

SOMMAIRE

Préface à l'édition française de la version 1.0 du RAI	5
Préface à l'édition française de la version 2.0 du RAI	7
Chapitre 1 Vue générale du RAI.....	9
Chapitre 2 Utilisation du RAI. Procédures et suggestions pour l'intégration dans la pratique clinique	13
Chapitre 3 Commentaire point par point du MDS version 2.0	35
Formulaire d'identification	42
Informations de base à l'admission	46
MDS.....	56
Chapitre 4 Consignes pour l'utilisation des guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)	175
Chapitre 5 De l'évaluation au plan de soins individualisé.....	209
Chapitre 6 Les guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD).....	217
GAD 1 État confusionnel aigu (<i>delirium</i>)	218
GAD 2 Perte cognitive/démence	224
GAD 3 Fonction visuelle.....	234
GAD 4 Communication.....	238
GAD 5 Activités de la vie quotidienne (AVQ), potentiel de réadaptation fonctionnelle	241
GAD 6 Incontinence urinaire et sonde à demeure.....	247
GAD 7 Bien-être psychosocial.....	256
GAD 8 Troubles de l'humeur	259
GAD 9 Problèmes de comportement.....	263
GAD 10 Occupations.....	269
GAD 11 Chutes.....	274
GAD 12 État nutritionnel.....	278
GAD 13 Alimentation par sonde.....	282
GAD 14 Déshydratation/équilibre liquidien.....	287
GAD 15 Soins dentaires.....	291
GAD 16 Escarres.....	296
GAD 17 Utilisation des psychotropes.....	299
GAD 18 Contention physique.....	308
GAD 19 Douleur.....	313
GAD 20 Soins palliatifs	316
GAD 21 Maltraitance	321
GAD 22 Problèmes de la peau et des pieds.....	325
ANNEXES	329
Annexe 1 Liste des personnes ayant contribué à la traduction française de ce manuel	330
Annexe 2 Les formulaires	331
Annexe 3 Techniques d'entretien	359
Annexe 4 Quelques médicaments communément prescrits. Principes actifs et noms déposés en France.....	360
Annexe 5 Échelle de performance cognitive (CPS)	362
Annexe 6 Sources d'information sur le RAI et indications bibliographiques	364
Annexe 7 Index par thèmes	365

REMERCIEMENTS

Les personnes suivantes, membres de la société *InterRAI*, ont participé aux réunions de la société au cours desquelles la version 2.0 du RAI-institution a été discutée. Les expériences tirées de l'application du RAI dans ces différents pays ont largement contribué à l'amélioration de l'instrument.

Allemagne	Vjenka Garms-Homolova
Angleterre	G. Iain Carpenter et David Challis
Canada	Katherine Berg et John P. Hirdes
Danemark	Marianne Schroll
Finlande	Harriet Finne-Soveri et Magnus Bjorkgren
France	Henriette Gardent et Jean-Claude Henrard
Islande	Palmi Jonsson
Italie	Roberto Bernabei et Antonio Sgadari
Japon	Naoki Ikegami et Keita Yamaguchi
Norvège	Jan Bjornson
Pays-Bas	Dinnus Frijters et Miel Ribbe
République tchèque	Eva Topinkova
Suède	Gunnar Ljunggren
Suisse	Jean-Noël DuPasquier et Ruedi Gilgen
États-Unis	Brant E. Fries, Catherine Hawes, Vincent Mor, John N. Morris, Katharine Murphy, Sue Nonemaker, Charles Phillips, Terry Rabinowitz, Knight Steel, Sylvia Sherwood, David R. Zimmerman, Margaret M. Baumann

Préface à l'édition française de la version 1.0 du RAI

Dans tous les pays occidentaux, les soins aux personnes dépendantes représentent une part toujours plus importante du budget de la santé. L'évaluation des besoins de cette population est indispensable pour assurer à la fois des soins appropriés et une répartition équitable des ressources. Or les instruments nécessaires à cette évaluation se limitent le plus souvent à une description du degré de dépendance de la personne. En cela, ces instruments peuvent satisfaire les besoins des gestionnaires, pour leurs calculs de dotation en personnel ou de budget, mais pas ceux du personnel soignant¹. En effet, par leur approche même (mesure des pertes et déficits de la personne), ces instruments proposent une vision réductrice des soins. Par ailleurs, ils incitent les soignants à exagérer la gravité des états de dépendance observés, dans la mesure où la dotation en personnel et financière de l'établissement sera liée à la « lourdeur des cas ». Enfin, ces instruments ne s'intéressent pas à la qualité de l'action des professionnels et ne permettent pas de l'évaluer.

Le *Resident Assessment Instrument (RAI)* a retenu notre attention justement parce qu'il apporte des réponses différentes à ces questions et ouvre de nouvelles perspectives sur bien d'autres points. Le RAI propose non seulement une description de l'état du résident d'un établissement de soins (en tenant compte des déficits *et* des ressources de la personne), mais également des pistes de réflexion et d'action qui guideront les professionnels dans la démarche de soins, de telle sorte que les soignants soient directement intéressés par la qualité des données récoltées. Ainsi, le RAI se présente-t-il comme un instrument explicitement conçu pour les soignants, favorisant une approche interdisciplinaire et une démarche de soins structurée (plan de soins), dans le but d'inciter à une amélioration de la qualité des soins. Ce caractère de support et de guide pour les soins se traduit par la subdivision en trois parties de l'instrument :

1. Le *Minimum Data Set (MDS)* est un recueil systématisé des données relatives au résident.
2. Sur la base de ces données, un *tableau d'alarme* signale à l'équipe soignante les domaines où il est possible d'intervenir.
3. Pour chacun de ces domaines d'intervention, un *protocole* propose à l'équipe des éléments de réflexion ainsi que des directives pour l'action.

On voit donc que le RAI offre aux soignants une dynamique les conduisant vers l'élaboration de plans de soins individualisés, l'hypothèse étant que les problèmes de qualité dans les établissements de long séjour proviennent notamment de l'absence de perspectives de changement et de la difficulté d'établir des objectifs stimulants lorsqu'on s'occupe d'une population définie comme « chroniquement dépendante ». En même temps, le RAI représente un excellent matériel pédagogique pour la formation continue des soignants, les protocoles constituant un véritable vade-mecum pour chacun des domaines d'intervention recensés.

Nous avons traduit ce manuel dans la perspective de tester la validité et l'acceptabilité du RAI dans les pays francophones. Ce faisant, nous avons accepté les contraintes d'une traduction fidèle à l'original américain, sans adjonctions ni modifications, afin de garantir la plus grande homogénéité possible dans l'utilisation de l'instrument. En effet, si les tests sont concluants et si l'utilisation du RAI se répand,

1. Ces termes, liés au domaine de la santé, s'accordent mal aux professionnels sociaux et de l'hôtellerie dont la participation à la démarche du RAI est pourtant souhaitée. Nous les avons conservés parce qu'ils désignent ceux qui jouent le rôle central dans cette démarche.

il est du plus grand intérêt que nous puissions communiquer et dialoguer avec les autres utilisateurs du RAI², comparer nos résultats aux leurs, sans parler de l'avantage consistant à pouvoir appliquer des outils communs pour la gestion et l'analyse des données récoltées.

Cette contrainte de fidélité au texte américain explique certaines lourdeurs et répétitions dans le texte, correspondant à un style pédagogique qui ne craint pas de répéter plusieurs fois, dans des contextes différents, une même recommandation. Nous nous sommes également efforcés de nous en tenir à un langage courant afin de faciliter la lecture du texte pour l'ensemble de l'équipe soignante, personnel qualifié ou non.

Nous avons toutefois simplifié, dans la mesure du possible, les dénominations des professions mentionnées, chaque pays ayant ses spécificités et le RAI ne donnant pas de consignes impérieuses quant à la répartition des tâches puisqu'il se veut un instrument favorisant le dialogue entre les différents membres de l'équipe. Lorsqu'aucun terme ne correspondait à l'usage de tous les pays francophones, nous en avons choisi un en indiquant les synonymes entre parenthèses. Bien que nous sachions que les résidents sont le plus souvent des résidentes et les soignants des soignantes, nous avons choisi, pour alléger le texte, de ne conserver que la forme masculine de ces expressions.

De nombreuses personnes en Suisse et en France ont collaboré à cette traduction, et nous leur adressons nos plus vifs remerciements. La liste de ces personnes figure dans l'annexe 1 (cf. p. 330). Nous tenons également à témoigner notre reconnaissance aux auteurs du manuel américain et notamment à Brant E. Fries de l'Institut de gérontologie de l'université du Michigan, à Ann Arbor qui nous a initiés au monde du RAI et qui a fait vérifier la fidélité de la formulation française du MDS en organisant sa rétrotraduction en américain.

Le RAI est un instrument en développement permanent. On peut donc prévoir qu'il sera nécessaire de procéder à la mise à jour de ce manuel dans une édition future. Nous serions ainsi très reconnaissants aux utilisateurs du manuel qu'ils nous signalent les imperfections qu'ils ne manqueront pas de trouver dans ces pages.

Jean-Noël DuPasquier, Anne-Marie De Roulet (Me-Ti SA)
Henriette Gardent (Fondation nationale de gérontologie)

Paris et Genève, septembre 1993

2. Outre les États-Unis, des études en vue de l'implantation du RAI sont en cours en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en Grande-Bretagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Suède, en Australie, au Japon.

Préface à l'édition française de la version 2.0 du RAI

Depuis la parution en 1993 de la première version de la méthode RAI, les raisons pour les soignants des établissements de long séjour de recourir à une démarche structurée, systématique et interdisciplinaire sont restées toujours aussi pressantes.

Les besoins des résidents de ces institutions augmentent constamment, au fur et à mesure que leur dépendance s'accroît, tandis que les moyens à disposition pour les accueillir et les soigner stagnent. La charge de travail imposée au personnel devient de plus en plus difficile à supporter et place les soignants dans une situation de double pénibilité. Fatigue physique d'abord. Fatigue nerveuse ensuite, car être en situation de « ne plus pouvoir faire ce que l'on devrait faire, alors qu'on sait le faire » procure frustration et pousse au découragement.

Bien entendu, aucune méthode, aucune technique ne peut résoudre des difficultés de cette nature et relevant de la politique de la santé qui s'est imposée jusqu'ici dans nos pays. Toutefois, il est permis de penser que, dans un tel contexte, celui ou celle qui applique une méthode rigoureuse acquerra une plus grande maîtrise de son activité professionnelle, séparera mieux l'accessoire de l'essentiel, adoptera des choix et une stratégie d'action mieux fondés, bref, se trouvera mieux armé pour faire face aux pressions multiples des clients, de leurs familles, des collègues de travail, des supérieurs hiérarchiques qu'il affronte quotidiennement, et négocier une qualité de prestations que sa déontologie lui commande.

Au travers des expériences réalisées tant en France qu'en Suisse, il se confirme que le RAI correspond à ce que les professionnels de l'hébergement de longue durée peuvent attendre d'une méthode de travail : qu'elle les aide à bien travailler. Il se confirme aussi qu'un instrument comme le RAI reste un outil qui ne peut, par lui-même, remplacer celui qui l'utilise. Selon que l'environnement institutionnel, l'organisation du travail, la qualification et la motivation du personnel sont favorables ou non, l'utilisation du RAI donnera des résultats excellents ou décevants. L'illusion de « l'instrument-baguettes magique » doit être abandonnée, mais ceci est maintenant de plus en plus reconnu, dans le domaine de la santé comme ailleurs.

La version 2.0 de ce manuel résulte d'une révision systématique de l'instrument RAI-institution, non de son architecture logique qui reste inchangée, mais du contenu de chaque élément qui le compose.

Premier élément de la démarche, le MDS, qui structure l'observation et l'évaluation de la situation du résident, a été revu dans chacune de ses rubriques. Certaines ont été supprimées, d'autres ajoutées. Afin d'améliorer la fiabilité de l'évaluation, certaines définitions ont été clarifiées ou complétées et les règles de codification ont été corrigées pour certaines rubriques. Tout ceci a été réalisé sur la base de l'opinion des professionnels ayant pratiqué la méthode, et après analyse critique des données récoltées avec le MDS³. Ces modifications se reflètent dans le chapitre 3 du manuel, lequel a dû être entièrement réécrit.

Le mécanisme de passage du MDS aux « guides d'analyse par domaine d'intervention » (GAD)⁴ a également été revu à la lumière de l'expérience. Chaque signal d'alarme a été analysé statistiquement

3. Pour ne parler que des États-Unis, on dispose actuellement dans ce pays de plusieurs millions d'évaluations réalisées avec le MDS !

4. Dans la précédente édition, ces guides d'analyse s'appelaient « protocoles d'évaluation », traduction qui nous a paru, à la pratique, peu conforme à l'esprit de leur contenu.

afin d'en améliorer la sensibilité et la spécificité. Les GAD eux-mêmes n'ont pas subi de modifications notoires⁵.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'utilisation du RAI a impulsé la mise au point de nombreux « sous-produits » destinés à faciliter le travail des soignants et, c'est l'aspect le plus marquant, les encourager à gérer par eux-mêmes la qualité de leur travail. Ainsi, des échelles de performance ont été développées permettant d'appréhender de façon synthétique et rapide comment un résident a évolué dans le temps ou comment il se situe par rapport à d'autres groupes de résidents, dans les domaines du fonctionnement physique (échelle des activités de vie quotidienne ou AVQ), mental (échelle de performance cognitive), de l'humeur (échelle de dépression), de l'intégration sociale (échelle de participation sociale). D'autre part, des indicateurs de qualité ont été créés à partir d'une trentaine de rubriques du MDS afin de permettre aux équipes soignantes d'évaluer l'effet de leur travail sur la santé et l'état de chaque résident. Tous ces instruments dérivés du RAI ont été publiés dans la littérature et ne sont donc pas repris dans ce manuel.

Par ailleurs, des logiciels informatiques ont été développés qui permettent l'enregistrement des données du MDS, le calcul des signaux d'alarme informant les équipes soignantes sur les domaines d'intervention à considérer dans le plan de soins individualisé, le calcul des échelles de performance et des indicateurs de qualité. Ces logiciels établissent généralement aussi la classification des résidents en groupes homogènes (ou iso-ressources)⁶, ce qui permet de décrire la structure de la clientèle hébergée dans chaque établissement ainsi que la charge de travail moyenne qui en découle, facilitant par là l'organisation interne de l'établissement, l'élaboration de son budget et la construction de systèmes de financement ou de remboursement.

Enfin, il convient de signaler que la méthode *RAI-institution* fait partie de la famille des instruments RAI que la société *interRAI* a créés ou est en train de créer. Ce sont :

- *Le MDS-domicile 2.0* pour les services d'aide et de soins à domicile.
- *Le MDS-réadaptation* pour les soins post-hospitaliers (en préparation).
- *Le MDS-santé mentale* pour les soins psychiatriques aigus et chroniques.
- *Le MDS-soins aigus* pour les soins hospitaliers aux personnes âgées (en préparation).
- *Le MDS-soins palliatifs* (en préparation).

Tous ces instruments sont compatibles entre eux et permettent le suivi clinique des clients dans les différents maillons du réseau de santé.

Cette traduction a été réalisée en commun par des utilisateurs français et suisses du RAI afin de disposer d'un manuel unique pour les pays francophones. Malgré de nombreux échanges, certains termes se sont révélés irréductiblement différents. Nous avons choisi de mettre côte à côte les différentes traductions en les signalant par (F) pour France, (CH) pour Suisse et (Ca) pour Canada. Exemple : orthophonie (F), logopédie (CH).

La méthode RAI ainsi que les sous-produits qui lui sont associés sont en développement constant au sein de la société internationale *interRAI* qui en possède les droits d'auteurs. Les personnes qui utilisent déjà la méthode sont invitées à faire part de leurs expériences et observations aux membres de la société *interRAI* dont les noms et adresses figurent à la 2^e page de ce manuel (adresses de contacts en France, en Suisse et au Canada), afin que les révisions ultérieures de la méthode puissent en bénéficier. Les personnes qui souhaiteraient utiliser le RAI sont priées de s'adresser aux mêmes personnes de contact pour en connaître les droits d'utilisation.

Henriette Gardent, Jean-Claude Henrard, Jean-Noël DuPasquier

Paris et Genève, avril 2001

5. À l'exception du GAD Perte cognitive, démence.

6. La classification des résidents en groupes homogènes dérivée des données du MDS 2.0 est plus connue sous le nom de *Resource Utilisation Groups, version 3* (RUG-III), nom du modèle statistique qui produit cette classification.