



pitalisations prolongées par manque de places dues à une mauvaise répartition des crédits entre les différents secteurs. Les découpages territoriaux variables selon les structures peuvent aussi occasionner des difficultés. Nous avons ainsi pu observer à plusieurs reprises que le périmètre des territoires desservis par les réseaux de santé gérontologiques était différent de celui des centres locaux d'information et de coordination gérontologiques. Un réseau gérontologique couvrant le territoire de deux CLIC différents, et voulant collaborer de manière rapprochée avec chacun d'eux, devait adapter ses outils aux pratiques des deux CLIC, ce qui s'est avéré difficile. Enfin, cette segmentation peut être un frein à l'innovation pour le développement

de nouvelles structures plus transversales, dans la mesure où l'expérimentation devra impliquer plusieurs financeurs qui devront se mettre d'accord sur la méthodologie et les objectifs recherchés.

Perspectives

Il n'est pas question de supprimer les différences et spécificités des acteurs et institutions par une homogénéisation ou standardisation excessive. Une tension doit être gérée entre le développement de compétences individuelles spécialisées et de haut niveau et l'émergence de compétences collectives. Plusieurs démarches de coordination et d'intégration des soins et des aides ont déjà pu être développées en France

La démarche d'évaluation RAI, ses outils, ses applications

Une proportion importante de personnes du grand âge souffre de multiples problèmes de santé chroniques avec restriction des activités de la vie quotidienne et des relations sociales plus ou moins compensées par l'environnement. Elles ont également une vulnérabilité accrue lors des accidents et maladies aiguës intercurrents.

Il en résulte des besoins complexes en aides, soins et traitements.

Satisfaire ces besoins est souvent difficile du fait d'un manque de coordination entre acteurs et institutions (ex. retour à domicile après hospitalisation). Les prestations et services sont en effet dispensés par de multiples intervenants (professionnels, bénévoles et familiaux). En outre, le passage successif dans différents lieux de soins (domicile, hôpital, domicile, institution) accentue cette multiplicité.

Les conséquences de ce défaut de coordination sont l'absence d'instrument commun d'évaluation des besoins et de continuité des aides et soins. Ces défaillances sont source de leur faible qualité et de gâchis financiers (ex. hospitalisations médicalement inappropriées, redondance d'exams).

Le premier élément clé avancé par l'OCDE pour améliorer la coordination des interventions en cas de problèmes de santé chroniques est l'uti-

lisation des techniques d'information et de communication afin de mieux connaître les besoins des personnes aidées/soignées et d'améliorer les performances des prestataires.

Le réseau international, interRAI, de chercheurs et de praticiens a développé, depuis 1992, une gamme d'instruments multidimensionnels standardisés d'évaluation, le premier ayant été destiné à l'évaluation de la situation des résidents des établissements de soins de longue durée. Puis ont été construits des instruments pour les personnes recevant des soins à domicile, celles recevant des soins palliatifs, des soins aigus, des soins en santé mentale.

Une unique évaluation globale standardisée, utilisant un des instruments en fonction de la population et/ou du contexte de soin, permet la mise en place des plans d'aide et de soins personnalisés, de constituer des groupes iso-ressources et d'analyser la qualité des interventions. Depuis 2002, interRAI a entrepris un travail de restructuration des instruments de façon à homogénéiser leur contenu. Le résultat est un véritable système d'information intégré permettant de partager l'information entre les différents intervenants et de suivre les personnes aidées/soignées. La démarche est utilisée dans une trentaine de pays parfois de façon obligatoire.

En France, des programmes pilotes utilisent la démarche RAI sur une base territoriale s'appuyant sur une expérience en cours depuis 2009 (Ehpad, réseaux gérontologiques et MAIA). La mise en place actuellement sur une base expérimentale d'un dossier commun d'aide et de soin (DCAS) a pour but faciliter le suivi des parcours d'aide et de soin.

Pour faciliter la connaissance et le développement de la démarche, l'association France RAI a créé un site web www.franceraai.fr. Consulter aussi www.interrai.org.

Publications sur la démarche RAI et ses applications

Instruments

- Berg K., Finne-Soveri H., Gray L., Henrard J.C., Hirdes J., Ikegami N. *et al.* « Relationship between interRAI HC and the ICF : Opportunity for operationalizing the ICF ». *BMC Health Services Research* 2009, 9:47
- Gray L.C., Berg K., Fries B.E., Henrard J.C., Hirdes J.P., Steel K. *et al.* « Sharing clinical information across care settings : the birth of an integrated assessment system ». *BMC Health Services Research* 2009, 9 : 71

Jean-Claude
Henrard
Valérie Cérese

avec notamment la mise en place de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) (lire l'article page 36). De manière générale, il semblerait aussi souhaitable de créer des passerelles à tous les niveaux du système de santé, pour favoriser le travail en commun quand cela est nécessaire, en s'appuyant notamment sur des professionnels ayant des doubles cultures. Une notion d'intérêt développée, récemment au Québec, dans le champ de la santé mentale est celle des « soins partagés » [35], qui met en avant le décloisonnement des pratiques professionnelles. Ce principe questionne les valeurs et les cultures professionnelles qui pourront d'autant mieux évoluer que des formations interprofessionnelles seront

développées. Par ailleurs, l'optimisation des parcours de santé et des parcours de vie nécessite de mobiliser les compétences d'autres secteurs de la vie sociale comme le logement, les transports et les activités culturelles, avec lesquels il serait souhaitable d'inventer des nouveaux modes de collaboration.

Enfin, les cloisonnements alimentant d'autres cloisonnements, une politique visant à décloisonner le système de santé et d'aide ne sera réellement efficace que si elle se propose d'agir simultanément sur les différents niveaux du cloisonnement (gouvernance, financement, formation, périmètre des établissements...), ce qui semble être envisagé dans la feuille de route de la stratégie nationale de santé. Affaire à suivre. 📌

- Henrard J.C., Gardent H. « Les systèmes d'information dans les institutions de soins pour personnes âgées : des grilles de dépendance à la démarche RAI ». *Gérontologie et Société*, 1997 ; 80 : 67-83.
 - Hirdes J., Curtin-Telegdi N., Poss J.W., Gray L., Berg K.O., Henrard J.C. et al. *interRAI Contact Assessment (CA) Form and User's Manual. A screening Level Assessment for Emergency Department and Intake from Community. Hospital Version 9.2* Washington, DC : interRAI, 2010 (traduction française).
 - Morris J.N., Berg K., Bjorkgren M., Finne-Soveri H., Fries B.E., Henrard J.C. et al., *Clinical Assessments Protocols (CAPs) For Use with Community and Long Term Care Instruments*. Washington, DC : interRAI, 2010 (traduction française).
 - Morris J.N., Fries B.E., Bernabei R., Steel K., Ikegami N., Henrard J.C. et al. *interRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual*. Washington, DC : interRAI, 2009 (traduction française).
 - Morris J.N., Belleville-Taylor P., Fries B.E., Hawes C., Murphy K., Henrard J.C. et al. *interRAI Long Term Care Facilities (LTCF) Assessment Form and User's Manual*. Washington, DC : interRAI, 2009 (traduction française).
- Qualité des soins**
- Henrard J.C., Cérèse-Feurra V., Ankril J. « Intérêt du Resident Assessment Instrument (RAI) pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée ». *La Revue de Gériatrie*. 2000, 25 (4), 231-242.
 - Moty C., Barberger-Gateau P., de Sarasqueta A.M., Teare G.F., Henrard J.C. « Ajustement d'indicateurs de qualité des soins pour les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes en France : une étude préliminaire ». *Rev. Epidem. Sante Pub*, 2003 ; 51 (3) : 327-338.
- Comparaisons internationales**
- Bos J.T., Frijters D.H.M., Wagner C., Carpenter G.I., Finne-Soveri H., Henrard J.C. et al. « Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators ». *Aging Clin Exp Res*, 2007, 19 (4) : 323-329.
 - Carpenter I., Gambassi G., Topinkova E., Schroll M., Finne-Soveri H., Henrard J.C. et al. « Community Care Services in Europe The Aged in Home care project (AdHoc) ». *Aging Clin Exp Res*, 2004 ; 16 (4) : 259-269.
 - Frijters D.H.M., van der Roest H.G., Carpenter I.G.I., Finne-Soveri H., Henrard J.C., Chetrit A. et al. « The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project) ». *BMC Health Services Research* 2013, 13 : 138.
 - Henrard J.C., Ankril J., Frijters D., Carpenter I., Topinkova E., Garms-Homolova V. et al. « Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons : application in several European cities ». *Int J Integrat Care*. 2006 Jul 6 ; 6 : e11.
 - Onder G., Carpenter G.I., Finne-Soveri H., Gindin J., Frijters D., Henrard J.C. et al. « Assessment of nursing home residents in Europe : the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study ». *BMC Health Services Research* 2012 ; 12 (1) : 5.
 - Wergeland Sørbye L., Garms-Homolová V., Henrard J.C., Jónsson P.V., Fialova D., Topinkova E., Gambassi G. « A review article summarizing the experiences of the AgeD in Home Care project ». *Maturitas* 2009 Mar 20 ; 62 (3) : 235-42. Epub 2009 Jan 31.