

Observation, analyse et synthèse ... le R.A.I

"Résident Assessment Instrument"

traduit en "Méthode d'évaluation du résident"

Version 1 de 1997

Les versions ultérieures publiée depuis janvier 2003
apporte quelques modifications après réflexions des utilisateurs

Texte de présentation : origine et historique

Dr Lucien Mias

C'est une méthode...

- d'évaluation globale du résidant qui prend en compte les différentes dimensions de l'être : physique, psychique, fonctionnelle, sociale, environnementale ainsi que les habitudes de vie.
- qui permet d'élaborer un plan de soins individualisé.
- bien adaptée à la démarche de soins en gériatrie.
- qui permettra de supprimer la grille AGGIR à terme.

Trois étapes successives

La première étape

Elle consiste à **rassembler de façon systématique les informations issues de l'observation du résident**. Elle se déroule au cours des deux premières semaines qui suivent l'entrée de la personne âgée en institution de longue durée, au moyen d'une grille de recueil de données, standardisées, codifiées, appelée **MDS (minimum de données standardisées)**.

Elle comprend **20 rubriques et 108 items**.

Elle est **précise, pratique, il suffit de cocher les réponses prévues pour l'informatisation**.

Le résultat est une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle du résidant.

De plus, le MDS est utilisé :

- Quand le résidant a **un problème de santé majeur**, c'est à dire un changement significatif de son état. défini par le médecin.
- **Tous les trois mois**. Ce bilan trimestriel est réalisé à l'aide d'un MDS simplifié dans le but de s'assurer que les soins restent adéquats, ou bien qu'ils doivent être remaniés.
- **Tous les ans**. Cette évaluation annuelle a pour but de mettre en évidence si les problèmes de santé du résidant ont été améliorés ou s'il y en a de nouveaux nécessitant d'établir un nouveau plan de soins.

3 Les différentes sections du recueil de données MSD et le tableau d'alarme

À partir des imprimés type de la version 1 du RAI fournie par la Fondation Nationale de Gériatrie nous avons édité des pages en vue de l'informatisation. Elles servent à l'exposé de ce jour pour faciliter la compréhension des items. Elles ont été modifiées dans la version 2.

• **Informations de base à l'admission** , qui concerne l'identification et les habitudes de vie.

• **État du résident**

A : Identification et informations de base (12 items) page 1

B : État cognitif (6 items) page 1

C : Communication/audition (6 items)page 2

D : Vision (3 items) page 2

E : Problèmes physiques et fonctionnels (8 items) page 3 et 4

F : Bien être psychosocial (3 items) page 5

G : Humeur et comportement (7 items) page 5

H : Occupations (3 items) page 6

I : Diagnostics médicaux (2 items) page 6

J : Problèmes de santé (3 items) page 7

K : État buccal et nutritionnel (4 items) page 7

L : État bucco-dentaire (1 item) page 7

M : Problème de peau (4 items) page 7

N : Médicaments (5 items) page 8

O : Procédures et traitements spéciaux (3 items) page 8

P : Rubriques complémentaires (7 items) page 9

La deuxième étape utilise le tableau de synthèse appelé tableau d'alarme

C'est l'analyse des informations collectées à l'aide du recueil de données MDS.

Cette étape permet le repérage d'un ou plusieurs problèmes de santé du résidant, appelés **signaux d'alarme, feux rouges ou clignotants attirant l'attention** et incitent à poursuivre la recherche d'informations dans des domaines de soins particuliers

- Ils indiquent que le résidant a un problème de santé réel ou potentiel.
- Ils suggèrent la nécessité de prévoir une ou plusieurs interventions.
- Ils permettent la synthèse et la hiérarchisation des problèmes de santé.

La troisième étape

- Consiste, à partir des signaux d'alarme, à **réaliser une évaluation approfondie** et un examen supplémentaire : nouvelle observation, autre entretien.
- Elle est réalisée au moyen de **protocoles standardisés concernant les dix-huit situations cliniques** les plus souvent rencontrées en gériatrie.

État confusionnel aigu (delirium)
Perte cognitive (démence)
Fonction visuelle
Communication
AVQ : potentiel réadaptation fonctionnelle
Incontinence urinaire et sonde urinaire
Bien-être psychosocial
Humeur
Problèmes de comportement
Occupations
Chutes
État nutritionnel
Alimentation par sonde
Déshydratation/équilibre liquidien
Soins dentaires
Escarres
Usage de médicaments psychotropes
Contention physique

Les protocoles sont un guide pour rechercher et creuser les facteurs identifiés par le tableau d'alarme qui peuvent être à l'origine des situations observées.

Ils suscitent le questionnement des soignants et leur permet de recourir à des recommandations élaborées favorisant la mise en place d'un plan de soins adapté et individualisé.

Le tableau d'alarme et les protocoles d'analyse représentent le chaînon principal et sont indispensables pour relier l'évaluation à l'élaboration des objectifs de soins, qui tiennent compte certes, des déficits, mais surtout des capacités restantes.

Le décret du 15 Mars 1993 et l'infirmière

« Depuis de nombreuses années les équipes soignantes des établissements de soins de longue durée recueillent déjà systématiquement les informations nécessaires au MDS, mais sur des supports divers et variés, non homogènes. qui, faute d'être rassemblées et ordonnées sont souvent méconnues et sous utilisées. Avec la démarche RAI, les informations collectées à l'aide du Minimum de données standardisées sont toutes exploitées, grâce à la centralisation en un document unique, permettant un travail d'analyse efficace. C'est un outil fonctionnel, pratique, concret.

Il convient de rappeler que le décret du 15 Mars 1993 fait **obligation à l'infirmière de se référer aux diagnostics infirmiers pour élaborer son plan de soins.**

Dans cette optique, le **RAI est une réponse parfaitement adaptée à la gériatrie**, qui permet entre autres de faire ressortir les diagnostics infirmiers. »

Colette Leone.

Le référent en France est le Pr J. C. Henrard, Centre de gériatrie, Hôpital Sainte Péline, Laboratoire Santé-Vieillessement, EA 25.06, Université René Descartes, 49 rue Mirabeau, 75016 Paris.

- Courrier électronique : henrard@idf.inserm.fr

Vous pouvez écrire pour les demandes d'information à : Mme Evelyne MARCHON, Consultation de Gériatrie, 49 rue Mirabeau, 75016 PARIS

- Courrier électronique : evelyne.marchon@spr.ap-hop-paris.fr

Où se procurer le manuel de la version 2 sorti en janvier 2003 ?

RAI INSTITUTION v.2.0 - Manuel de formation et guide d'utilisation - 376 pages -

Éditions ENSP - avenue du Professeur Léon-Bernard - 35043 Rennes cedex

Commander au Tél. 02 99 54 90 98

Bibliographie.

- Henrard J. C., Cerase umay V., Ankri J., Intérêt du RAI pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée, La revue de Gériatrie, Tome 25, n°4, avril 2000, pages 231-242

- Leone Colette., Expérimentation d'une démarche de soins gériatriques : RAI, revue Le Généraliste et la Gériatrie, n° 30, p 8, 1997

- Mias L. , Application informatique Carpediem, développée avec FileMakerPro 3 sur Macintosh. Pour rédiger ce texte, de nombreux emprunts ont été faits à l'article de Colette Leone (cadre supérieur infirmier, formatrice RAI, AP de Paris, Centre de formation du personnel hospitalier, 44 rue Jenner, 15013 Paris), paru en 97 dans la revue "Le Généraliste et la Gériatrie".

Les imprimés sont ceux du CH de Mazamet ; leur mise en page diffère des imprimés types de la FNG.

20/07/97- actualisé en juin 2009

Dr Lucien Mias

