

## SYNTHÈSE

# UTILISATION DE LA SUITE BELRAI DANS LES SOINS DE RÉADAPTATION





## SYNTHÈSE

# UTILISATION DE LA SUITE BELRAI DANS LES SOINS DE RÉADAPTATION

## UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE DE L'APPLICABILITÉ DE LA SUITE INTERRAI/BELRAI POUR LA PLANIFICATION DES SOINS ET L'ALLOCATION DES BUDGETS

ANJA DESOMER, PATRIEK MISTIAEN, MARIJKE EYSSSEN





## ■ PRÉFACE

Un système de classification pour les secteur des soins de réadaptation? Aux yeux du patient, cela doit ressembler à une aride préoccupation administrative, à des kilomètres de ses soucis. À quoi diable cela peut-il bien lui être utile, lui qui ne demande qu'à être pris en charge par des médecins, infirmiers ou kinés compétents et motivés, qui l'aideront à se remettre rapidement sur pied, ou qui, à tout le moins, s'occuperont de son problème avec empathie ? Et pourquoi donc le KCE consacre-t-il toute une étude à un sujet pareil ?

Eh bien, pour la simple et bonne raison qu'un bon système de classification largement partagé est une pierre angulaire dans un système de soins de qualité et une condition *sine qua non* pour une bonne collaboration. Pourquoi ? Parce qu'il permet à tout le monde d'user d'un vocabulaire commun. Voyez déjà la définition du secteur de la réadaptation : on y reçoit essentiellement des patients provenant d'autres secteurs de soins. Or, pour envoyer un patient d'un service à un autre, il faut, idéalement, que les soignants de ces deux services parlent un même langage.

En soins de réadaptation, comme dans tous les domaines des soins de santé qui se prennent un tant soit peu au sérieux, on tente d'offrir à chaque type de patient les soins les plus adéquats, de préférence *evidence-based*. Pour cela aussi, le vocabulaire utilisé pour décrire les besoins du patient doit idéalement être standardisé et largement partagé. Plus qu'une classification c'est alors un système d'évaluation des besoins qu'il nous faut. Par ailleurs, lesdits soins adéquats sont très souvent – et tout particulièrement en réadaptation – des soins multidisciplinaires. Planifier ces soins et faire collaborer différents prestataires autour d'un même patient n'est possible que par la grâce d'une communication efficiente... ce qui encore une fois suppose une langue commune.

Prenons à présent de la hauteur pour envisager la question d'un point de vue de gestionnaire des soins de santé : là aussi, une vision intégrée de l'organisation des soins de réadaptation 'post-sixième réforme de l'État' ne peut se concevoir sans un cadre conceptuel partagé entre niveaux de compétences. La Conférence interministérielle l'a bien compris, en donnant une impulsion décisive à la généralisation de l'usage du système de classification interRAI, ou plutôt de sa variante locale BelRAI.

Mais dans quelle mesure cette 'suite' d'instruments de mesure convient-elle au secteur de la réadaptation ? Est-elle aussi performante comme outil de planification individuelle des soins que comme socle d'un système de financement équilibré et équitable ? Ce sont là les questions sur lesquelles cette étude s'est penchée. La réponse en quelques mots ? Oui, dans ce secteur aussi, la suite interRAI/BelRAI est un choix légitime... mais il y a encore du pain sur la planche.

Christian LÉONARD  
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS  
Directeur Général



## ■ MESSAGES CLÉS

- Les cliniciens belges du secteur de la réadaptation ainsi que les autorités fédérales et des entités fédérées ont exprimé le besoin de disposer d'un système de classification des patients, de manière à pouvoir organiser les différents types de soins de réadaptation et à les financer en fonction du statut fonctionnel du patient, de ses besoins en soins et de l'intensité de ces soins.
- Il existe beaucoup d'instruments de mesure multidimensionnels du statut fonctionnel des patients. Sur base de comparaisons scientifiques, il a déjà été décidé aux niveaux fédéral et des entités fédérées d'implémenter les outils de la suite interRAI aux malades chroniques et, de façon plus générale, à toutes les personnes vulnérables présentant des problématiques complexes et multidimensionnelles, et d'ancrer cette implémentation dans le plan d'action e-Santé.
- La suite interRAI est un ensemble d'outils d'évaluation initialement conçus pour servir d'aide à la planification individuelle des soins, mais qui peuvent également être utilisés pour la mesure de la qualité et pour avoir une idée de l'intensité de l'utilisation des ressources.
- Les outils d'évaluation de la suite interRAI ont fait l'objet de nombreuses recherches dans différents pays pour établir leur validité et leur fiabilité.
- Une partie des outils de la suite interRAI ont déjà été adaptés et validés pour la situation belge (BelRAI).
- Les outils d'évaluation de la suite interRAI sont utilisables dans les deux principaux secteurs de la réadaptation qui ont été transférés lors de la 6<sup>ième</sup> réforme de l'état (et ils ont déjà été utilisés dans d'autres pays auprès de populations comparables) :
  - Services spécialisés de réadaptation (services Sp): certains outils d'évaluation sont déjà adaptés pour le contexte belge.
  - Centres de Réadaptation Ambulatoire (CRA): plusieurs instruments d'évaluation sont déjà disponibles ou en cours de développement, mais aucun n'est encore adapté au contexte belge. Pour certaines catégories de patients (p.ex. enfants sourds), il n'est pas encore établi quels seront les instruments interRAI existants utilisables.
- Les outils d'évaluation de la suite interRAI recouvrent dans une large mesure les domaines couverts par l'*International Classification of Functioning* (ICF). Leurs mesures sont équivalentes à celles du *Functional Independence Measurement* (FIM).
- À côté de leur utilisation à des fins cliniques, les outils d'évaluation de la suite interRAI peuvent également servir à des fins organisationnelles, comme la mesure de l'intensité des soins. Les *Resource Utilization Groups* (RUG) et les indices de case-mix basés sur la suite interRAI ont été largement étudiés et validés dans différents pays et pour différents types de soins.
  - Services spécialisés de réadaptation (services Sp) : les RUG ont déjà été développés et validés pour les modules *home care* et *long-term care facilities*. Pour d'autres instruments d'évaluation RAI existants, les RUG sont en cours de développement.



- CRA : les RUG sont encore en cours de développement.
- Les outils d'évaluation de la suite interRAI et les RUG correspondants peuvent potentiellement être utilisés dans le contexte belge pour l'allocation des budgets. Il reste toutefois un grand nombre d'étapes préparatoires à franchir.
- Les outils d'évaluation de la suite interRAI sont initialement prévus pour des usages cliniques et ne doivent pas être utilisés exclusivement à d'autres fins, notamment budgétaires.
- L'application de la suite InterRAI exige un environnement informatique performant.



## ■ SYNTHÈSE

### TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
1.	CONTEXTE .....	5
2.	INTERRAI ET BELRAI.....	6
3.	RÉSULTATS .....	9
3.1.	LA SUITE INTERRAI/BELRAI EST-ELLE APPLICABLE POUR L'ÉVALUATION DES BESOINS DE RÉADAPTATION DU PATIENT INDIVIDUEL ?.....	9
3.1.1.	Utilisation de la suite interRAI/BelRAI pour les services spécialisés de réadaptation (services Sp) .....	9
3.1.2.	Utilisation de la suite interRAI/BelRAI pour les CRA .....	9
3.1.3.	Liens entre la suite InterRAI suite et l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ou le Functional Independence Measurement (FIM) .....	9
3.2.	LA SUITE INTERRAI/BELRAI CONVIENT-ELLE POUR L'ALLOCATION DES BUDGETS DES SOINS DE RÉADAPTATION ? .....	10
3.2.1.	Le financement basé sur le case-mix .....	10
3.2.2.	Validation de la suite interRAI pour le calcul du case-mix .....	11
4.	ÉTAPES SUIVANTES.....	11
■	RECOMMANDATIONS.....	13
■	REFERENCES .....	15





## 1. CONTEXTE

L'objectif de la revalidation<sup>a</sup> est d'atteindre et de maintenir une capacité de fonctionnement optimale. Ceci inclut des domaines de soins et des professionnels très variés. (Meyer *et al.*, 2014)

Avec une telle définition il n'est pas étonnant de trouver dans le secteur de la réadaptation des patients extrêmement différents : des traumatisés de la route, des personnes qui se remettent d'un infarctus ou du placement d'une prothèse de hanche, mais aussi des enfants porteurs d'un trouble du spectre autistique, des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance, qui souffrent de démence, etc.

Les lieux de soins sont également très variables, depuis le résidentiel de longue durée jusqu'au domicile, en passant par différentes formules de soins ambulatoires.

À cette hétérogénéité inhérente au secteur, la 6<sup>e</sup> réforme de l'État est venue ajouter une complexité supplémentaire. En effet, la tutelle de certains soins a été transférée aux Communautés tandis que d'autres restaient dans le giron de l'État fédéral. C'est notamment le cas de certains services isolés des hôpitaux catégoriels spécialisés en réadaptation (services Sp) et de certaines Conventions de réadaptation financées par l'INAMI (p.ex. les conventions 771 avec les établissements de rééducation troubles neurolocomoteurs et les conventions 953 avec les Centres de Réadaptation Ambulatoires (CRA)).

À l'heure où la volonté est de mieux organiser et rationaliser les soins, tout le monde est d'accord pour dire qu'un système efficace de classification des patients est devenu indispensable. Un système qui permettrait non seulement aux cliniciens d'optimiser les plans des soins de leurs patients et d'identifier les individus requérant une attention particulière, mais aussi aux responsables politiques et administratifs d'organiser les différents types de soins et d'allouer les ressources budgétaires de la façon la plus rationnelle possible.

Cliniciens et responsables politiques s'accordent sur **la nécessité que ce système de classification soit basé sur une évaluation**

<sup>a</sup> Plus souvent appelée réadaptation (fonctionnelle) en Belgique francophone

**multidimensionnelle des besoins fonctionnels, médicaux et psychosociaux de chaque patient individuel.**

Les instruments permettant de mesurer le statut fonctionnel multidimensionnel des patients sont nombreux. Depuis une dizaine d'années il a été décidé, sur base d'études scientifiques, d'implémenter l'un d'entre eux, la suite interRAI<sup>b</sup> tant au niveau fédéral que dans les entités fédérées. Dans un premier temps, cet outil a été mis en œuvre dans les soins aux personnes âgées. Depuis peu, la Conférence Interministérielle a étendu son usage à d'autres environnements de soins et catégories de patients, entre autres les malades chroniques. (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid - Interkabinettenwerkgroep "Chronische Ziekten", 2015; Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015)

La suite interRAI a fait depuis lors l'objet d'une adaptation au contexte belge (ce qui est devenu l'outil BelRAI) pour faciliter son utilisation en clinique et améliorer la communication entre prestataires de soins. En parallèle, l'intégration de BelRAI dans le plan e-Santé a été mise en route. (e-Santé, 2016)

Ce système de classification des patients a pour but de servir d'aide à **l'évaluation des besoins et à la planification des soins du patient individuel**, mais peut également – et c'est un grand avantage – être utilisée dans des buts plus organisationnels, comme la mesure de la qualité, la gestion de l'utilisation des ressources et l'allocation des budgets.

### *Objectifs de ce rapport*

L'un des intérêts de la suite interRAI/BelRAI est de pouvoir être employée dans des domaines et des contextes de soins très différents, grâce à ses nombreux modules qui permettent une utilisation « à la carte ». Cependant, son applicabilité n'a pas encore été évaluée **dans le cadre spécifique des soins de réadaptation belges.**

Par ailleurs, même s'il y a déjà eu beaucoup d'études sur la transférabilité de l'outil à la situation belge, cela n'a pas encore été fait pour tous les domaines cliniques. De plus, la pertinence de l'utilisation de la suite

<sup>b</sup> RAI en raison de l'appellation historique Resident Assessment Instrument / inter pour international



interRAI/BelRAI pour l'**allocation des budgets relatifs aux soins de réadaptation** n'est pas établie.

La présente étude exploratoire, réalisée à la demande de la Communauté flamande, répond aux questions de recherche suivantes :

- **La suite interRAI/BelRAI est-elle applicable pour l'évaluation des besoins du patient individuel en réadaptation?**
- **La suite interRAI/BelRAI est-elle applicable à des objectifs de financement, et plus précisément, peut-elle convenir pour une répartition des budgets entre les différents services/institutions des soins de réadaptation, sur base du statut fonctionnel et des besoins de réadaptation du patient?**

Ce rapport se focalise sur les deux principales catégories de patients faisant l'objet d'un transfert de compétences dans le cadre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État, à savoir les patients dans **les services spécialisés de réadaptation (services Sp) et les CRA.**

## 2. INTERRAI ET BELRAI

La suite interRAI (Resident Assessment Instrument voir [www.interrai.org](http://www.interrai.org)) est une famille (une « suite ») d'instruments permettant l'évaluation multidimensionnelle du fonctionnement des personnes afin de déterminer leurs besoins de soins.

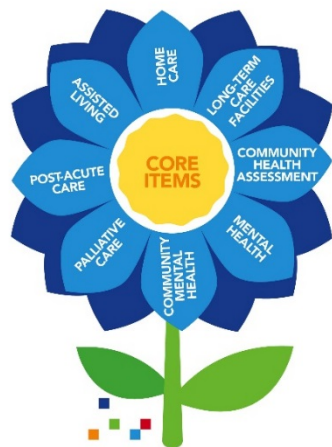
L'outil comprend :

- un **set commun** d'items standardisés, indépendant du contexte ou de la pathologie;
- des **instruments spécifiques** pour des populations ou des types de soins particuliers. Il existe actuellement une vingtaine de ces modules additionnels (voir figure 1)

Quatre modules ont été adaptés au contexte belge dans l'outil BelRAI : BelRAI *home care*, BelRAI *long-term care facilities*, BelRAI *acute care* et BelRAI *palliative care*. Il faut y ajouter le BelRAI *screeener*, qui permet d'identifier les personnes (en soins à domicile et en soins résidentiels) nécessitant une évaluation complète à l'aide de l'outil BelRAI. Le BelRAI *screeener* a été retenu par l'assurance-santé flamande (Vlaamse Zorgverzekering). Le plan d'action e-Santé prévoit que la suite BelRAI sera encore élargie à d'autres populations, comme les patients en soins post-aigus, les soins aux enfants et les soins de réadaptation. (e-Santé, 2016)



Figure 1 – Les différents instruments de la suite interRAI



Source: Adapté d'après présentation Prof. Dr. Declercq (LUCAS, KU Leuven)  
 ([http://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/20160126%20Prof.%20Dr.%20Anja%20Declercq\\_0.pdf](http://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/20160126%20Prof.%20Dr.%20Anja%20Declercq_0.pdf))

InterRAI suite of instruments for adults	InterRAI suite of instruments for children
Acute Care (+ Post-Acute Care supplement)	
Community Health Assessment (+ supplements: Functional, Mental Health, Assisted Living, Deafblind)	
Brief Mental Health Screener Community Mental Health Emergency Screener for Psychiatry Mental Health for Correctional Facilities Mental Health for In-patient Psychiatry	Child and Youth Mental Health (Adolescent supplement, Developmental Disabilities)
Home Care (+ contact assessment)	Pediatric Home Care
Intellectual Disability	
Long-term Care Facilities	
Palliative Care	
Post-acute Care	
Quality of life (+ wellness)	

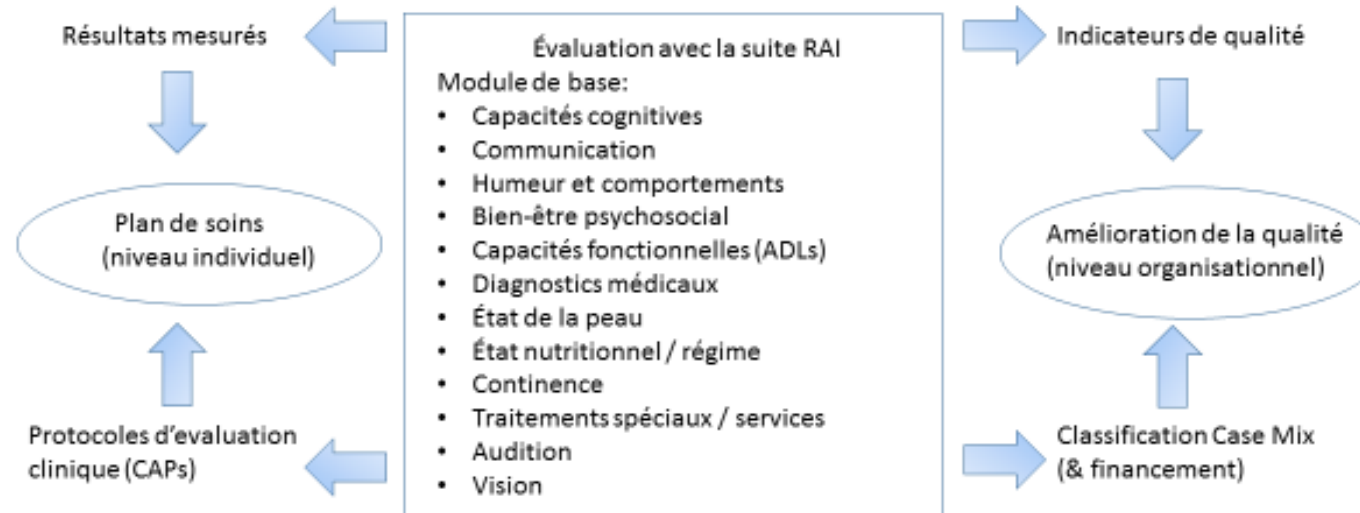
Source: <http://www.interrai.org/instruments.html>



La suite interRAI a initialement été conçue **pour l'évaluation des besoins des patients ainsi que pour l'élaboration de plans de soins individualisés, mais elle peut également être utilisée au niveau**

**organisationnel**, pour la mesure de la qualité et pour avoir une idée de l'intensité de l'utilisation des ressources et l'allocation des budgets.

**Figure 2 – Utilisation de la suite interRAI et de ses applications**



Source: schéma traduit et adapté de NedRAI (NedRAI.org)

### Un consortium international

La suite interRAI a été développée par un consortium international à but non lucratif réunissant environ 100 chercheurs et responsables de santé provenant de plus de 35 pays, qui continuent en permanence à développer l'outil. Les instruments interRAI bénéficient d'une reconnaissance internationale et ont été adaptés dans de nombreux pays à travers le monde. Pour plus d'information: <http://www.INTERRAI.org/> et <https://wiki.BELRAI.org/nl/>



### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. La suite interRAI/BelRAI est-elle applicable pour l'évaluation des besoins de réadaptation du patient individuel ?

##### 3.1.1. Utilisation de la suite interRAI/BelRAI pour les services spécialisés de réadaptation (services Sp)

Pour les services Sp, nous avons trouvé des études portant sur l'utilisation de la suite interRAI entre autres auprès de groupes de patients atteints d'infirmité motrice cérébrale, sclérose en plaques, Alzheimer, Parkinson, épilepsie, traumatismes crâniens, Huntington, sclérose latérale amyotrophique, de problèmes gériatriques divers, d'affections cardiaques, de personnes chez qui on avait placé une prothèse de hanche ou de genou ou qui se remettaient de fractures diverses.

##### 3.1.2. Utilisation de la suite interRAI/BelRAI pour les CRA

Pour évaluer l'applicabilité de la suite interRAI/BelRAI dans les Centres de Réadaptation Ambulatoire (CRA), nous avons identifié des publications portant sur l'utilisation d'un instrument de la suite interRAI dans, entre autres, des populations d'enfants avec troubles du spectre autistique, troubles de l'attention/hyperactivité (TDAH), retard mental et désordres développementaux complexes.

Pour certains groupes spécifiques (p.ex. les enfants sourds), il n'est pas encore établi quels seront les instruments interRAI existants applicables. L'applicabilité de la suite interRAI pour ces groupes cibles devra être analysée et, si nécessaire, des outils d'évaluation additionnels devront être développés.

##### 3.1.3. Liens entre la suite InterRAI suite et l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ou le Functional Independence Measurement (FIM)

Les cliniciens belges et le groupe de travail de Zorgnet Vlaanderen (Zorgnet Vlaanderen, 2012) sont d'avis que l'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) est un cadre conceptuel adéquat pour l'évaluation du statut fonctionnel et des besoins des patients dans la réadaptation musculo-squelettique et neurologique.

Les deux études comparatives trouvées (Berg *et al.*, 2009; Proding *et al.*, 2015) confirment l'exhaustivité et la portée des évaluations interRAI (Home Care, Long-Term Care Facilities, Community Health Assessment) en ce qui concerne les domaines couverts par l'ICF, et offrent une base pour la poursuite des travaux psychométriques en vue de l'opérationnalisation de l'ICF.

Par ailleurs, l'outil ICF se trouve actuellement à un stade de développement moins avancé que la suite interRAI.

Par rapport au système de classification **FIM**, les études comparatives montrent que l'instrument InterRAI/PAC (*post-acute care*) et le FIM mesurent tous deux de façon équivalente le statut fonctionnel des patients adultes. De plus, l'instrument interRAI/PAC propose davantage de possibilités pour expliquer la variabilité des résultats de réadaptation. La gamme plus large d'items du PAC permet d'aborder de façon plus globale l'évaluation, la planification des soins et la mesure des résultats. Elle permet aussi de développer des indicateurs de qualité et des mesures de résultats plus robustes. D'autres comparaisons entre le FIM et InterRAI confirment que les deux classifications sont complémentaires.

Nous n'avons toutefois pas trouvé de comparaison de la suite interRAI pour les populations pédiatriques.

#### International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

L'ICF est un cadre conceptuel permettant de décrire l'état de santé et/ou d'invalidité aux niveaux individuel et de population. Elle porte sur les aspects 'fonctionnels' (p.ex. système cardiovasculaire, hématologique, etc.), les aspects 'structurels' (p.ex. l'œil, l'oreille et structures apparentés, etc.), les aspects 'activités et participation' (p.ex. soins personnels, mobilité, etc.) et les aspects 'environnementaux' (soutien et réseau relationnel). (Gijsbers, 2006)

#### Functional Independence Measurement (FIM)

Le FIM est un outil permettant d'évaluer les capacités fonctionnelles des patients. Il comprend 18 items portant sur les capacités motrices, cognitives, et soins personnels. C'est actuellement l'outil d'évaluation fonctionnelle le plus communément accepté dans le secteur de la réadaptation pour l'évaluation quotidienne des patients dans les pays occidentaux.



## 3.2. La suite interRAI/BeIRAI convient-elle pour l'allocation des budgets des soins de réadaptation ?

### 3.2.1. Le financement basé sur le case-mix

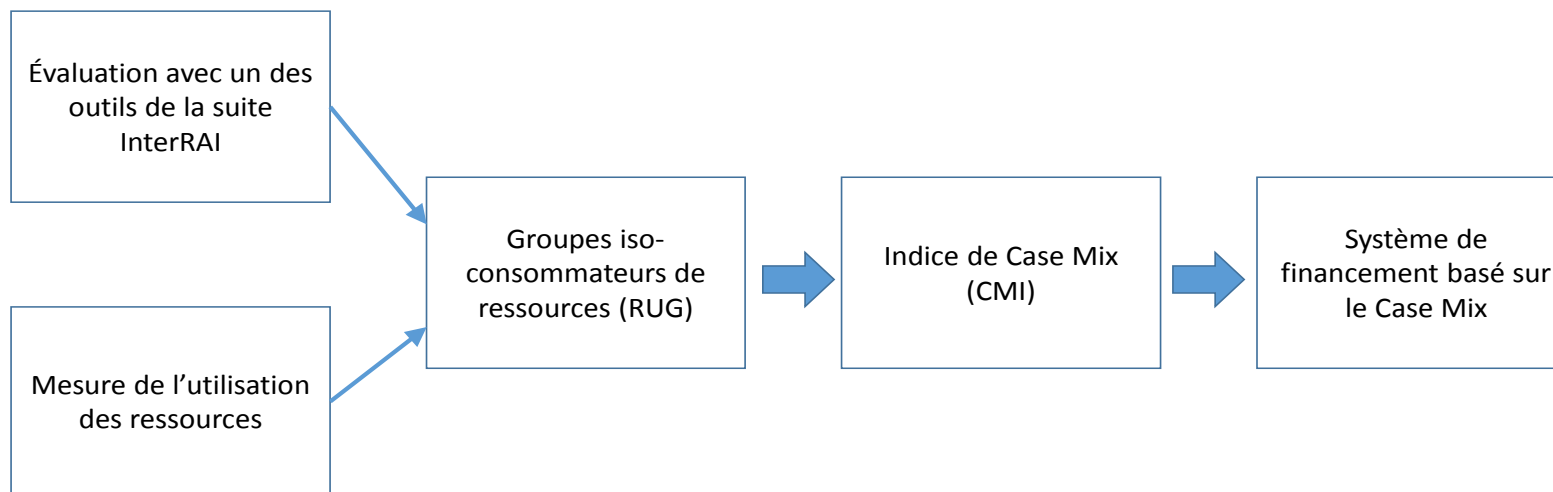
Un système de financement basé sur le case-mix repose sur une mesure de l'intensité des soins et services requis par chaque patient pour calculer les montants à allouer.

Dans un tel système, les individus sont regroupés en '**groupes iso-consommateurs de ressources**' (Resource Utilization Groups - RUG) qui reflètent les coûts relatifs des services qu'ils sont censés consommer. Ces groupes sont également homogènes sur le plan clinique, dans le sens où les **besoins fonctionnels** des patients y sont similaires (p.ex. un patient qui ne peut – momentanément – pas marcher, que ce soit à cause d'une sclérose en plaques ou parce qu'il vient de se faire placer une prothèse de hanche).

Un système de financement basé sur le case-mix comprend les étapes suivantes :

- l'évaluation du fonctionnement du patient (besoins) ;
- la mesure de l'intensité de soins (en minutes) ;
- le développement et le calcul des RUG et de l'indice de case-mix (le poids relatif de chaque RUG)
- sur base de l'indice de case-mix, les montants alloués par RUG peuvent être déterminés
- le montant par RUG et les facteurs financiers non liés au patient forment la base d'un système de financement basé sur le case-mix.

Figure 3 – Développement d'un système de financement basé sur le case-mix





### 3.2.2. Validation de la suite interRAI pour le calcul du case-mix

Les fonctionnalités de la suite interRAI comprennent des algorithmes qui permettent de calculer les RUG et l'indice de case-mix. Avec le profil de fonctionnement du patient (éventuellement complété de certaines caractéristiques médicales) et l'intensité journalière des soins (système per diem), ils forment la base d'un système de financement basé sur le case-mix. Notre analyse de la littérature nous a permis d'identifier plusieurs études validant les RUG de la suite interRAI pour les modules interRAI *home care* (HC) et interRAI *long-term care facilities* (LTCF) dans différents pays et pour différents environnements de soins.

- **Pour les services spécialisés de réadaptation (services Sp)**, les études confirment que les outils de la suite interRAI (LTCF et HC) (et les RUG qu'ils permettent de calculer) sont potentiellement utilisables pour l'allocation des budgets. Malgré l'adaptation et la validation des instruments d'évaluation LTCF et HC pour l'usage clinique dans le contexte belge, d'autres recherches seront encore nécessaires (notamment le développement de l'instrument BelRAI *postacute care*) avant que le système de financement basé sur le case-mix puisse être mis en application pour l'allocation des budgets des services spécialisés de réadaptation.
- **Pour les patients des CRA**, les systèmes de financement basés sur le case-mix des patients pédiatriques ont été beaucoup moins étudiés au niveau international, ce qui explique qu'il existe peu de matériel de comparaison pour le développement des RUG belges. Par conséquent, il sera nécessaire de mener des études plus approfondies pour adapter les instruments interRAI au contexte des CRA (voire développer de nouveaux modules).

Par ailleurs, il est important de noter que les instruments interRAI/BelRAI concernent exclusivement les temps d'utilisation des soins et services (mesurés en nombre de minutes de soins par type de prestataire de soins), et ne portent pas sur les autres facettes des soins (matériel, médicaments, infrastructures, etc.). En outre, comme il s'agit d'instruments de classification, ils ne préjugent pas du caractère adéquat ou non des soins.

## 4. ÉTAPES SUIVANTES

Il reste encore un certain nombre d'étapes à franchir avant de pouvoir généraliser les outils de la suite interRAI/BelRAI à tous les types de soins du secteur des soins de réadaptation et avant que les profils de fonctionnement des patients puissent également être utilisés à d'autres fins, comme l'allocation des budgets au sein d'un système de financement basé sur le case-mix. Ce processus prendra encore plusieurs années au cours desquelles les prestataires et les organisations de soins devront recevoir un soutien considérable des autorités, notamment en termes de formation et de développement d'outils conviviaux. Il sera également indispensable de prévoir un soutien (financier) aux recherches scientifiques pour le développement et la validation des instruments BelRAI.

Il est évident que la réussite du système d'allocation des financements sur base de l'outil BelRAI dépendra en grande partie de l'expérience des prestataires de soins dans la pratique quotidienne de l'évaluation systématique du fonctionnement du patient, ce pour quoi les différents modules de la suite interRAI ont été traduits et validés pour le contexte belge. Il faudra également veiller à ce que l'instrument interRAI/BelRAI soit, dans toute la mesure du possible, mis en application pour l'ensemble du secteur, sans faire de différence entre les compétences fédérales et fédérées. Il faut en effet éviter la coexistence de financements différents pour une même catégorie de patients.

D'autres conditions à l'implémentation de BelRAI sont déjà mentionnées dans les différents documents officiels, et plus particulièrement dans les explications communes de la Conférence Interministérielle Santé publique au sujet du développement et de l'implémentation de BelRAI :

- D'autres modules de la suite interRAI devront être traduits et adaptés au contexte belge. Il faudra prévoir à cet effet les capacités de recherche suffisantes.
- Une fois traduits, les instruments devront être implémentés dans la pratique quotidienne des institutions concernées.
- Ces institutions devront recevoir un soutien à l'implémentation de ces instruments sous la forme de formation des prestataires de soins, mise à disposition de l'infrastructure informatique adéquate et mise à disposition d'une fonction d'aide /helpdesk.



- Le développement de l'infrastructure TIC devra être poursuivi de manière à ce que
  - toutes les évaluations BelRAI soient disponibles et utilisables sur les différents logiciels de dossiers électroniques des patients,
  - toutes les données enregistrées soient centralisées dans une base de données et accessibles pour les usages de recherche (et le développement des RUG),
  - toutes les évaluations BelRAI puissent être communiquées facilement entre les différents prestataires de soins et institutions de soins,
  - et tout ceci avec les précautions nécessaires en ce qui concerne la protection des données des patients et des prestataires de soins.
- Il faudra mettre en place une structure de gouvernance pour la surveillance de la collecte, de l'envoi et de l'utilisation des évaluations BelRAI.
- L'ancrage de la suite interRAI dans les soins à tous les patients et dans tous les environnements de soins devra être poursuivi, comme décrit dans le protocole récemment approuvé par la Conférence Interministérielle ; cet ancrage devra être intégré dans les législations de chaque niveau de pouvoir, sur la base d'un plan d'implémentation détaillé (si possible au niveau communautaire).

Pour le développement des RUG belges, des études de validation complémentaires spécifiques seront également nécessaires, avec un couplage des données fonctionnelles du patient à celles des soins prodigués (mesurés en durées de soins par prestataire).

L'utilisation de la base de données centrale de la suite interRAI faciliterait grandement le développement des RUG belges, par rapport au développement d'un nouvel outil *de novo*.

Enfin, nous voulons rappeler que la suite interRAI/BelRAI est avant tout prévue pour l'évaluation des besoins en vue de la planification individuelle des soins, et pour le suivi de la qualité. Son extension à des fins de financement est une fonctionnalité supplémentaire qui ne doit pas prendre le pas sur – ou éclipser – les autres.





## ■ RECOMMANDATIONS<sup>c</sup>

*Aux ministres compétents de la santé, en fonction de leurs compétences:*

- Étant donné que les outils de la suite *interRAI* permettent de donner, dans plusieurs autres pays, un bon aperçu du statut fonctionnel de différents types de patients dans différents contextes de soins, et que cet aperçu peut être utilisé pour une série d'applications telles que le calcul de l'intensité des soins, la classification des patients, les indicateurs de qualité, l'allocation des budgets,...

Étant donné l'assise scientifique étendue des outils de la suite *interRAI* au niveau international (et belge) ,

Étant donné la longue histoire de l'utilisation des outils de la suite *interRAI* en Belgique, déjà entérinée par une série de décisions politiques (passées et récentes) tant au niveau fédéral que des communautés et régions,

le KCE considère qu'il est opportun d'implémenter aussi les outils de la suite *interRAI* dans le secteur des soins de réadaptation. Dans un premier temps, ils devraient être utilisés pour la planification des soins individuels, puis, à terme, comme soutien à l'allocation des budgets. En effet, la route est encore longue et de nombreuses conditions doivent encore être remplies avant que ces instruments puissent être mis en oeuvre dans la pratique clinique, et ensuite utilisés comme aide à l'allocation des budgets.

Les instruments d'évaluation de la suite *interRAI* doivent d'abord être adaptés, complétés si nécessaire, puis validés pour l'usage clinique dans le secteur de la réadaptation, comme mentionné dans le plan d'action e-Santé. À ce sujet, nous formulons les recommandations supplémentaires suivantes:

- Valider les algorithmes de calcul des RUG dans le contexte belge, notamment en ce qui concerne les temps de prestation des soins par les différents prestataires et thérapeutes pour un échantillon représentatif des patients et des institutions concernés.
- Valider la pertinence dans le contexte belge de l'utilisation de la suite *interRAI*/*BelRAI* comme instrument de triage pour déterminer le niveau et lieu de soins le plus adéquat.
- Veiller à ce que la suite *BelRAI* soit principalement utilisée pour la planification des soins et non exclusivement dans des buts d'allocation budgétaire.
- Accorder en permanence les politiques régionales et fédérales en ce qui concerne l'application des données *interRAI*, en particulier en ce qui concerne l'allocation des

<sup>c</sup> Le KCE reste seul responsable des recommandations.



**budgets, afin que l'instrument interRAI/BeIRAI soit, dans toute la mesure du possible, mis en application pour l'ensemble du secteur, sans faire de différence entre les compétences fédérales et fédérées.**

- **Mettre en place un pôle d'expertise pour la récolte et l'analyse des données, la formation, le développement ultérieur des instruments, les usages à des fins d'allocation budgétaire, etc.**
- **Rester attentif aux éventuelles inégalités d'accès aux soins qui pourraient découler des différences de normes et de financement entre les différents formes de soins.**

***Au Comité sectoriel Sécurité Sociale et Santé de la Commission vie privée:***

- **Accompagner le développement d'une réglementation pour faciliter les tâches de collecte, de conservation, d'échange, d'analyse et de recherche sur les données interRAI pour les patients, les prestataires de soins, les organisations de soins et les chercheurs.**
- **Explorer les possibilités de rendre les données de l'interRAI belge disponibles aux collaborations internationales.**
- **Explorer les possibilités de coupler les données interRAI internationales avec celles de l'interRAI belge.**

***À la Conférence Interministérielle Santé Publique :***

- **Continuer la concertation entre les organismes compétents aux niveaux fédéral, régional et communautaire pour l'uniformisation de l'utilisation des instruments auprès des patients en réadaptation dans les institutions transférées aux entités fédérées et celles qui ne le sont pas, et ceci également dans un cadre budgétaire.**
- **Renforcer les objectifs déjà formulés relatifs à l'implémentation du BeIRAI par les prestataires de soins et les mutualités.**

***À l'INAMI et aux autorités compétentes des entités fédérées :***

- **Explorer l'enregistrement des instruments interRAI/BeIRAI dans la détermination des conventions de réadaptation pour affections musculo-squelettiques, neurologiques et éventuellement d'autres encore, et dans détermination de la nomenclature de physiothérapie, kinésithérapie, logopédie et autres secteurs pertinents pour la prise en charge de patients ayant des besoins de réadaptation, de manière à pouvoir valider l'utilisation de l'instrument à des fins d'évaluation.**
- **Examiner les moyens de soutenir et d'encourager l'utilisation de BeIRAI par les prestataires de soins.**



## ■ REFERENCES

- Berg K, Finne-Soveri H, Gray L, Henrard JC, Hirdes J, Ikegami N, *et al.* Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:47.
- e-Santé P. Point d'action 8: Instauration d'un instrument d'évaluation uniforme (BelRAI) [Web page].2016. Available from: <http://www.plan-egezondheid.be/fr/points-daction/instauration-dun-instrument-devaluation-uniforme-belrai/>
- Gijsbers P. ICF Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid - Interkabinettenwerkgroep "Chronische Ziekten". Implementatie en ontwikkeling van het BelRAI-instrument Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2015.
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. Brussel; 2015.
- Meyer T, Gutenbrunner C, Kiekens C, Skempes D, Melvin JL, Schedler K, *et al.* ISPRM discussion paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services. *J Rehabil Med.* 2014;46(1):1-6.
- Prodinge B, Declercq A, Carpenter I, Rastall P. Integrating what matters to patients into health records based on the ICF: Examining the utility of interRAI to operationalize ICF Disability Set as a case in point. *Semantic Health Net*; 2015.
- Zorgnet Vlaanderen. Ontwerp Zorgprogramma Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie. Zorgnet Vlaanderen; 2012.



## COLOPHON

Titre :	Utilisation de la suite BelRai dans les soins de réadaptation - Synthèse
Auteurs :	Anja Desomer (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Coordinateur de projet :	Marijke Eyssen (KCE)
Coordinateur de projet et superviseur senior :	Dominique Paulus (KCE)
Relecture :	Geneviève Veereman (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Raf Mertens (KCE), Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Stakeholders :	Laurence Antoine (Femarbel), Ingo Beyer (UZ Brussel), Evi Beyl (Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten), Brigitte Bouton (Service Public de Wallonie), Sandrine Boyals (Service Public de Wallonie), Karin Cormann (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Bernard Dan (Inkendaal), Jan De Neve (AZ Sint-Jan campus Brugge), Hilde De Nutte (Zorgnet Vlaanderen), Ri De Ridder (RIZIV – INAMI), Catherine Dechevre (Service Public de Wallonie), Anja Declercq (LUCAS KU Leuven), Jan De Lepelleire (KU Leuven), Dirk Dewolf (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Frank Foucart (Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk), Eric Hellin (Service Public de Wallonie), Jean-François Kaux (Centre Hospitalier Universitaire de Liège), Carlote Kiekens (UZ Leuven), Pierre-Yves Lambotte (Santhea), Patrick Laschet (Marienheim Raeren), Thierry Lejeune (UC Louvain), Paul Matthys (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Sabrina Meyfroidt (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Laurent Mont (Service Public de Wallonie), Ingrid Nolis (Zorgnet Vlaanderen), Bert Paepen (Pyxima), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis), Mirko Petrovic (UZ Gent), Koen Peers (UZ Leuven), Valentin Schroyen (AXXON), Philippe Valepyn (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Roel Van de Wygaert (Zorgnet Vlaanderen), Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Isabelle Van Der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Christine Van Der Heyden (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Catharine Vander Linden (UZ Gent), Ludo Vanderaspolden (Huize ter Walle), Guy Vanderstraeten (UZ Gent), Geert Verscuren (RIZIV – INAMI)
Validateurs externes :	Christian Swine (UCL), Viviane Van Elshocht (Christelijke mutualiteit – Mutualité Chrétienne), Hein van Hout (VUmc Amsterdam, Nederland)
Remerciements :	Anja Declercq (LUCAS KU Leuven), Nicolas Fairon (KCE)
Autres intérêts déclarés :	Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact: Laurence Antoine (Maison Repos - Femarbel), Ingo Beyer (UZ Brussel), Bernard Dan (Belgische Vereniging van Kinderneurologie vzw), Jan De Neve (Lid van Raad van Bestuur Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten en van het Vlaams Artsensyndicaat), Anja Declercq (Fellow en Board Member van interRAI.org), Catherine Dechevre (AViQ Agence (wallonne) pour une vie de qualité), Frank Foucart (VLOZO)



Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk), Carlotte Kiekens (Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten, Belgische Vereniging van Artsensyndicaten), Ingrid Nolis (Staflid Zorgnet Vlaanderen), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis Vlaanderen)

Propriétaire de parts de capital, d'options, d'actions ou d'autres instruments financiers: Bert Paepen (Mede-eigenaar Pyxima die software levert aan BelRAI)

Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Bert Paepen (Pyxicare software van Pyxima voor BelRAI - evaluatie)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Ingo Beyer (Masterproeven van studenten geneeskunde en gerontologie met gebruik van BelRAI), Anja Declercq (BelRAI studies), Paul Matthys

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Laurence Antoine, Bernard Dan (Directeur van het revalidatiedepartement van Inkendaalziekenhuis), Marijke Eyssen (vzw Zeplin CAR Lovenjoel), Bert Paepen (Pyxima), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis Vlaanderen)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Ingo Beyer (Deelname aan medische congressen), Anja Declercq (Symposia over BelRAI, lessen op Hogescholen)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Ingo Beyer (Lid van de Raad van Bestuur van SILVA Medical), Karin Cormann (Ministère de la Communauté germanophone: implémentation du BelRAI), Bernard Dan (Directeur van het revalidatiedepartement van Inkendaalziekenhuis), Ri De Ridder (leidend ambtenaar RIZIV – INAMI, Voorzitter Raad van Bestuur Nationaal MS Centrum Melsbroek), Anja Declercq (interRAI), Dirk Dewolf (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Patrick Laschet (Maison de Repos en Communauté germanophone), Ingrid Nolis (Revalidatie cahier opstellen voor Zorgnet-Icuro, waaronder ook een uitspraak gedaan wordt over PCS), Bert Paepen (Pyxima), Philippe Valepyn (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Christine Van Der Heyden (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Geert Verscuren (Adviseur RIZIV – INAMI – coördinator revalidatie-afdeling)

Layout :

Joyce Grijseels

**Disclaimer :**

- **Les stakeholders ont été consultés lors d'une réunion. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ne sont pas nécessairement d'accord avec son contenu.**



- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication :	18 mars 2016
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Rehabilitation, Rehabilitation Centers, Physical and Rehabilitation Medicine, Neurological Rehabilitation, Reimbursement Mechanisms, Resource Allocation, International Classification of Functioning, Disability and Health
Classification NLM :	WB 320 (rehabilitation adults)
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2016/10.273/18
ISSN :	2466-6440
Copyright :	Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » <a href="http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce">http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce</a> .



Comment citer ce rapport ?

Anja Desomer, Patriek Mistiaen, Marijke Eyssen. Utilisation de la suite BelRai dans les soins de réadaptation – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 262Bs. D/2016/10.273/18.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.



