

# Mise en œuvre du BelRAI

Pas à pas vers une nouvelle échelle d'évaluation uniforme pour nos soins

Koenraad Pauwelyn — Service Politique santé, bien-être et participation

## Résumé

Fin des années 1980, début des années 1990, une nouvelle échelle d'évaluation des besoins en soins a été développée aux États-Unis dans le cadre des soins aux personnes âgées : le « Resident Assessment Instrument », en abrégé, le RAI. Depuis son introduction dans les années 1990, de nombreux pays dans le monde entier l'ont adoptée. Un instrument permettant d'identifier au mieux les besoins des personnes nécessitant des soins est souvent considéré comme essentiel en politique des soins pour pouvoir optimiser leur qualité. En Belgique, on a également choisi d'utiliser le RAI, qu'on appellera par la suite le BelRAI. Dans cet article, nous revenons sur le chemin parcouru et les difficultés rencontrées. On y envisage également l'utilisation de l'outil dans divers secteurs et ce qu'on peut en attendre.

Mots-clés : BelRAI, InterRAI, qualité des soins, planification des soins, soins aux personnes âgées, soins à domicile, analyse

## 1. Introduction

Aujourd'hui, le nom « BelRAI » est familier à toute personne impliquée de près ou de loin dans le secteur des soins de santé. Cependant, malgré le nombre d'années depuis lequel on en parle ou l'évoque dans les textes politiques, cette échelle reste pour beaucoup un concept abstrait en plein développement et suscitant encore de nombreux points d'interrogation. Plusieurs instruments d'évaluation sont utilisés actuellement en Belgique, comme l'échelle de Katz, l'échelle médico-sociale ou l'échelle de profil BEL. Le BelRAI doit mettre un terme à cette fragmentation et devenir l'instrument standard d'évaluation des besoins en soins en Belgique.

Mais le BelRAI vise plus que d'être le énième instrument d'évaluation. Il doit améliorer la qualité de la planification des soins et des soins eux-mêmes. En proposant un langage commun, cet outil peut favoriser la collaboration entre les différents acteurs et actrices des soins et l'émergence de soins intégrés. Par ailleurs, l'instrument pourra à terme être utilisé pour le financement des secteurs concernés. Nous examinerons, ici, s'il peut remplir ce rôle et où nous en sommes aujourd'hui dans ce processus. Mais tout d'abord, retraçons l'histoire de cette nouvelle échelle et le chemin parcouru.

## 2. Origine du projet

### 2.1. Un instrument d'évaluation uniforme et univoque

BelRAI est le nom donné à la variante belge de la série d'instruments d'évaluation InterRAI, développés internationalement pour évaluer les besoins en soins de personnes dans différents domaines. RAI est l'acronyme de *Resident Assessment Instrument*, un instrument conçu aux États-Unis à la fin des années 1980 et début des années 1990 en réponse à une des recommandations de l'Académie nationale des Sciences des États-Unis. Celle-ci avait réalisé une recherche à la demande du Congrès pour optimiser et améliorer la qualité des soins et de la vie dans les centres de soins résidentiels. L'élaboration d'un instrument unique, uniforme, d'évaluation, pour toutes les résident-es était considérée comme une condition essentielle de l'amélioration de la qualité des soins. L'instrument devait servir de base à la planification de soins adaptés

aux besoins spécifiques de chaque résident-e pour optimiser leurs capacités physiques dans le quotidien et leur qualité de vie (Murphy, Morris, Fries, & Zimmerman, 1995).

Le Congrès a suivi les recommandations de l'Académie et mis sur pied une équipe appelée « *RAI-development-team* » pour créer cette échelle. Plusieurs objectifs étaient visés (Hawes, et al., 1997) :

- l'instrument devait pouvoir évaluer la personne dans sa globalité (capacités mentales et physiques) ;
- il devait servir de base pour la planification des soins et de la revalidation ;
- il devait faciliter et optimiser les échanges et la collaboration entre les différent-es acteur-trices ;
- Il devait être utilisable par le personnel des centres de soins résidentiels ;
- il devait être fiable et donner un résultat cohérent, quel-les qu'aient été les utilisateur-trices.

Ainsi, le RAI allait pouvoir se distinguer des autres échelles d'évaluation existantes, qui se concentraient sur des aspects limités, et mettre fin à la fragmentation. Plus de 80 échelles utilisées dans les soins gériatriques ont été étudiées et comparées. En s'appuyant sur leurs atouts et lacunes, les domaines sur lesquels allait se concentrer le nouvel instrument pour répondre aux objectifs ont été sélectionnés. C'est ainsi qu'a été établi le « *Minimum Data Set (MDS)* », un inventaire des données nécessaires pour former un tableau clair des possibilités fonctionnelles d'un-e résident-e. Le MDS a ensuite été complété par des « *Resident Assessment Protocols (RAP)* », des questionnaires plus approfondis utilisés lorsqu'une information du MDS indiquait qu'un-e résident-e rencontrait des problèmes. En se fondant sur les constats issus des RAP, les besoins concrets en soins étaient identifiés et un plan de soin établi.

### 2.2. Premiers résultats et évaluation du RAI

La nouvelle réglementation relative à l'utilisation du RAI en tant qu'outil d'évaluation est entrée en vigueur aux États-Unis au printemps 1991. Les centres de soins résidentiels ont été obligés de procéder à une évaluation des besoins de tout-e nouveau-elle résident-e à l'aide du RAI pour établir son plan de soins. Une réévaluation est effectuée chaque année ou lors de tout événement ayant un impact important sur la situation du-de la résident-e. Quelques années après son introduction, l'administration américaine de financement des soins de santé (*Health Care Finan-*

cing Administration) a demandé une évaluation du nouvel instrument. Différentes recherches ont montré que des améliorations étaient intervenues à plusieurs niveaux par rapport à la période avant l'utilisation du RAI (Hawes, et al., 1997) :

- les informations consignées dans les dossiers médicaux des résident-es étaient plus claires et plus correctes ;
- la planification des soins était plus claire et ceux-ci répondaient mieux aux besoins réels des résident-es ;
- amélioration générale de divers processus influençant la qualité des soins et la vie des résident-es, comme une plus grande implication des résident-es et de leur famille dans le plan de soins, plus de participation aux activités, baisse du nombre d'interventions de soins infirmiers ;
- forte diminution de la régression des fonctions en jeu dans les *Activities of Daily Living* (ADL ou AVQ pour activités de la vie quotidienne) ;
- forte diminution du nombre d'admissions hospitalières des résident-es, sans augmentation des chiffres de mortalité.

Ces résultats ont été ultérieurement confirmés dans d'autres pays où cette échelle avait également été introduite. Ainsi, aux Pays-Bas, une recherche de grande envergure a été réalisée de 2006 à 2007 sur les effets des soins intégrés basés sur le RAI par rapport aux soins habituels. 30 des 32 indicateurs de qualité utilisés ont obtenu un meilleur score, et 11 d'entre eux un score significativement plus élevé. L'amélioration de la qualité des soins a été principalement attribuée à la formation et à l'utilisation du RAI par le personnel soignant ainsi qu'à la surveillance effectuée sur la base du RAI (Boorsma, et al., 2011).

Les études se fondant sur la comparaison entre un groupe expérimental et un groupe contrôle pour mesurer de manière objective l'impact d'une mesure sont dans ce contexte assez difficiles à organiser. L'étude néerlandaise s'est déroulée dans 10 centres de soins résidentiels, avec 340 participant-es. Les personnes faisant partie du groupe cible de cette étude sont très vulnérables et ont des fonctions cognitives souvent limitées. En partie pour cette raison, la durée de l'étude a été assez limitée, à savoir six mois. L'importance d'instruments bien conçus pour l'évaluation de la qualité des soins est toutefois généralement reconnue et les acteur-trices concerné-es conviennent toujours des répercussions positives du RAI.

## 2.3. Du RAI à l'InterRAI

La diffusion du RAI aux États-Unis a rapidement attiré l'attention de professionnel-les des soins et d'universitaires d'autres pays. Les pays européens ne firent pas exception et rapidement, professionnel-les des soins et universitaires européens se réunirent au sein d'un groupement international, InterRAI. Parmi les premiers à y adhérer, on trouve la Suède, l'Italie, le Danemark, les Pays-Bas, la France, l'Espagne, l'Allemagne, la Norvège, la Finlande et la Tchéquie (Hawes, et al., 1997). La Belgique ne les rejoindrait que plus tard (voir ci-dessous).

Outre l'élargissement du nombre de pays participants, de nouveaux secteurs s'y intéressèrent également. Conçu pour les soins résidentiels aux personnes âgées, l'instrument connut plusieurs adaptations pour pouvoir être utilisé dans d'autres contextes, comme les soins à domicile, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, etc. À partir de 2005, une série InterRAI intégrée fut élaborée pour optimiser le partage des données entre les différents instruments et acteur-trices.

À l'heure actuelle, 35 pays sont membres d'InterRAI. Cette organisation non lucrative est dirigée par un Conseil de directeurs (*Board of Directors*), issus de différents pays et dans lequel siège pour la Belgique la Prof. Dr. Anja Declercq. Il existe par ailleurs des réseaux et des comités qui gèrent les différents instruments d'InterRAI et les tâches à accomplir au sein de l'organisation. Les personnes qui ont pour activité l'introduction à un niveau national d'InterRAI peuvent s'affilier en tant que *Fellow*<sup>1</sup>.

## 3. Introduction en Belgique

### 3.1. Études comparatives des instruments d'évaluation

#### 3.1.1. Projet Interface

Dans les années 1990, plusieurs pays européens s'affilièrent à InterRAI. La Belgique n'en faisait pas encore partie. Au début des années 2000, le ministère des Affaires sociales et de la Santé publique lança une étude sur « l'organisation et le financement d'une offre de soins tran-

1 Pour plus d'informations, se rendre sur le site <https://interrai.org/>.

sinstitutionnelle dans le secteur des soins aux personnes âgées », intitulée « Le projet Interface ». L'étude avait trois objectifs (Buntinx, et al., 2003) :

- sélectionner des instruments permettant de mesurer les besoins en soins des personnes âgées et de les enregistrer ;
- contrôler l'efficacité des instruments sélectionnés quant à la mesure de ces besoins ;
- tester dans quelle mesure il est envisageable de les utiliser dans la pratique quotidienne des soins à domicile, des maisons de repos, des centres de soins de jour et services gériatriques des hôpitaux généraux.

L'étude fut menée par la KU Leuven et l'ULB et se clôtura par un rapport final en 2003. Ses conclusions générales n'indiquent pas quelle direction prendre. En raison de quelques difficultés durant l'exécution de la recherche, trop peu de personnes y participèrent, surtout en Flandre, pour pouvoir tirer des conclusions définitives.

Cependant, quand on examine les observations faites à propos des instruments sélectionnés, on retrouve pour le RAI les mêmes expériences positives que celles mises en évidence lors des recherches internationales antérieures (voir ci-dessus). Certaines constatations sont quasiment identiques à celles résultant des premières évaluations effectuées aux États-Unis. Parmi les nombreux avantages apportés, on cite le caractère étendu des aspects évalués, la prise en compte de problèmes non détectés auparavant, la meilleure compréhension du/de la patient-e, la meilleure organisation des soins, l'interaction entre les soignant-es, les résident-es et la famille, etc. Côté négatif, c'est surtout le temps nécessaire pour procéder à l'évaluation qui est évoqué. Cet inconvénient fut toutefois relativisé et imputé surtout au manque de connaissances et de familiarité avec l'utilisation du RAI à cette époque. Une fois l'outil maîtrisé, le temps supplémentaire nécessaire pour effectuer l'évaluation est compensé par les informations complémentaires qu'il permet de récolter.

Outre le RAI, l'instrument français d'évaluation PAS (*Pathos, Aggir, Socios*) a obtenu dans cette étude un feedback positif similaire. Il a été considéré sur la base des observations des utilisateur-trices comme environ aussi complet que le RAI. C'est notamment pourquoi le RAI ne fut pas encore choisi à l'époque en Belgique.

### 3.1.2. Qualidem I et II

L'étude Interface s'est en partie appuyée sur la recherche Qualidem I sur la démence et s'est déroulée parallèlement à l'étude qui y a fait suite, Qualidem II. Le 11 septembre 1998, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a lancé dans le *Moniteur belge* un appel d'offres pour la réalisation d'une recherche sur la démence. Pour y répondre, l'Université de Liège et la KU Leuven ont uni leurs forces dans une association de fait, Qualidem, et se sont vu attribuer l'étude (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, 2002). Les grandes lignes de l'étude se résument ainsi :

- inventaire des informations existantes, notamment via une étude de la littérature ;
- formulation de recommandations pour des soins de qualité ;
- test des instruments et des procédures sélectionnés dans une recherche de terrain.

Le rapport final comportait douze chapitres et des centaines de pages. Un des chapitres était spécifiquement consacré aux besoins en soins et aux instruments d'évaluation existants. Les conclusions de l'étude sont toutefois essentiellement descriptives, et ne proposent pas de choix explicite entre les différents instruments. Le RAI est décrit comme un instrument en mesure d'identifier un nombre important de problématiques de soins, tant pour les soins à domicile que pour les soins résidentiels et contribuant ainsi significativement à l'amélioration de la qualité des soins fournis.

La recherche qui y a fait suite, Qualidem II, fournit quant à elle des résultats beaucoup plus clairs. Elle décrit le RAI comme l'instrument le plus adapté et le seul qui apporte une nette plus-value pour la planification des soins individuels dès l'instant où des informations détaillées sont nécessaires (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, 2005). Les conclusions du rapport sont donc de manière générale très positives et parlent d'une meilleure compréhension de la demande de soins, de l'importante valeur ajoutée de la réunion d'équipe, du fait d'éviter les angles morts, d'inciter les soignant-es à une réflexion plus approfondie à propos des résident-es, etc. Sa plus-value la plus importante par rapport à l'échelle d'évaluation des besoins en soins, l'échelle de Katz, se manifeste dans les situations plus complexes<sup>2</sup>.

2 L'échelle de KATZ est depuis les années 1960 l'instrument standard d'évaluation des fonctions de base des « activités de la vie quotidienne » dans de nombreux pays. Elle a été élaborée par le chercheur américain Sidney Katz. Ce dernier a également participé à la formulation de recommandations pour la loi de 1987, la « *Nursing Home Reform Act* », qui a servi de base au développement du RAI.

Ainsi, alors que les rapports Qualidem I et Interface étaient plutôt prudents dans leurs recommandations quant au choix d'un nouvel instrument d'évaluation plus approfondi, en 2005, le rapport Qualidem II n'exprime plus aucune réserve pour le choix du RAI comme futur outil d'évaluation.

## 3.2. Lancement du BelRAI

### 3.2.1. Projets d'implantation

Après la clôture du travail de recherche en 2005, le Service public fédéral (SPF) Santé publique lança les premiers projets d'implantation du BelRAI. Dans la première phase, ces projets se sont concentrés sur l'adaptation des instruments d'InterRAI au contexte belge et aux langues nationales, au développement d'une application web permettant de tester les instruments dans la pratique et à la mise sur pied de trajets de formation (Declercq, et al., 2008).

Les rapides progrès des premiers projets d'implantation relatifs au développement de l'application web et des outils BelRAI ne se sont pas traduits dans les années qui ont suivi par la mise en œuvre pratique de l'un de ces outils. Plusieurs facteurs ont joué un rôle à cet égard. Par exemple, toutes les institutions n'étaient pas encore pourvues d'ordinateurs avec une connexion internet. Aussi, les questions sur les frais liés au BelRAI n'avaient pas reçu de réponses concrètes. Au niveau politique, la question du coût supplémentaire qu'entraîne l'utilisation du BelRAI avait en effet été soulevée. Aucune réponse n'avait cependant été donnée, non seulement en raison de difficultés rencontrées pendant la mise en œuvre des projets mais aussi car la réponse n'allait pas être univoque. Les expériences du Canada et des États-Unis avaient en effet déjà montré que l'utilisation du RAI entraînait des coûts mais aussi des économies du fait que certaines tâches disparaissaient grâce à l'efficacité de la planification des soins.

Il s'avérait donc que l'objectif des projets d'implantation était double. D'une part, des actions avaient été rapidement entreprises pour introduire l'échelle, avec le développement des instruments et l'organisation de formations. D'autre part, l'accent était également mis sur la faisabilité budgétaire et la plus-value dans des secteurs tels que les soins à domicile. Les questions sur ces sujets sont restées en grande partie sans réponse. Sur le plan politique, cela a créé une tension et l'engagement politique nécessaire pour implanter effectivement le BelRAI a fait défaut.

### 3.2.2. Sixième réforme de l'État

La fin des projets d'implantation a plus ou moins coïncidé avec le début d'une nouvelle réalité politique dans le paysage belge des soins. En automne 2011, après 540 jours de négociations, un accord a été trouvé sur une sixième réforme de l'État, surnommé « l'accord papillon ». Il a eu d'importantes implications pour le trajet BelRAI, puisque la compétence relative à plusieurs des secteurs concernés a été transférée de l'État fédéral aux Communautés, comme le financement des centres de soins résidentiels, la revalidation de longue durée et les soins de santé mentale (Hannes, 2014).

La coordination fédérale est devenue de ce fait nettement moins évidente et la charge relative au développement du BelRAI a été en grande partie déplacée vers les Communautés, certainement pour les choix politiques concernant l'introduction de l'instrument dans les secteurs des soins. Le rythme de l'implantation de l'outil allait ainsi rapidement varier selon les Communautés, comme on va le voir ci-dessous.

### 3.2.3. Vers une utilisation échelonnée du BelRAI avec le Screener BelRAI

Après les projets d'implantation, il était temps de mettre en place, sur base des résultats, le trajet de suivi. Sur le plan politique, l'intérêt du BelRAI a été confirmé à tous les niveaux. Son implantation a constitué un des vingt points du plan d'action e-santé 2013-2018 approuvé par la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique (FOD Volksgezondheid, 2013). La note de politique générale *Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2013-2014* (Bien-être, Santé publique et Famille) reprenait le choix du Gouvernement flamand d'utiliser le BelRAI comme unique outil d'évaluation pour tous les acteurs et actrices des soins résidentiels et pour l'assurance dépendance flamande de l'époque, la « *Vlaamse Zorgverzekering* » (Vandeuren, 2013).

Une des principales observations faites suite aux projets d'implantation est le fait que pour de nombreuses personnes nécessitant peu de soins, une évaluation complète de leurs besoins avec le BelRAI n'était souvent pas nécessaire et prenait beaucoup de temps. Ce bilan a joué un rôle important, principalement dans le secteur des soins à domicile. Pour les centres de soins résidentiels, l'intérêt de faire l'évaluation complète n'a pas été remis en question et le bilan de l'utilisation du BelRAI a généralement été jugé équilibré. Il fallait donc trouver un équilibre entre le temps d'investissement nécessaire pour procéder à une

évaluation complète avec le BelRAI et la plus-value finale pour l'utilisateur-trice des soins, l'organisation et les pouvoirs publics (Vermeulen, Van Eeno, Vanneste, & Declercq, 2015).

En conséquence, la poursuite de l'introduction du BelRAI est devenue dépendante du développement d'un «  *Screener* », un instrument moins long qui peut déterminer s'il est nécessaire de procéder à une évaluation complète avec le BelRAI. Par ailleurs, le Screener allait également servir pour l'attribution de droits dans le cadre du budget de soins flamand (*Vlaamse zorgbudget*). Le rapport final sur le développement du *Screener* comprenait déjà des propositions sur les seuils qui pourraient ouvrir le droit à l'assurance dépendance de l'époque (Vermeulen, Van Eeno, Vanneste, & Declercq, 2015).

#### 3.2.4. Accords interfédéraux

Comme susmentionné, la sixième réforme de l'État a remélangé les cartes pour l'implantation du BelRAI. Les rapports entre le niveau politique fédéral et les entités fédérées ont fortement changé et ont engendré la recherche d'une nouvelle manière de coopérer afin de redéfinir et fixer le rôle de chaque acteur-trice.

Cette recherche s'est concrétisée par un protocole d'accord BelRAI conclu entre les ministres compétents de toutes les régions le 26 mars 2018 (Protocolakkoord BelRAI, 2018). Cet accord soulignait également l'importance du BelRAI pour la qualité des soins dans notre pays et toutes les régions s'engagèrent à poursuivre le travail de recherche pour l'implantation de l'outil dans chacun de leurs domaines de compétence. Cet accord confirme en outre le maintien de la base de données centrale fédérale et le rôle de l'État belge en tant que partenaire contractuel dans la relation avec le réseau InterRAI.

Les initiatives concrètes que souhaite prendre dans le cadre du BelRAI chaque région dans ses domaines de compétence sont encore énumérées en fin de document. Mais, bien que chaque partie confirme son intention d'introduire le BelRAI dans ses domaines de compétence, l'état de la situation décrit ici et là montre déjà que cela se fera à un rythme différent pour chaque région.

### 3.3. Où en sommes-nous aujourd'hui ?

#### 3.3.1. Le Screener BelRAI est utilisé depuis 2021

Le Screener BelRAI est le premier instrument du RAI qui a été activement utilisé en Belgique. Il est utilisé depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021 en Flandre comme échelle d'évaluation pour l'attribution du droit à un budget de soins pour les personnes fortement dépendantes (l'ancienne assurance dépendance). Bien que cela constitue une étape importante dans le processus d'implantation de l'instrument et qu'on se soit donc attendu à un accueil positif, dans la pratique, il en a été autrement. L'introduction du Screener BelRAI a provoqué rapidement la déception de bénéficiaires de soins car le nombre de refus était beaucoup plus élevé qu'auparavant.

Le mécontentement sur le terrain a marqué le début de mois de discussions parlementaires sur le seuil d'attribution et sur les conséquences pour les usager-es qui voyaient leurs budgets de soins perdus ou refusés suite à l'utilisation du nouvel outil<sup>3</sup>. Après quelques mois de recherches complémentaires, d'auditions et d'autres délibérations, le seuil a finalement été ajusté en avril 2022 ce qui a permis à davantage de personnes d'obtenir une aide. Les personnes qui avaient perdu de manière injustifiée leur droit entre juin 2021 et avril 2022 ont bénéficié de mesures compensatoires<sup>4</sup>.

Le pénible démarrage du Screener donna pour beaucoup de gens une connotation négative au BelRAI alors que la problématique n'avait en soi aucun rapport avec la valeur de ses instruments. La détermination d'un seuil pour l'accès au droit est un choix purement politique qui ne découle pas de l'instrument lui-même. Lorsqu'un ancien instrument d'évaluation, ici l'échelle de profil BEL, est remplacé par un instrument complètement neuf, il n'est pas évident de fixer le seuil exactement au même niveau. Évaluation et ajustement *a posteriori* sont donc difficiles à exclure. Dans le cas du Screener BelRAI, le seuil avait été placé un peu trop haut, ce qui a nécessité un ajustement.

#### 3.3.2. BelRAI LTCF et BelRAI HC à partir de 2023

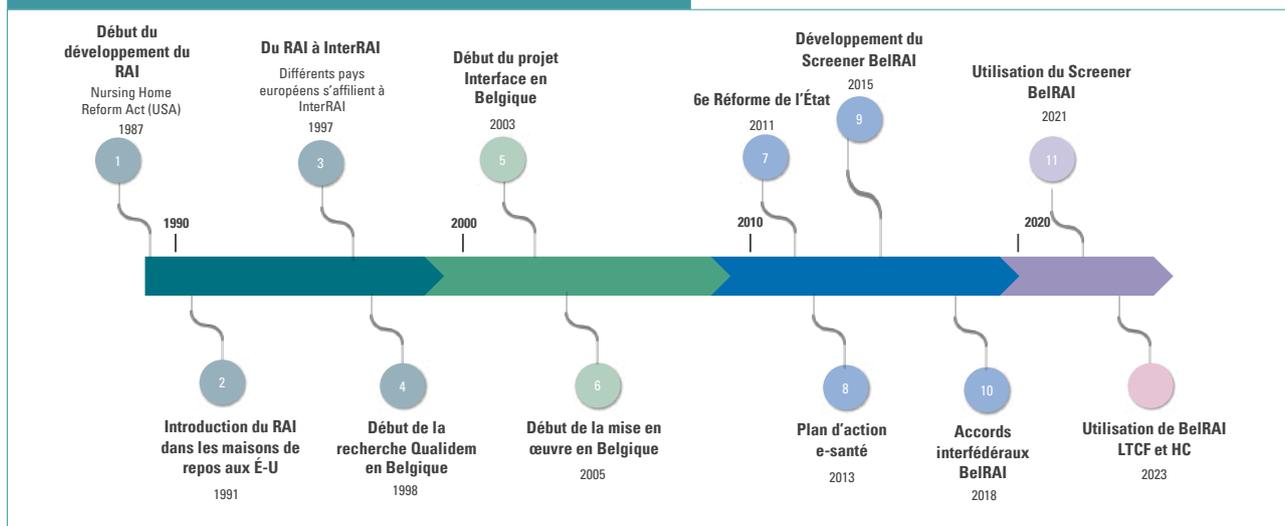
##### ***BelRAI Long Term Care Facilities pour les centres de soins résidentiels***

Le Screener BelRAI a pour seule ambition de fournir un instrument convivial dans le cadre de l'octroi de droits et

3 Questions et réponses, Parlement flamand. 2021-2022, Question n° 19, 1<sup>er</sup> octobre 2021 (C. ROUSSEAU).

4 Rapport Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2021-2022, 2428.

Figure 1 : Historique du développement de (Bel)RAI



d'indiquer s'il est utile de procéder à une évaluation complète avec le BelRAI, ce qui ne permet pas de le considérer comme un outil à part entière. Les instruments BelRAI se sont vu octroyer un rôle central dans le nouveau décret flamand sur les soins résidentiels (*Vlaamse Woonzorgdecreet*) et les arrêtés d'application. La Flandre veut rendre obligatoire l'utilisation du BelRAI *Long Term Care Facilities* (BelRAI LTCF) dans les centres de soins résidentiels<sup>5</sup> (*woonzorgcentra*) à partir du 1<sup>er</sup> juin 2023, ce qui en fait le premier instrument complet du BelRAI qui sera utilisé en Belgique. C'est la version actuelle de l'échelle RAI originelle qui avait été développée pour les résident-es des centres de soins résidentiels. L'instrument sera utilisé pour la planification des soins et le soutien d'une politique de qualité grâce à des indicateurs de qualité.

### BelRAI Home Care pour les soins à domicile

Pour les soins à domicile, un instrument spécifique sera prochainement utilisé, le BelRAI *Home Care* (BelRAI HC). Un projet pilote est déjà mis en œuvre en Flandre et l'introduction du BelRAI HC est prévue, comme pour le BelRAI LTCF, le 1<sup>er</sup> juin 2023<sup>6</sup>. Sa fonction première est aussi la planification des soins et le contrôle de la qualité.

### 3.3.3. Entrée en vigueur du BelRAI dans d'autres secteurs

La série d'instruments InterRAI comprend actuellement un éventail d'instruments destinés à divers secteurs, comme les soins palliatifs, les soins de santé mentale ou la réhabilitation, pour n'en citer que quelques-uns (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Aperçu des instruments BelRAI par secteur (source : [www.belrai-kennisportaal.be](http://www.belrai-kennisportaal.be))

Secteur	Instrument BelRAI
Soins à domicile	Screener BelRAI
	BelRAI Home Care
Enfance, aide à la jeunesse ( <i>jeugd zorg</i> )	Screener BelRAI pour enfants
Soins résidentiels aux personnes âgées	BelRAI LTCF
Soins de santé mentale	BelRAI Mental Health
	BelRAI Community Mental Health
Revalidation	BelRAI Revalidation (en développement)
Soins palliatifs	Screener BelRAI Palliative
	BelRAI Palliative Care
Hôpitaux	BelRAI Acute Care

5 <https://belrai-kennisportaal.be/belrai-long-term-care-facilities>.

6 <https://zorg-en-gezondheid.be/beleid/ezorgzaam-vlaanderen/belrai>.

Une grande partie de ces instruments a déjà été traduite et adaptée au contexte belge. Le développement d'un instrument et son déploiement dans un secteur sont cependant deux choses différentes. Après le développement d'un instrument, on met généralement d'abord des projets pilotes sur pied et on effectue d'autres travaux préparatoires avant d'utiliser réellement l'outil. Seuls les trois outils susmentionnés sont actuellement utilisés en Flandre ou connaissent déjà leur date d'introduction.

## 4. Regard sur le trajet parcouru : opportunités manquées ?

### 4.1. Recherche nationale versus études existantes et expériences pratiques

Fin des années 1980, on a fait le constat aux États-Unis que les échelles comme celle de KATZ ne suffisaient plus pour pouvoir évaluer les besoins en soins complexes. Le même constat s'est retrouvé dans les résultats de la recherche Qualidem en Belgique. L'appel d'offres de l'INAMI ayant donné lieu à la recherche Qualidem date du 11 septembre 1998 et vient sept ans après la première utilisation du RAI aux États-Unis et à un moment où plusieurs pays européens, limitrophes et autres, commençaient déjà à accorder du crédit au concept d'InterRAI. Les premières évaluations de l'échelle RAI avaient déjà eu lieu aux États-Unis et leurs résultats positifs ont commencé à se diffuser à l'étranger dans les milieux médicaux et universitaires. La différence entre les constatations qui ont été faites aux États-Unis et en Belgique réside dans la suite qui leur a été donnée. Aux États-Unis, on avait lancé un trajet de recherche spécifique qui allait mener au développement du RAI. En Belgique, la recherche d'un nouvel instrument d'évaluation est restée dans une première phase un mailon de l'étude sur la démence (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, 2002).

Avec le projet Interface début des années 2000 en Belgique, un trajet de recherche indépendant a cependant vu le jour, mettant l'accent sur l'évaluation des besoins en soins des personnes âgées. Autant Qualidem qu'Interface ont été des recherches très approfondies. Elles ont formé des professionnel·les à l'utilisation des différents outils afin de pouvoir les tester dans la pratique. Cependant, malgré les efforts fournis, Qualidem I et Interface ne sont pas allés au-delà d'une inventarisation approfondie des instruments, sans porter de choix définitif sur un instrument particulier.

Le rapport final de Qualidem II en 2005 a finalement tranché et désigné le RAI comme instrument le plus approprié. Les résultats de ce rapport, comme les résultats positifs des études précédentes, sont tout à fait conformes aux résultats des études d'évaluation du RAI aux États-Unis au milieu des années 1990. On peut donc se demander si en Belgique nous devons refaire cette recherche quasiment depuis le début, ou si nous aurions pu nous fier aux données internationales. Aux États-Unis, on estime que trois millions d'évaluations ont été réalisées avec le RAI chaque année dans les centres de soins résidentiels (Murphy, Morris, Fries, & Zimmerman, 1995). On disposait donc déjà de nombreuses connaissances et expériences qui, malgré la différence de contexte, pouvaient être utilisées pour faire des choix politiques en Belgique.

### 4.2. Mesure du besoin en soins, planification des soins, qualité des soins et financement

Dans les années 1990, on a constaté en Belgique que les échelles traditionnelles, comme celle de Katz, étaient trop superficielles pour évaluer les situations de soins plus complexes. Aussi a-t-on cherché en première instance à remplacer l'échelle de Katz par un nouvel instrument. La recherche d'un instrument apportant une plus-value dans les situations de soins complexes a été à l'origine de l'intérêt pour le RAI. Ce qu'on retrouve dans toutes les études et expériences du RAI, c'est la plus-value qu'il apporte dans les centres de soins résidentiels, les situations de soins qui y sont rencontrées étant en effet quasiment toujours complexes. Cependant, bien que le RAI ait démontré sa plus-value intrinsèque, il n'a pas été si simple de remplacer l'échelle de Katz. Cette échelle est en effet – encore aujourd'hui – utilisée comme base pour le financement des centres de soins résidentiels. Le remplacement de l'échelle de Katz par le BelRAI implique la révision complète du financement et la recherche de la manière dont le (Bel)RAI peut être utilisé à cet effet.

En Flandre, le BelRAI LTCF sera utilisé dans les centres de soins résidentiels à partir de juin 2023. Cet instrument sera utilisé parallèlement à l'échelle de Katz et n'aura pas d'impact sur le financement. Le BelRAI LTCF ne sera donc utilisé dans une première phase que pour la planification et la qualité des soins et ce n'est que dans un second temps que le financement y sera lié. Le découplage entre la planification et qualité des soins et le financement permet une mise en œuvre beaucoup plus rapide de l'outil, de sorte que les résident·es, les familles, le personnel soignant, les

établissements et les décideurs peuvent ainsi déjà bénéficier des avantages que le BelRAI LTCF offre. En principe, il est possible de procéder aux évaluations avec l'échelle de KATZ et avec le BelRAI LTCF en même temps et cela n'entraîne donc pas nécessairement une duplication des efforts.

Il est dommage que ce même raisonnement n'ait pas été fait à la fin des années 1990, début 2000. La demande d'un instrument plus approfondi existait, en effet, depuis un certain temps et les avantages du RAI sur le plan de la planification et la qualité des soins étaient déjà bien connus. L'introduction d'un nouvel instrument, sans pour autant recevoir directement le financement, aurait permis de travailler bien plus tôt avec le RAI dans les soins aux personnes âgées.

### 4.3. Sixième réforme de l'État : immobilisme et avancées

La sixième réforme de l'État et les longues négociations gouvernementales qui l'ont précédée ont retardé le processus d'implantation de l'outil. La phase de négociation et le transfert ultérieur des diverses compétences ont entraîné un temps d'immobilisation au niveau politique durant lequel peu ou aucune ambition n'a été exprimée quant au sort du BelRAI au sein des secteurs concernés. Le vide ainsi créé autour de l'implantation de l'instrument a perduré jusqu'en 2013, qui a vu la renaissance d'ambitions sous la forme du plan d'action e-santé et de notes de politique générale, qui ont marqué le début du développement du Screener BelRAI (voir ci-dessus).

Simultanément, le réarrangement des compétences a donné l'opportunité aux régions de donner corps à leurs propres ambitions et priorités, ce qu'elles ont fait assez rapidement. Le revers de la médaille, cependant, c'est que toutes les régions n'ont pas les mêmes ambitions ni le même rythme de travail. Dans ce sens, on peut regretter que l'implantation de l'outil dans certains secteurs n'ait pas pu se réaliser avant la réforme de l'État, certainement en ce qui concerne les soins résidentiels aux personnes âgées. Chaque région aurait alors pu partir de la même base et poursuivre le travail.

### 4.4. Un institut de connaissance du BelRAI

Une des recommandations du rapport final de Qualidem II était la fondation d'un centre d'expertise et d'analyse pour

la collecte et le traitement des données, la formation, les développements ultérieurs, etc. (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, 2005). D'autres pays où le RAI est utilisé, comme le Canada, travaillent avec un institut de connaissance pour le développement et l'utilisation des instruments.

En Belgique, on a fait pendant longtemps appel en première instance au monde universitaire, d'abord pour choisir un nouvel instrument, ensuite pour le développement des instruments BelRAI. De nombreux travaux d'étude approfondis en sont issus mais les recommandations de Qualidem II montrent que le travail d'étude s'arrête à un moment et que de très nombreuses tâches peuvent également être accomplies en dehors des universités. Un institut de connaissance compétent aurait déjà pu dans la phase de démarrage apporter un soutien à des projets pilotes, au développement et à la mise sur pied de formations, et donner des conseils pour l'établissement d'une politique d'introduction de l'instrument et sa mise en œuvre opérationnelle. Dans une phase ultérieure, les tâches auraient alors pu être intégrées de manière structurelle. Il n'était certainement pas nécessaire de procéder à grande échelle et le travail pouvait être réalisé par les agences ou les services publics existants. En Flandre, ce rôle a été entretemps confié au *Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek* (KCD, Centre de qualité pour le diagnostic) chargé notamment aujourd'hui des formations et du soutien à la mise en œuvre dans les secteurs de la Protection sociale flamande (*Vlaamse sociale bescherming*). Au niveau fédéral, le SPF Santé publique joue encore actuellement un rôle dans la mise en œuvre.

## 5. Plus-value des instruments BelRAI

### 5.1. Pourquoi pouvons-nous toujours nous réjouir de l'implantation du BelRAI ?

À partir de 2023, deux instruments exhaustifs BelRAI seront utilisés en Flandre : le BelRAI LTCF dans les centres de soins résidentiels et le BelRAI HC pour les soins à domicile. Malgré le long chemin parcouru pour y parvenir, il y a toujours lieu de s'en réjouir. Le RAI a été développé pour créer une plus-value par rapport aux échelles traditionnelles d'évaluation des besoins en soins et pouvoir mieux répondre aux demandes de soins de personnes vivant des situations de soins complexes. Cette plus-value a ensuite été confirmée et reconnue par de nombreuses études et

expériences nationales et internationales. BelRAI inventorie de manière plus complète les besoins en soins des personnes pour ensuite identifier les situations problématiques via des protocoles d'évaluation clinique (*Clinical Assessment Protocols - CAP*) qui peuvent servir de base à l'élaboration d'un plan de soins. L'identification des besoins en soins et le soutien à la préparation d'un plan de soins sont deux domaines où (Bel)RAI obtient des résultats élevés dans toutes les études. En outre, les instruments (Bel)RAI comprennent également des indicateurs qui permettent de contrôler la qualité des soins en vérifiant si les réponses offertes aux demandes de soins conduisent effectivement aux résultats souhaités.

Les avancées que nous faisons avec le BelRAI en matière d'identification des besoins de soins, de planification des soins et de qualité des soins peuvent apporter d'importantes améliorations pour tous les acteurs et les actrices concernées. Le personnel soignant acquerra une meilleure compréhension de la situation vécue par l'utilisateur·trice de soins et pourra lui apporter exactement les soins nécessaires. La famille et les aidants proches peuvent être impliqués dans la planification des soins sur la base du BelRAI et des CAP. Les institutions et les pouvoirs publics pourront suivre les résultats des soins administrés à l'aide des indicateurs de qualité. Les soins intégrés deviendront beaucoup plus réalisables dans la pratique si les informations disponibles sont partagées et que les différent·es acteur·trices parlent un langage commun. Et, *last but not least*, les utilisateur·trices de soins recevront des soins plus adaptés, certainement lorsqu'ils seront ciblés.

## 5.2. Scénarios d'évolution, basés sur *Big Data*

L'utilisation des instruments BelRAI offre aussi de nouvelles perspectives pour l'avenir. La banque de données d'InterRAI contient des millions de données anonymisées. Celles-ci peuvent être utilisées de plusieurs manières pour mieux évaluer les situations de soins. Il y a ainsi des projets qui testent les similitudes : après l'évaluation, le profil de l'utilisateur·trice est comparé à la situation de personnes ayant le même profil dans la banque de données<sup>7</sup>. On peut ainsi prendre pour l'utilisateur·trice une décision plus éclairée concernant la forme appropriée des soins. Par exemple, si dans une situation de soins à domicile, il s'avère que 80% des personnes ayant un profil similaire

ont été admises dans un centre de soins résidentiel après six mois, cela peut donner à l'utilisateur·trice et à sa famille le temps d'y réfléchir et de préparer cette étape. Cela offre aussi aux pouvoirs publics la possibilité de faire une meilleure planification, par exemple pour les places d'accueil.

Les données permettent aussi de tirer des enseignements. Les situations de soins similaires peuvent être comparées afin de voir quels ont été les résultats en fonction des traitements qui ont été choisis. On peut ainsi voir quelles sont les réponses données aux demandes de soins qui ont généré les meilleurs résultats (Dash, et al., 2018), bien qu'il reste extrêmement important de toujours s'adapter à la situation particulière de la personne en besoin de soins et de ne voir dans les *big data* qu'une aide.

## 6. Conclusion

À la veille de l'utilisation des premiers instruments BelRAI exhaustifs dans notre pays, nous revenons sur le long chemin, parfois difficile, parcouru par le BelRAI. Il ne faut pas non plus s'étonner de ce trajet, étant donné l'impact et le rôle central des instruments d'évaluation des besoins en soins dans le financement et la pratique quotidienne dans le secteur des soins en Belgique.

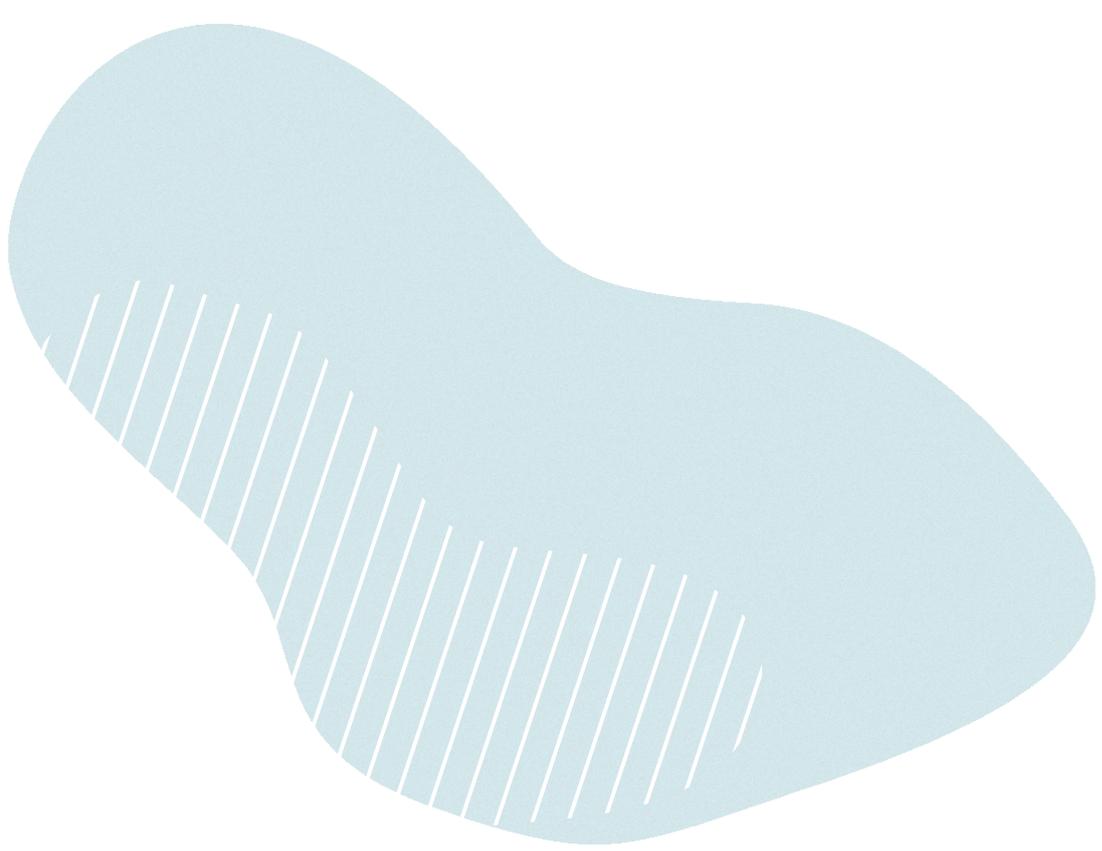
Il est cependant dommage, surtout pour les soins résidentiels aux personnes âgées, que le choix du (Bel)RAI n'ait pas été fait plus tôt. Le RAI a été élaboré sur mesure pour ce secteur. La plus-value qu'il apporte n'a été remise en question dans aucune étude et il a reçu peu après son introduction aux États-Unis un accueil international favorable. Le choix plus rapide du RAI dans les centres de soins résidentiels aurait permis qu'il soit mis en œuvre encore avant la sixième réforme de l'État. On aurait pu ainsi aujourd'hui travailler avec cet outil dans les centres de soins résidentiels de toutes les régions. Cela nous aurait apporté une grande connaissance et expérience pour le développement et le déploiement de l'outil dans d'autres secteurs et cela aurait amélioré la qualité des soins pour toutes les résident·es des centres de soins résidentiels belges. Un institut de connaissance fédéral aurait pu rassembler toutes les connaissances et les expériences relatives à cet instrument et aider les régions à l'implanter dans d'autres secteurs. Aujourd'hui, les régions sont en

7 <https://www.nedrai.org/interrai-community-2/>.

première instance autonomes, ce qui entraîne une situation fragmentée.

Cela n'empêche que nous pouvons être fiers de la situation à laquelle nous sommes parvenus aujourd'hui. De très nombreuses personnes et organisations ont fourni énormément de travail pour arriver à ce point et, à court et moyen terme, plusieurs instruments seront mis en œuvre.

Il reste à voir quelle sera l'influence d'autres problématiques telles que le manque de personnel et l'augmentation du coût du logement et de la vie sur cette mise en œuvre. L'avenir nous dira, d'ici quelques années, si nous pourrions nous réjouir d'une mise en œuvre sans heurts et d'expériences positives pour les professionnel·les de la santé, les organisations et les personnes ayant des besoins de soins complexes. Nous l'espérons vivement.



## Bibliographie

- Boorsma, M., Frijters, D., Knol, D., Ribbe, M., Nijpels, G., & van Hout, H. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 183(11), 1-9.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Fontaine, O., & Ylief, M. (2002). *Qualidem I Eindrapport*. Leuven - Luik: Qualidem.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Fontaine, O., & Ylief, M. (2005). *Qualidem II: Eindrapport*. Leuven - Luik: Qualidem.
- Buntinx, F., Falez, F., Swine, C., Ylief, M., Closon, M.-C., & De Lepeleire, J. (2003). *Interface: Rapport 2003*. Leuven - Brussel: Interface.
- Dash, D., Heckman, G., Boscart, M., Costa, A., Killingbeck, J., & d'Avernas, J. (2018). Using powerful data from the interRAI MDS to support care and a learning health system: a case study from long-term care. *Healthcare management forum / Canadian College of Health Service Executives*, 31(4), 153-159.
- Declercq, A., Gosset, C., Paepen, B., Mello, J., Vanneste, D., Detroyer, E., . . . e.a. (2008). *Actieproject BelRAI II: Haalbaarheid van de RAI-Methode in België*. Leuven: Actieproject BelRAI II.
- FOD Volksgezondheid. (2013). *Het actieplan e-gezondheid 2013-2018*. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.
- Hannes, P. (2014). Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidssector. *CM-Informatie*, 255, 28-38.
- Hawes, C., Morris, J., Phillips, C., Fries, B., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26, 19-25.
- Murphy, K., Morris, J., Fries, B., & Zimmerman, D. (1995). The Resident Assessment Instrument: Implications for Quality, Reimbursement, and Research. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 19(4), 43-46.
- Protocolakkoord BelRAI. (2018, maart 26). Brussel: Interministeriële conferentie Volksgezondheid.
- Vandeuren, J. (2013). *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Beleidsprioriteiten 2013-2014*. Brussel: Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vermeulen, B., Van Eeno, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). *Naar een getrapd gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven: KU Leuven Lucas.

