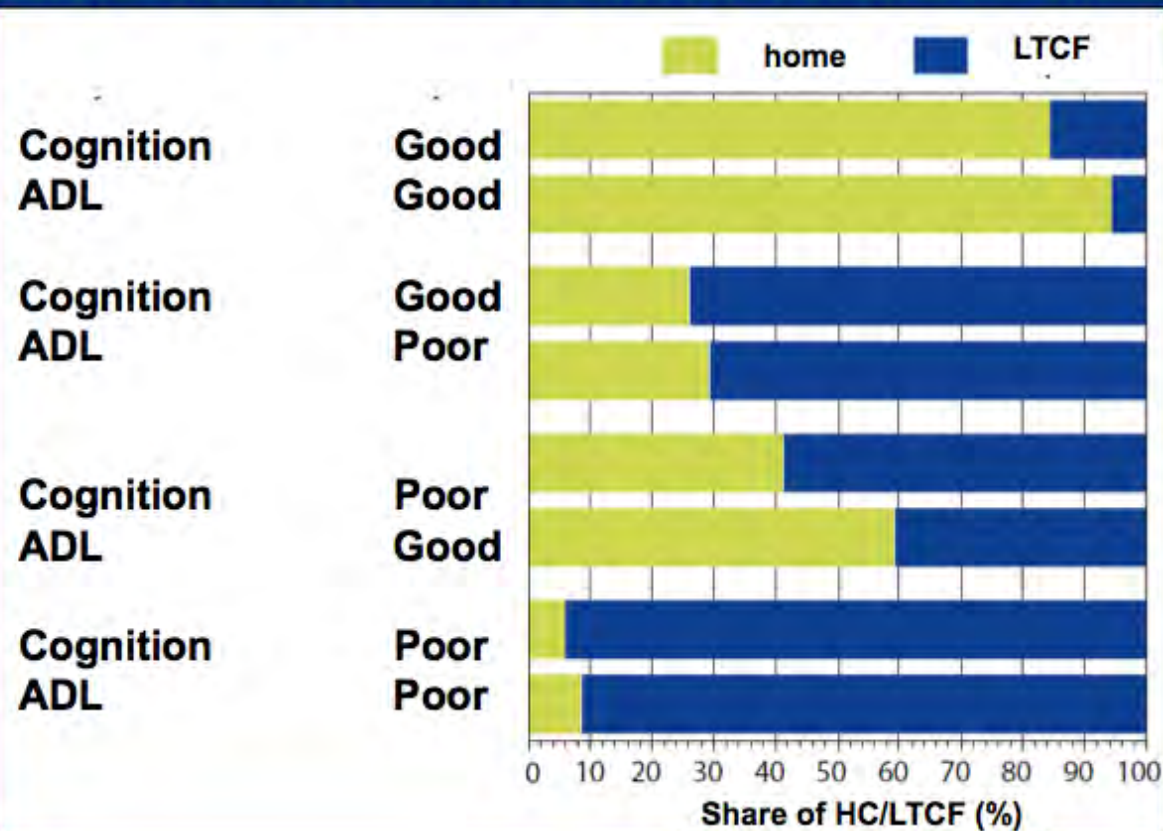
Une coordination des soins renforcée  
grâce à la Suite interRAI



# Example 2: data to show effect

Group A= Number of Institutional beds for older persons high

Group B=Number of Institutional beds for older persons low



Group A

- 75+ old population n=126571
- of those 90,6% lived at home

Group B

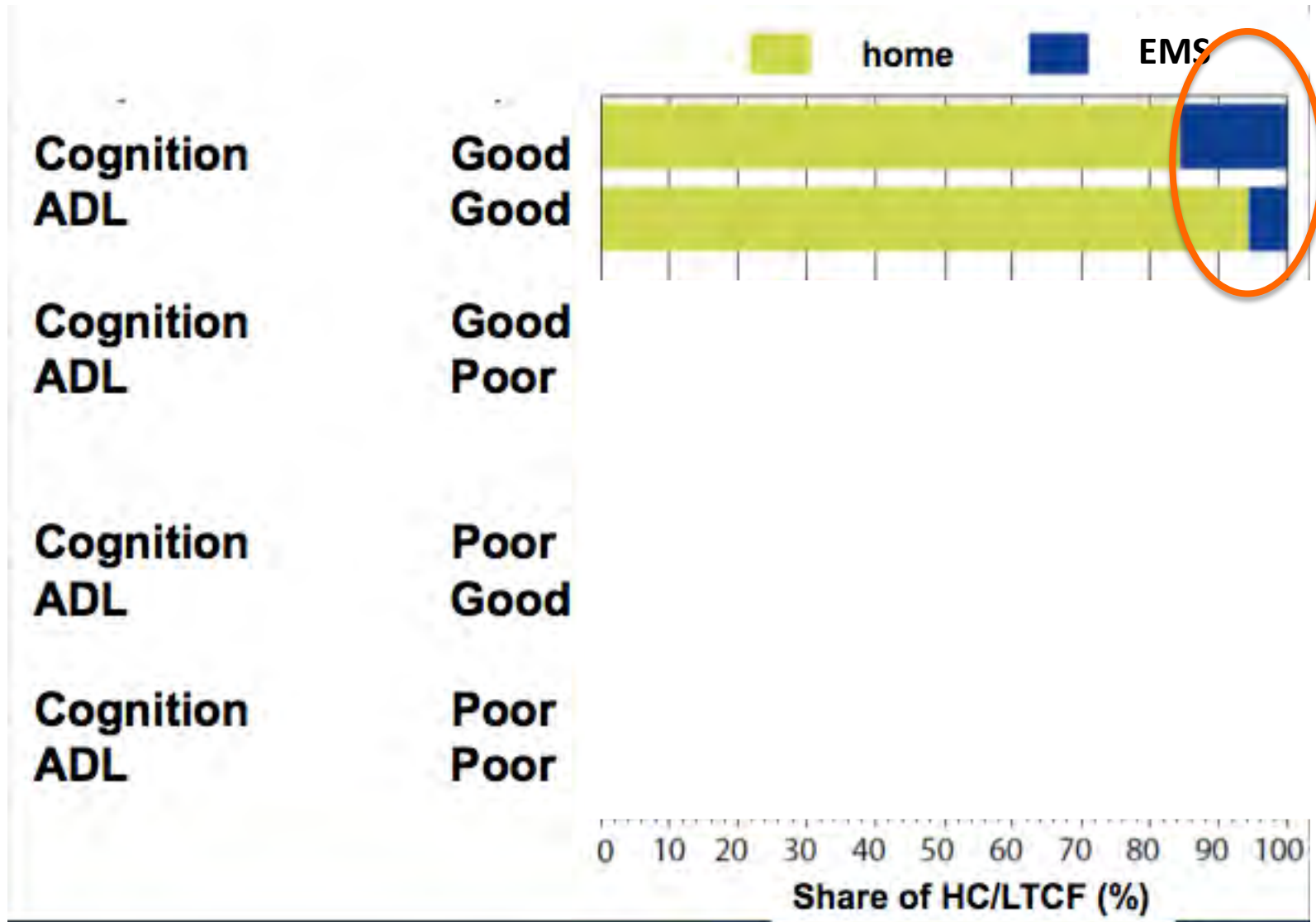
- 75+ old population n=30091
  - of those 92,2,% lived at home
- Mean, Finland 90,0 (in 2012)

Cognition/ADL Distributions within A and B where similar

# Lieu de vie des personnes selon leurs performances fonctionnelles

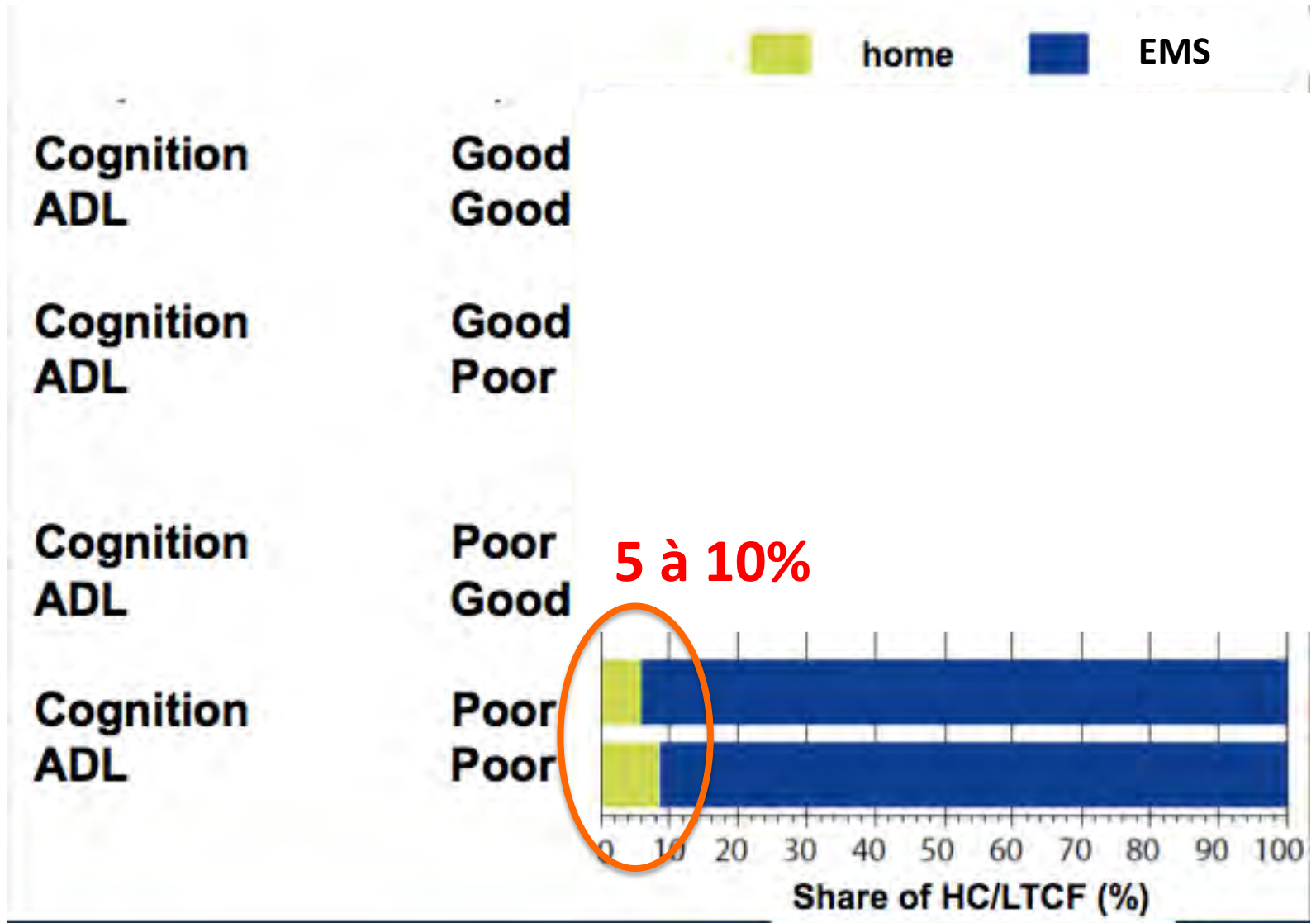
Analyses possibles de santé publique

5 à 15%



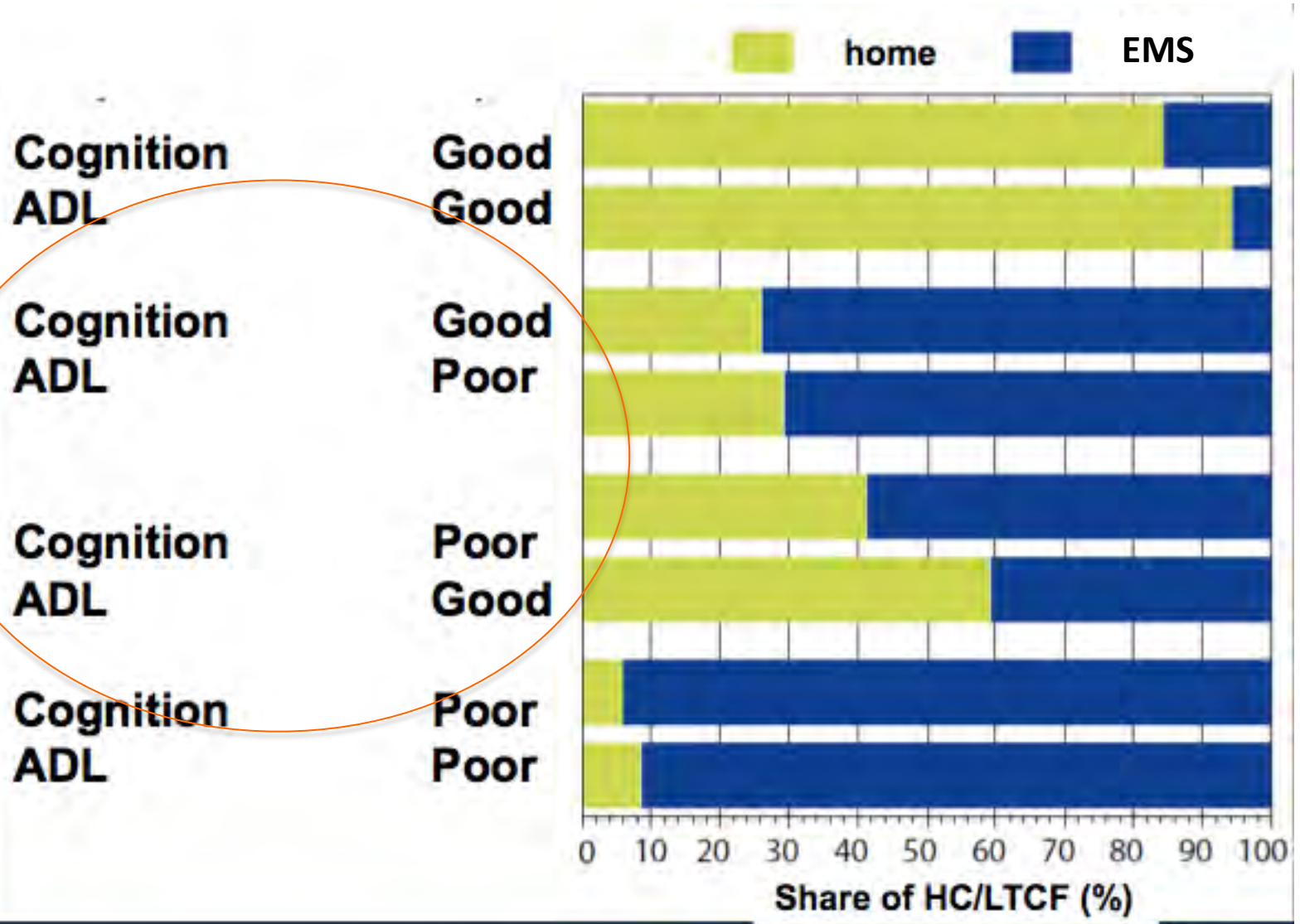
# Lieu de vie des personnes selon leurs performances fonctionnelles

Analyses possibles de santé publique



# Lieu de vie des personnes selon leurs performances fonctionnelles

Analyses possibles de santé publique



# Des meilleures données pour des meilleures décisions

## L'exemple du Canada

- **L'institut canadien d'information sur la santé**

<https://www.cihi.ca/>



## Votre système de santé



### Votre système de santé se porte-t-il bien?

Obtenez un portrait général de votre système de santé ou concentrez-vous sur votre province ou territoire, ou même sur votre ville ou votre hôpital.

Explorez les 5 thèmes qui sont les plus importants aux yeux des Canadiens.

Commencez par entrer votre province ou territoire, ville ou établissement

#### Accès

Obtenez-vous les services de santé dont vous avez besoin **en temps opportun**? >



#### Qualité des soins

Les soins que vous recevez sont-ils efficaces **et sûrs**? >



#### Dépenses

Combien les services de santé que vous utilisez coûtent-ils au système? >



#### Promotion de la santé et prévention des maladies



Est-ce que le système de santé vous aide à **demeurer en santé** et à éviter la maladie? >

#### Résultats pour la santé

La santé des Canadiens **s'améliore-t-elle vraiment**? >



### Toutes les réadmissions à l'hôpital

La réadmission d'urgence à l'hôpital est pénible pour le patient et coûteuse pour le système de santé. Cet indicateur concerne le nombre de patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie initiale. Bien que toutes les réadmissions ne peuvent être évitées, le taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patients après leur sortie.

Plus



est réadmis à l'hôpital dans le mois suivant sa sortie

(Source : ICIS, 2014)

Au Canada, les réadmissions à l'hôpital coûtent plus de





(Source : Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues, ICIS, 2012)

Le risque de réadmission est



**PLUS ÉLEVÉ**

chez les Canadiens vivant dans des quartiers **pauvres**  que chez ceux vivant dans des quartiers **riches** 

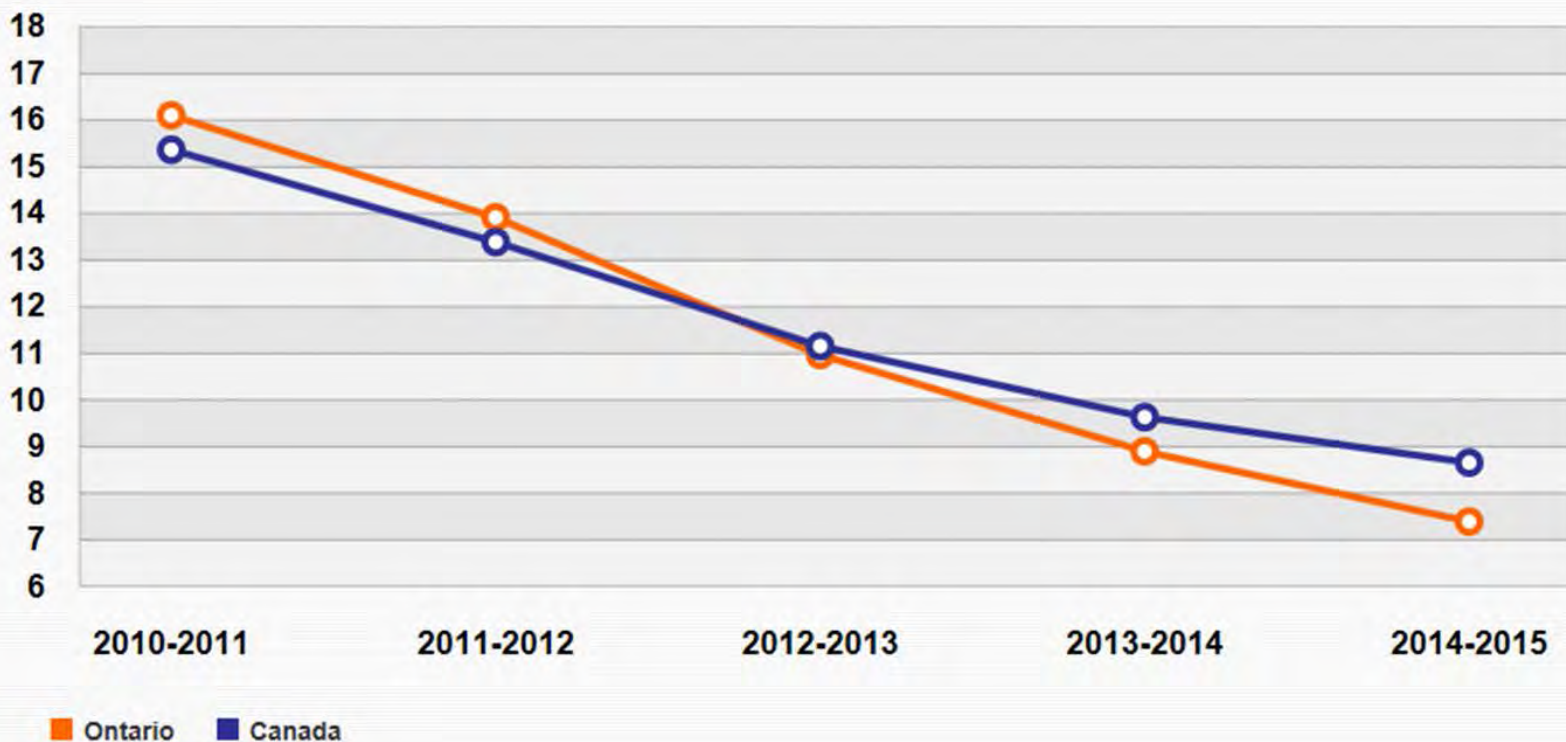
(Source : Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues, ICIS, 2012)

## Tendance au fil du temps: Recours à la contention en soins de longue durée (pourcentage)

[Exporter tous les résultats](#)

AJOUTEZ une province, un territoire, une région sanitaire, un organisme de soins de longue durée ou un hôpital à l'aide des champs de recherche ci-dessous. Vous pouvez également AJOUTER une ville pour trouver les résultats de la région sanitaire correspondante. Au moins 3 ans de données doivent être disponibles pour que les résultats des tendances s'affichent sur le graphique.

 [Méthodologie](#)



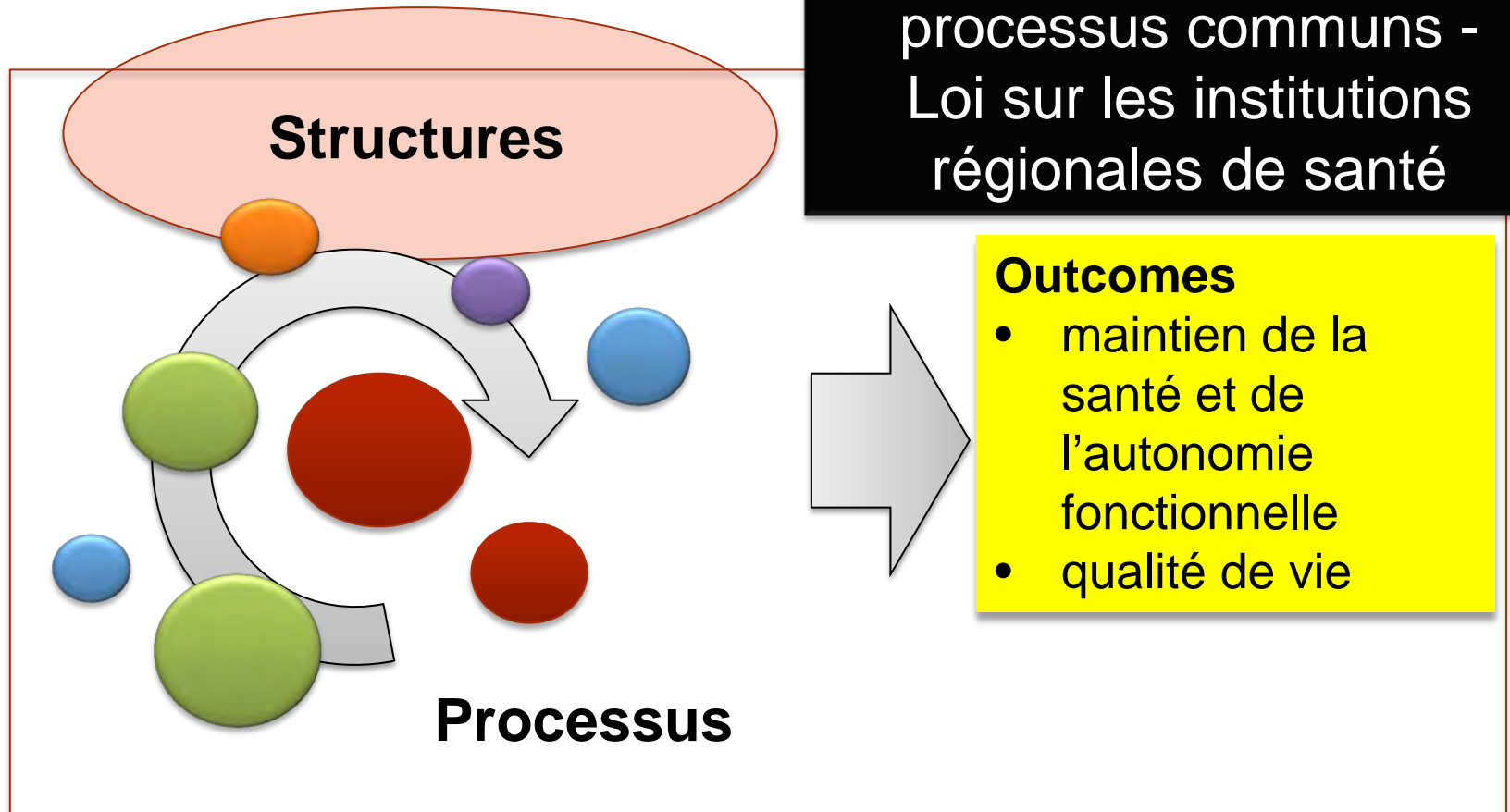


## Conclusion

- L'interRAI n'a de sens et d'intérêt que si l'on met en place en parallèle des programmes d'intervention clinique!
- La méthode interRAI, avec ses indicateurs qualité, doit être intégrée dans un processus qualité global.
- L'interRAI doit progressivement se substituer aux diverses échelles
- L'interRAI est une occasion unique de construire un langage commun transverse.

# L'Etat souhaite proposer un **cadre général cohérent** pour optimiser la prise en charge des malades chroniques et prévenir le déclin fonctionnel

Décret sur outils et processus communs -  
Loi sur les institutions régionales de santé



# MERCI DE VOTRE ATTENTION!

