RECOMMANDATIONS BASÉES SUR LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE SCIENTIFIQUE

PROTOCOLE 3

Rencontre avec les projets

Bruxelles, 27/04/2018

2009 et 2013: 2 appels à projets

- Interventions innovantes pour aider les personnes âgées fragiles à rester chez elles aussi longtemps que possible
- 2 vagues de projets
  - 2010: 67 projets
  - 2014: 25 projets
- Evaluation réalisée par un consortium de 4 universités

UCL Université catholique de Louvain

Université de Liège

KU LEUVEN LUCAS

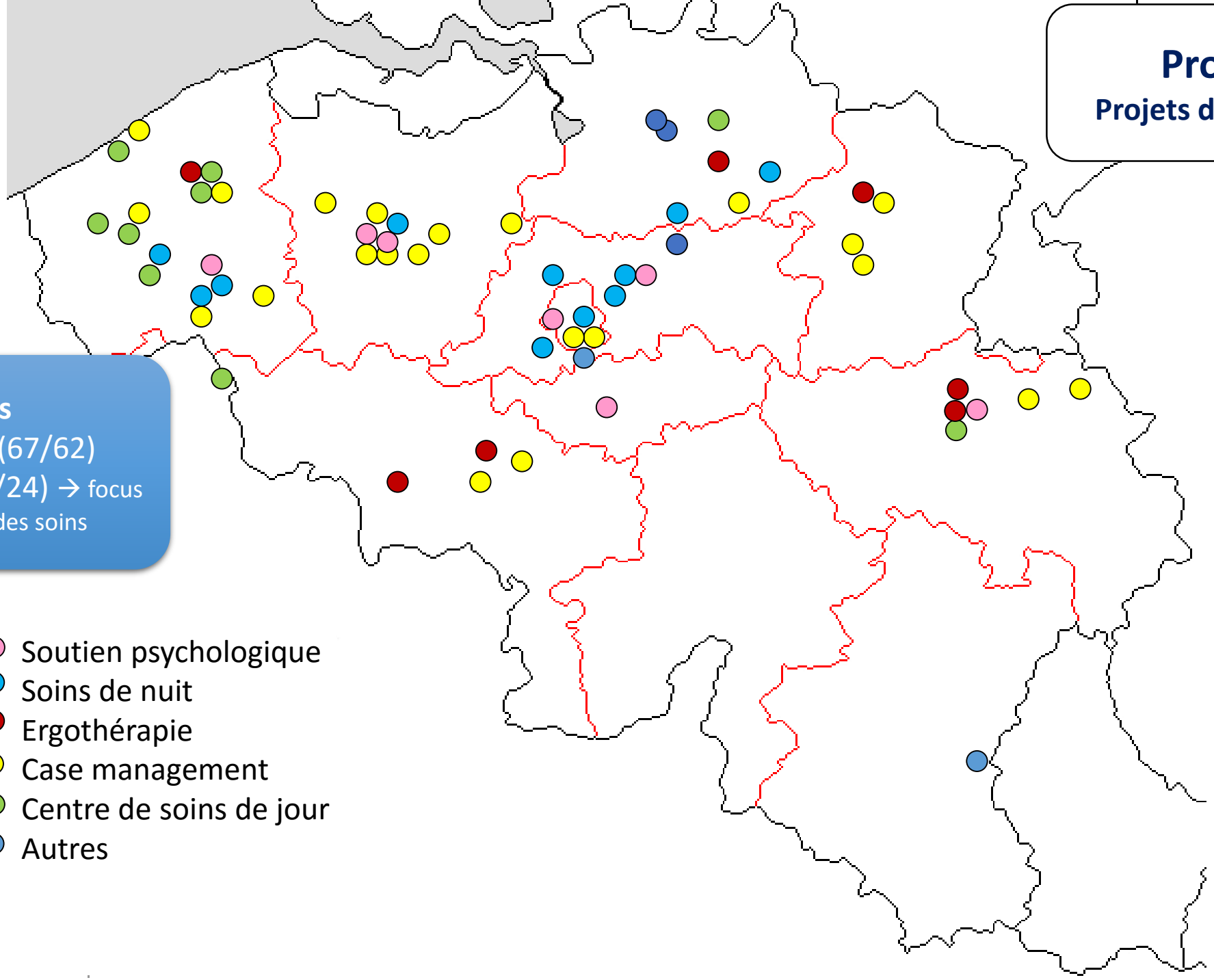
Universiteit Antwerpen

Protocole 3

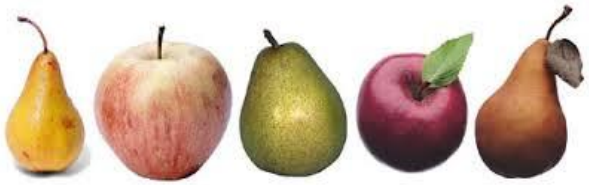
Projets du premier appel

2 appels

1. 2010-2014 (67/62)
2. 2014-2017 (25/24) → focus sur l'intégration des soins



Interventions complexes, hétérogènes et bottom-up



Coûts

Efficacité

Analyse d'implémentation

Analyse de l'efficacité et des conséquences sur les coûts

La personne âgée fragile

Le système de santé

L'aidant proche

Questions de recherche

- Quel est le contenu des interventions?
- Comment ont-elles été implémentées?
- Quelles sont les barrières et les facilitateurs de cette implémentation?
- Comment regrouper les projets en types d'interventions?

Analyse d'implémentation

- Quel personne âgée devrait bénéficier de quel type d'intervention?
- Ces interventions sont-elles efficaces pour
  - La personne âgée,
  - Son aidant proche,
  - Le système de santé?
- Quel est le coût de ces interventions?
- Quels sont les conséquences de ces interventions sur les coûts de l'utilisation de services de soins de longue durée?

Analyse de l'efficacité et des conséquences sur les coûts

→ Résultats des bénéficiaires P3 (13844 bénéficiaires inclus, 8173 bénéficiaires avec 2 évaluations complètes)
comparés avec les
Résultats de patients ne bénéficiant que des soins usuels (recrutés par des organisations de soins à domicile).

Critères d'inclusion

- Vivre à domicile
- Avoir au moins 60 ans
- ET un score de au moins 6 sur l'échelle de fragilité d'Edmonton
- OU présenter un profil de dépendance fonctionnel (critères différents dans les deux appels)
- Ou avoir un diagnostic de démence posé par un gériatre, un neurologue ou un psychiatre

↓

Inclusion de personnes âgées dit "fragiles"
→ Importante hétérogénéité dans la manifestation de la fragilité
→ Importante hétérogénéité dans le besoin de soins de longue durée

↓

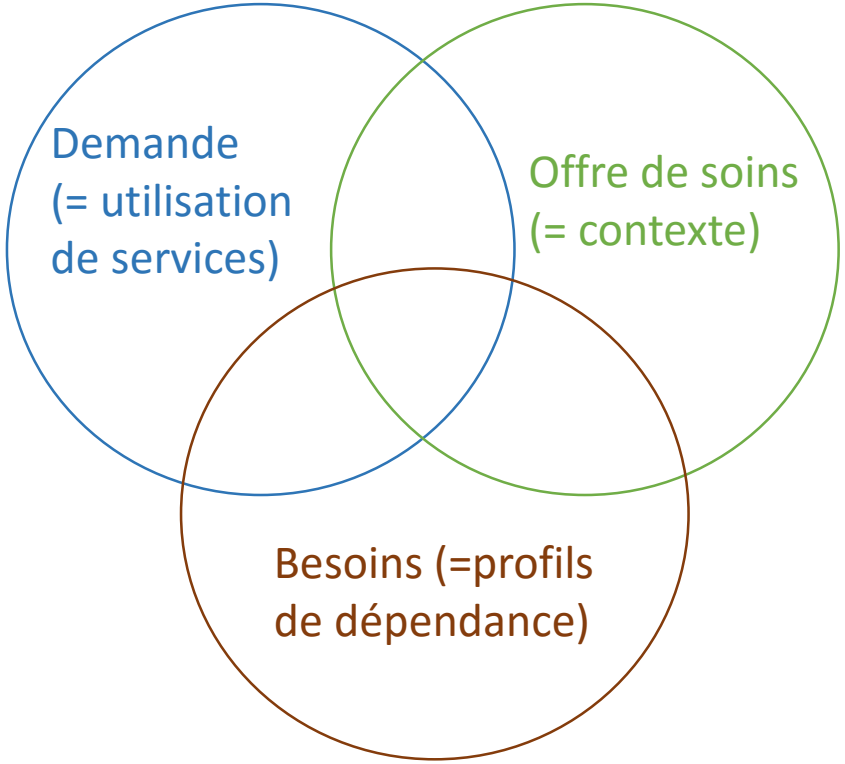
La création de sous-groupes de personnes âgées ayant les mêmes besoins de soins de longue durée est crucial pour adapter l'(les)intervention-s aux besoins.

Sous-groupes de personnes âgées fragiles ayant les mêmes besoins de soins de longue durée
=
Profils de dépendance

Sous-groupes	**Définition en fonction du niveau de dépendance**	**Critères d'identification à partir du BelRAI-HC**
Profil 1	Personnes âgées ne présentant pas de limitations significatives dans les AIVQ	AIVQp < 24, CPS<3, AVQ <3
Profil 2	Personnes âgées présentant des limitations significatives dans les AIVQ et de légers troubles cognitifs	AIVQp ≥ 24, CPS<3, AVQ <3
Profil 3	Personnes âgées présentant des limitations fonctionnelles significatives	AIVQp ≥ 24, CPS<3, AVQ ≥3
Profil 4	Personnes âgées présentant des limitations fonctionnelles et cognitives significatives	AIVQp ≥ 24, CPS≥3
Profil 5	Idem profil 4 + troubles du comportement	Profil 4 + troubles du comportement

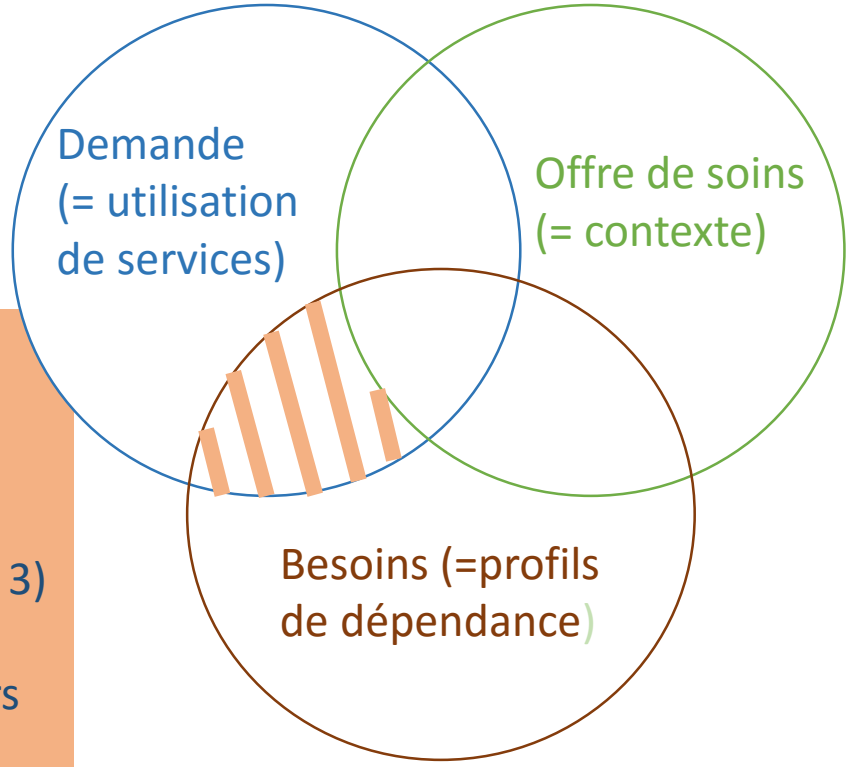
Contexte
Evaluation
Population
Critères d'inclusion
Profils de dépendance
Autres composantes
Interventions
Résultats
Conclusion

L'identification du profil de dépendance **ne suffit pas**…



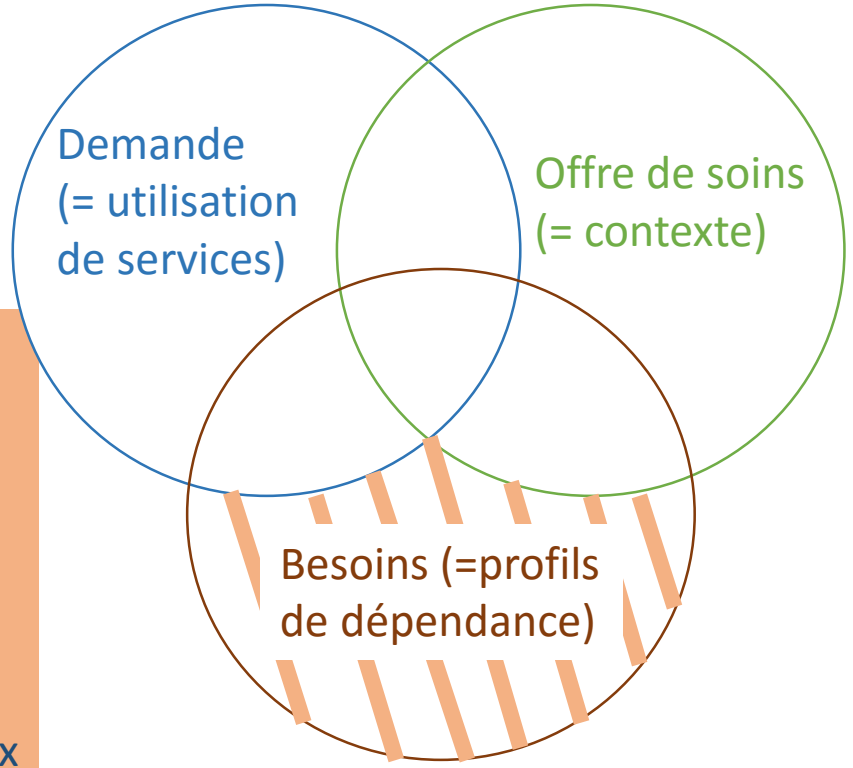
Contexte
Evaluation
Population
Critères d'inclusion
Profils de dépendance
Autres composantes
Interventions
Résultats
Conclusion

Cas clinique 1:
- 80 ans
- Vit à domicile avec son épouse
- Sort de l'hôpital (dégradation récente des AVQ et IAVQ)
- Limitations fonctionnelles importantes (profil de dépendance 3)
- Pas de soins infirmiers, pas de kiné
- Risque: ↑ Zarit, risque de réhospitalisations, risque de recours aux urgences,…
- Besoins rencontrent la demande mais non-couverts → épisode aigu



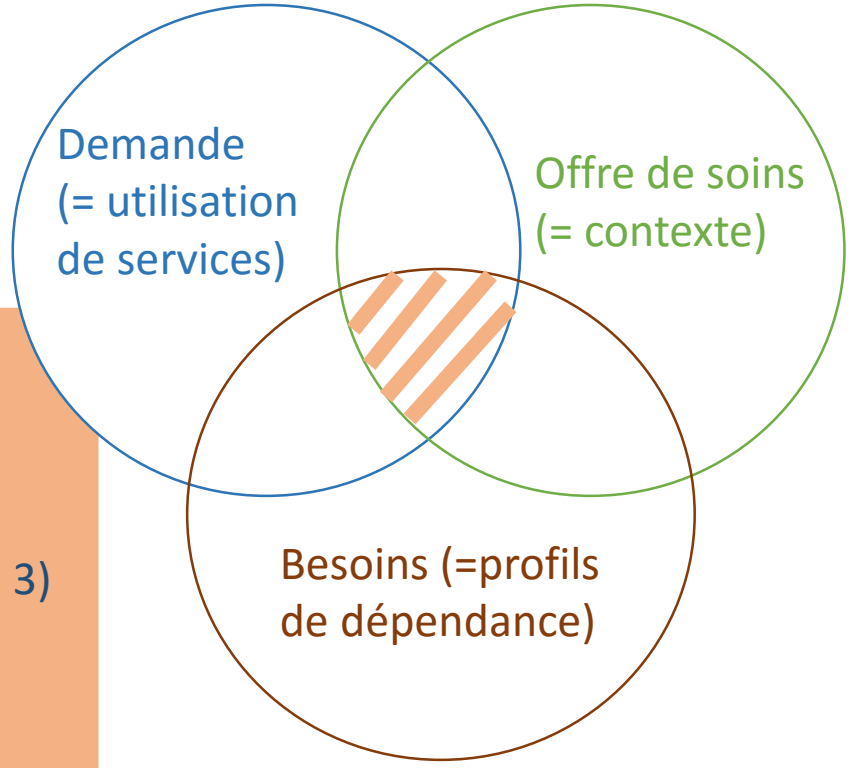
Contexte
Evaluation
Population
Critères d'inclusion
Profils de dépendance
Autres composantes
Interventions
Résultats
Conclusion

Cas clinique 2:
- 81 ans
- Vit à domicile avec son épouse
- Refus d'aide extérieur
- Difficultés dans les AVQ et IAVQ depuis 3 ans (profil de dépendance 3)
- Pas de soins infirmiers, pas de kiné, …
- Risque: ↑ Zarit, risque d'hospitalisation, risque de recours aux urgences,…
- Besoins ne rencontrent ni la demande, ni l'offre



Contexte
Evaluation
Population
Critères d'inclusion
Profils de dépendance
Autres composantes
Interventions
Résultats
Conclusion

Cas clinique 3:
- 83 ans
- Vit à domicile avec son épouse
- Difficultés dans les AVQ et IAVQ depuis 3 ans
- Limitations fonctionnelles importantes (profil de dépendance 3)
- Soins infirmiers, kiné, généraliste disponible, …
- Personne âgée « stabilisée » à la maison
- Besoins: couverts (rencontrent la demande et l'offre)



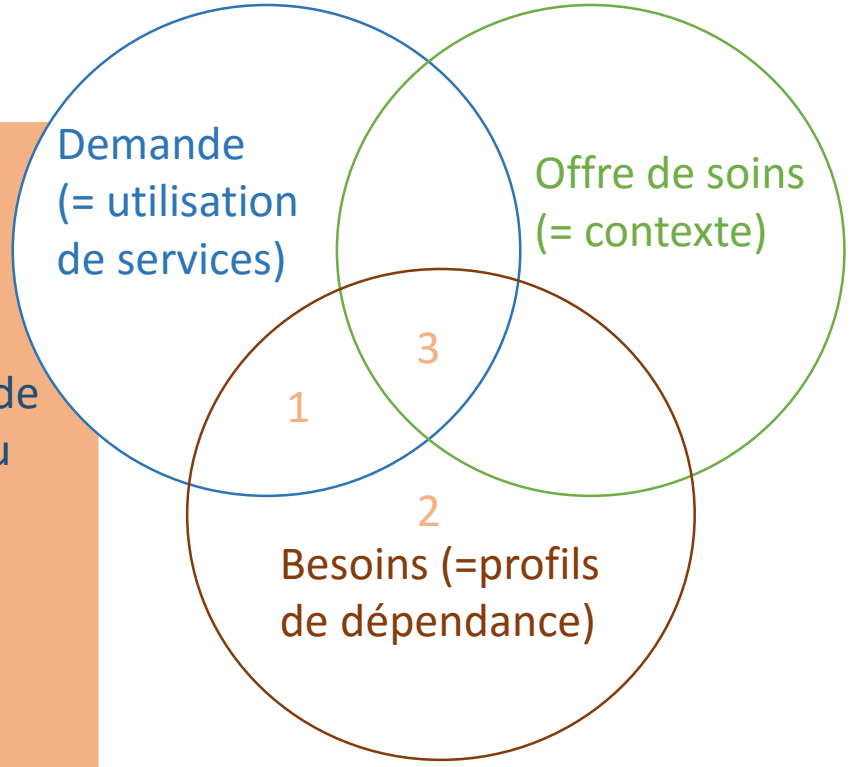
Contexte
Evaluation
Population
Critères d'inclusion
Profils de dépendance
Autres composantes
Interventions
Résultats
Conclusion

Cas clinique 1 / Cas clinique 2 / Cas clinique 3:
= Même profil de dépendance
= Situation en terme de couverture de besoins très différentes

→ Le profil de dépendance permet de déterminer les besoins de la personne âgée fragile. La présence et l'adéquation du réseau permettent d'évaluer la couverture de ces besoins

→ Ces dernières ne font pas partie du BelRAI-HC

→ Le jugement clinique reste l'élément clé dans le choix de l'intervention la plus adaptée



Contexte
Evaluation
Population
Interventions
casemanager
Ergo
Psycho
Résultats
Conclusion

Le case management professionnel

"Le case management est un processus collaboratif d'évaluation, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et de plaidoyer afin que les services fournis rencontrent les besoins de santé de l'individus et de sa famille grâce à la communication, et aux ressources disponibles visant à promouvoir des résultats coût-efficaces et de qualité"

CMSA - Case Management Society of America, 2011 - p.8

Advocacy: le casemanager tient compte avant tout du projet de vie du patient et de son aidant informel, en ce compris ses souhait en matière de soins. Un casemanager ciblé devrait permettre à ce dernier de prendre des décisions de manière informée

23 caractéristiques-clé pour faciliter le case management

(littérature + test auprès des projets)
Quelques-uns:

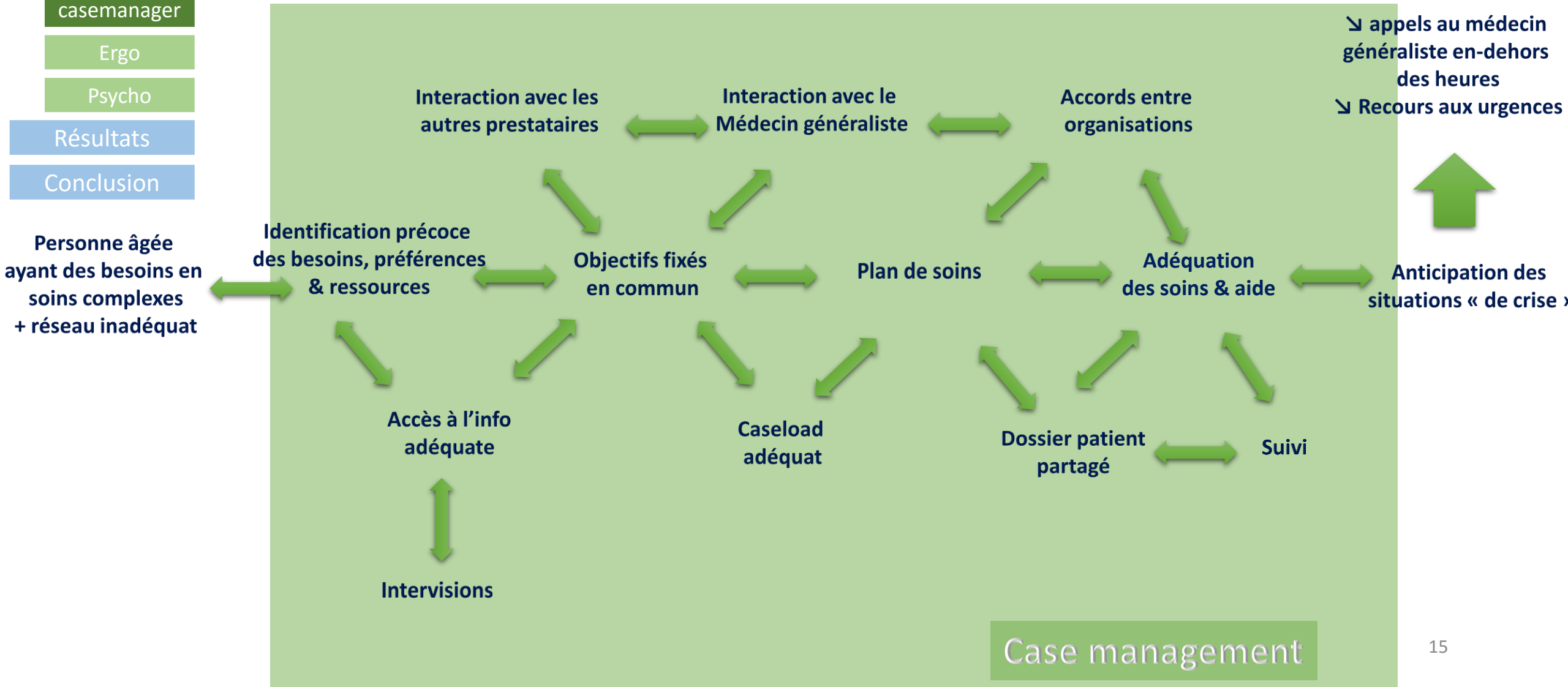
- **Interaction avec le médecin généraliste** (input pour la fixation des objectifs, plan de soins, évaluation, etc…)
- Présence d'un **plan de** soins
- **Dossier patient partagé** (électronique)
- **Accords** entre organisations
- **Intervisions** entre pairs (fait partie d'une équipe) // Formation continue
- …

3 remarques: ces caractéristiques …

1. … sont à la fois des **determinants** et des **résultats** d'un case management "efficace"
2. … sont intimement interreliés (cf. slide suivante)
3. … hétérogénéité entre projets pour la presence de ces caractéristiques

Les projets de case management sont très hétérogènes

1 exemple d'interconnexion de quelques caractéristiques-clé pour faciliter le case management

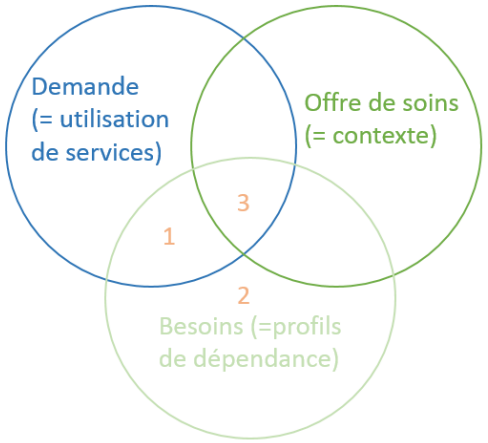


Le case management comme recommandé

Intensité? Pour qui ?

Varie en fonction des profils de dépendance

Sous-groupes	Définition en fonction du niveau de dépendance	Intensité du case management
Profil 1	pas de limitations significatives	/
Profil 2	limitations significatives dans les AIVQ et légers troubles cognitifs	Coordination / faible intensité (p.ex. maladie neurodégénérative)
Profil 3	limitations fonctionnelles significatives	**Faible** OU haute intensité
Profil 4	limitations fonctionnelles et cognitives significatives	**Faible** OU haute intensité
Profil 5	Idem profil 4 + troubles du comportement	**Faible** OU haute intensité



Dépend de la complexité de la situation

→Le case management de **faible intensité** reste le meilleur choix pour la majorité des personnes âgées fragiles

Le case management comme recommandé

Critère additionnel: jugement clinique

Personnes âgées fragiles dont la situation de soins est complexe qu'ils ne peuvent/souhaitent plus gérer sans l'aide d'un professionnel.
Exemples:

- Multiplicité des intervenants peu intégrés
- Réseau "en crise"
- Refus de soins

Intensité lorsque le case management professionnel est recommandé

Par défaut : case management de faible intensité:

- Une visite à domicile en moyenne par mois
- Durée moyenne: 2 heures (= soins directs).

De manière ponctuelle: besoin de case management de haute intensité:

- Une moyenne de 3 visites à domicile par mois
- Durée moyenne : 1h30 (= soins directs)
- Maximum durant 3 mois – à réévaluer
- Poursuite par de la gestion de cas avec une faible intensité

→ Bien que classé dans une même catégorie d'intervention, un projet ne délivre **pas la même intensité** pour toutes ses personnes âgées ayant besoin de case management.
Cf. caseloads très **hétérogènes** au sein des projets de même catégorie avec des résultats similaires,

→ Recommandations : **moyenne de 40 personnes âgées fragiles par ETP** case manager combinant des situations plus ou moins intensives.

L'ergothérapie dans protocole 3 : projets hétérogènes

Critères d'évaluation des projets d'ergothérapie

Intensité:
- Faible: >50 personnes âgées/ ETP
- Moyenne: 41-50 personnes âgées/ETP
- Haute: <40 personnes âgées/ETP

→ personnes âgées ayant des besoins complexes, composantes sociales et financières

Multidisciplinaire:
- Collaboration et coordination avec d'autres professionnels
- Implication des patients dans le processus décisionnel

Utilisation d'un dossier patient (score le plus élevé = dossier électronique)

Partenariat avec un fournisseur de matériel

Formation professionnelle

L'ergothérapie comme recommandée

	Personne âgée	Aidants formels et informels
Objectifs	- Prévention: préserver l'autonomie - Réhabilitation: recouvrir le plus d'autonomie fonctionnelle, sociale et psychique possible - Contribuer au sentiment de bien-être et de sécurité - Identifier les besoins d'aide professionnelle	- Apprentissage aux aides et aides techniques - Sensibilisation à l'autonomie de la personne aidée en reformulant la manière de l'aider - Diminuer le fardeau physique et psychique des aidants professionnels et informels et les risques d'accidents
Exemple d'activités	- Education aux gestes, déplacements - Conseils pour adapter le lieu de vie (aides aux déplacements, à l'alimentation, aides techniques…) - Prévention des chutes - Prise en charge cognitive (prothèse mnésique, travail de soutien neuropsychologique)	- Conseils, amélioration des gestes lors des déplacements au domicile, utilisation des aides et aides techniques
Pour qui?	L'identification du besoin se fait sur base du jugement clinique (généraliste, casemanager). - Les critères pour compléter le jugement clinique sont les suivants (ils ne constituent pas une liste limitative) 1. Un risque de chute significatif et/ou des limitations fonctionnelles significatives (AVQ≥3 & AIVQ ≥24) 2. Et/ou des troubles cognitifs significatifs ou des troubles cognitifs débutants s'il y a un diagnostic de maladie neurodégénérative.	
Intensité	- Variable - Débuter par 3 visites à domicile dans un premier temps (sur six mois)	

Le soutien psychologique dans protocole 3 : projets hétérogènes

Pour qui?

- La personne âgée fragile
  - Souffrance psychologique souvent non explicitée
  - Situation de deuil
  - Intégration d'un changement de rôles
  - Anxiété
  - Solitude, dépression
  - Problème cognitif, démence
  - Usage de substances
  - Conflits familiaux
- L'aidant proche
- Les professionnels

Thématique courante dans la pratique du psychologue

Le soutien psychologique dans Protocole 3

Type de soutien?

- La personne âgée fragile
  - Soutien social, conseil, life review, réminiscence, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie systémique,…
- Les aidants proches
  - Domicile entretien individuel
  - Hôpital session de groupe (psychoéducation: aidants + art-thérapie: personnes âgées démentes)
- Les professionnels
  - Informelle
  - Formelle: concertation multidisciplinaire,…

Le soutien psychologique comme recommandé

Pour Qui?

- L'identification du besoin se fait sur base du jugement clinique (généraliste, casemanager + psychologue); basé sur la symptomatologie et pas sur le diagnostic,
- Deux situations particulières (rencontrées quel que soit le profil de dépendance mais plus fréquente lorsque le profil de dépendance est élevé):
  - Lorsque la personne âgée est dans une situation de refus de soins, souvent accompagnée de déni de la dépendance
  - Lorsque le fardeau de l'aidant proche est important (un score à l'échelle du fardeau de 10 et plus)

Intensité?

- Deux visites à domicile par mois en moyenne
- Durée moyenne: 1h30 par visite
- 18 heures de soins directs par six mois
- Intensité sera plus élevée au début.

Le soutien psychologique comme recommandé

Lieu?

- Au domicile

Type d'approche?

- Approche systémique
- Approche conjointe de la personne âgée fragile et de son aidant proche

Le case manager et sa boite à outils

- **Case management + soutien psychologique**
  Le case management sera alors de faible intensité

- **Case management + ergothérapie**
  La troisième séance d'ergothérapie visant l'évaluation de l'ergothérapie sera réalisée par le case manager. Le nombre de séances d'ergothérapie recommandées passe alors de 3 séances à 2.

	Résultats : intervention de casemanager	Profil 2	Profil 3	Profil 4		Profil 5	
Clinique	Etat fonctionnel						
	Etat dépressif						
	Qualité de vie						
	Fardeau de l'aidant cohabitant						
	Fardeau de l'aidant non-cohabitant						
Utilisation de services	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène						
	Risque d'institutionnalisation						
	Recours aux urgences						
	Recours au généraliste en-dehors des heures						
Coûts	Tous ces coûts sont des **différences** de **coûts moyens, par mois**. Ils expriment la différence entre le groupe intervention et le groupe contrôle, pour ce qui est des coûts liés à la dépendance modifiés à la suite de l'intervention (ou pas).						
	Coût en centre de soins de jour et en maison de repos pour les **entités fédérées**	Lo	Lo +58€	Lo +139€	Hi +56€	Lo +167€	Hi +214€
	Coût des soins de santé remboursés pour le **patient**	Lo >30%	Lo >20%	Lo >35%	Hi >20%	Lo >20%	Hi
	Coût des soins de santé remboursés pour **l'INAMI** (dont les coûts de l'intervention P3)	Lo	Lo -412€	Lo -637€	Hi -411€	Lo -637€	Hi
	Coût pour **l'ensemble** des acteurs	Lo	Lo -256€	Lo -395€	Hi	Lo -395€	Hi

Mieux
Moins bien
Pas de changement significatif par rapport le groupe sans intervention

Lo
case management de **faible** intensité
Hi
case management de **haute** intensité

>30%: le coût total est inférieur pour 30% des patients dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (pas de différence significative pour les autres)

Mieux
Moins bien
Pas de changement significatif par rapport le groupe sans intervention

	Résultats: interventions d'ergothérapie	**Profil 2 AIVQ (cogn.)**	**Profil 3 Fonc.**	**Profil 4 Fonc., cogn.**
Clinique	Etat fonctionnel			
	Etat dépressif			
	Qualité de vie			
	Fardeau de l'aidant cohabitant			
	Fardeau de l'aidant non-cohabitant			
Utilisation de services	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène			
	Risque d'institutionnalisation			
	Recours aux urgences			
	Recours au généraliste en-dehors des heures			
Coûts	Coût en centre de soins de jour et en maison de repos pour les **entités fédérées**	-53€		
	Coût des soins de santé remboursés pour le **patient**			
	Coût des soins de santé remboursés pour **l'INAMI** (incluant le coût de l'intervention)	-458€	-458€	
	Coût total mensuel pour **l'ensemble des acteurs**	-513€	-513€	

Mieux
Moins bien
Pas de changement significatif par rapport le groupe sans intervention

	Résultats: interventions de soutien psychologique	**Profil 3 Fonc.**	**Profil 4 Fonc., cogn.**
Clinique	Etat dépressif		
	Qualité de vie		
	Fardeau de l'aidant cohabitant		
	Fardeau de l'aidant non-cohabitant		
Utilisation de services	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène		
	Risque d'institutionnalisation		
	Recours aux urgences		
	Recours au généraliste en-dehors des heures		
Coûts	Coût en centre de soins de jour et en maison de repos pour les **entités fédérées**		
	Coût des soins de santé remboursés pour le **patient**		
	Coût des soins de santé remboursés pour **l'INAMI** (incluant le coût de l'intervention)		
	Coût pour **l'ensemble des acteurs**		

Conditions contextuelles nécessaires

- Importance du rôle de la première ligne **généraliste** de **proximité** dans la mise en place des services
  - Importance de la **détection** des personnes qui ont besoin d'aide et de soins (par la première ligne, à la sortie d'hôpital, séjour temporaire MRS/MRPA)
  - Importance de travailler en équipe interdisciplinaire
- Importance de faciliter le **partage d'information** (réseau santé, dossier partagé avec les autres prestataires)
- Disponibilité/accessibilité des services de soins et de l'aide
- Instaurer une culture d'auto-évaluation (intervisions)

Les interventions Protocole 3 = nouvelles fonctions, pas encore bien balisées

- Se sont améliorées avec le temps
- Sont susceptibles, avec le temps, de produire de meilleurs résultats (↗ **compétences** + **contexte**)

→ Important de ne **pas perdre ces compétences acquises** au cours de P3

→ **Ces interventions n'auront de sens que dans une logique d'intégration** de soins

MERCI