

Rapport de synthèse intégré
Corrigé du 18.08.2017

PROTOCOLE 3



KU LEUVEN



Universiteit
Antwerpen

Anne-Sophie Lambert
Anja Declercq
Déborah Flusin
Hilde Bastiaens
Johanna de Almeida Mello
Maja Lopez Hartmann
Olivier Schmitz
Roy Remmen
Sibyl Anthierens
Sophie Cès
Thérèse Van Durme
Jean Macq

Table des matières

Liste des abréviations	5
1. Synthèse des recommandations	6
2. Introduction	11
3. Le processus d'évaluation et sa justification pour proposer l'intégration de ces interventions lors des soins de routine	12
4. Description synthétique des interventions, leurs facteurs de succès et défis pour l'implémentation.	16
4.1 Case management	16
4.2 Accompagnement psychologique	16
4.3 Intensité	17
4.4 Description synthétique de cinq types de projets du second appel	17
4.4.1 Les projets délivrant à la fois du case management et de l'accompagnement psychologique adéquats (à intensité élevée) (F1P111)	17
4.4.2 Les projets délivrant à la fois du case management et de l'accompagnement psychologique adéquats (à intensité faible) (F1P110)	19
4.4.3 Les projets délivrant du case management adéquat (à intensité élevée) (F1P011)	20
4.4.4 Les projets délivrant du case management adéquat (à intensité faible) (F1P010)	21
4.4.5 Les projets délivrant principalement de l'accompagnement psychologique (F0P110)	22
4.5 Résumé des cinq projets d'ergothérapie organisée seule, qui sont toujours financés	23
5. Synthèse des effets des interventions en fonction de caractéristique de personne âgée fragile au moment, ou avant l'inclusion dans un projet du Protocole 3 ou dans le groupe de comparaison	25
5.1 Résultats présentés par strate, en fonction des niveaux de dépendance personnes âgées fragiles à l'inclusion dans l'intervention du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison	27
5.1.1 Profil 2. Les personnes âgées fragiles ayant des limitations des AIVQ, ainsi que des troubles cognitifs légers à l'inclusion dans l'intervention du Protocole 3 ou dans un groupe de comparaison	28
5.1.2 Profil 3. Les personnes âgées fragiles ayant des limitations fonctionnelles à l'inclusion des interventions du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison	35
5.1.3 Profil 4. Les personnes âgées fragiles ayant à la fois des limitations fonctionnelles et cognitives à l'inclusion des interventions du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison	44
5.1.4 Profil 5. Les personnes âgées fragiles ayant à la fois des limitations fonctionnelles, cognitives et des troubles du comportement à l'inclusion des interventions du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison	53
5.2 Résultats présentés par strates, créées en fonction des profils de consommation en soins de santé avant l'inclusion au sein de l'intervention du Protocole 3 ou dans le groupe de comparaison	60
5.2.1 Les personnes âgées fragiles n'ayant pas utilisé des soins de santé-clé avant leur inclusion au sein des projets du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison	60
5.2.2 Les personnes âgées fragiles utilisant les soins infirmiers avant l'inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3 ou dans un groupe de comparaison	65
5.2.3 Les personnes âgées fragiles ayant été hospitalisées avant l'inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison	70
5.2.4 Les personnes âgées fragiles ayant bénéficié d'un répit avant leur inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3 ou dans le groupe de comparaison	76

5.2.5	Les personnes âgées fragiles utilisant des soins infirmiers et ayant été hospitalisées avant leur inclusion au sein des interventions du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison	80
6.	Liste des références	86
7.	Liste des tableaux	87
8.	Liste des figures	88

Liste des abréviations

AVQ	Activités de la vie quotidienne
AIM ou IMA	Agence Intermutualiste (Intermutualistisch Agentschap) – gestionnaire d’une base de données comprenant l’ensemble des prestations de soins remboursées (également les médicaments remboursés)
AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne
BelRAI-HC	BelRAI-Home Care, un instrument faisant partie de la suite d’interRAI, qui a été traduit et validé pour la Belgique. (RAI pour Resident Assessment Instrument)
BNC	Besoins non couverts
Cutoff	Valeur-seuil au-delà ou en-dessous de laquelle la variable étudiée atteint un seuil critique. Les cutoffs utilisés dans le rapport pour les différentes échelles cliniques : <ul style="list-style-type: none"> - 3 pour les échelles AVQ, CPS ; - 24 pour l’échelle AIVQ ; - 12 pour les échelles DRS et Zarit et - 1 pour l’échelle évaluant les troubles du comportement.
CPS	Cognitive performance scale
CSJ	Centre de soins de jour
DRS	Depression rating scale
ETP	Équivalent temps plein
GC	Groupe contrôle
GI	Groupe intervention
INAMI	Institut national d’assurance maladie et invalidité
P1 screening	Intervention proposant un screening psychologique avec ou sans case management
QdV	Qualité de vie ; mesurée ici par le WHO-QoL-8, une échelle validée permettant de mesurer la qualité de vie perçue par le bénéficiaire
RCT	Randomized controlled trials
SNJ	Soins non justifiés ; ici : des soins infirmiers d’hygiène pour des patients qui ne présentent ni dépendance pour les AVQ, ni incontinence
Zarit	Échelle validée permettant de mesurer le fardeau perçu par l’aidant informel

Classification des projets de case management

F1P111	Case management avec accompagnement psychologique, à intensité élevée
F1P110	Case management avec accompagnement psychologique, à intensité faible
F1P011	Case management sans accompagnement psychologique, à intensité élevée
F1P010	Case management sans accompagnement psychologique, à intensité faible
FOP110	Accompagnement psychologique sans case management, à intensité faible
FOP0	Case management non-adéquat, sans accompagnement psychologique

1. Synthèse des recommandations

Les recommandations issues de l'évaluation de l'implémentation des projets du Protocole 3 sont résumées dans les deux diagrammes présentés ci-dessous (Figure 1 et 2).

Le processus débute avec l'identification des personnes âgées de 60 ans ou plus nécessitant potentiellement d'une intervention testée dans le cadre des projets du Protocole 3. Cette identification peut avoir lieu à différents points d'entrée dans le système (en jaune dans le schéma): les personnes peuvent être identifiées lors d'une hospitalisation, lorsqu'elles reçoivent des soins infirmiers de manière chronique, ou lorsqu'elles bénéficient d'un court séjour dans une maison de repos. Dans ces deux dernières situations, elles seront éventuellement identifiées à l'occasion d'un changement de leur situation. Elles peuvent également être identifiées lors d'autres situations au domicile, par des prestataires de soins de leur entourage (leur médecin généraliste et d'autres), ou par des coordinatrices.

Une fois qu'elles sont identifiées, le processus de détection (en rose dans le schéma) permettra de définir le sous-groupe spécifique auquel la personne âgée appartient et donc de cibler l'intervention qui leur conviendrait le mieux. La stratégie de détection utilisera de manière séquentielle le BelRAI screener, le jugement clinique des prestataires de soins (principalement des infirmières et des médecins, voire éventuellement des kinésithérapeutes), et une évaluation à l'aide du BelRAI-Home Care complet pour les personnes âgées qui auraient besoin d'un case management (coordonné par un case manager, ainsi que tous les prestataires impliqués dans les soins à cette personne âgée).

Différentes séquences sont proposées dans les schémas 1 et 2. Outre le BelRAI screener, trois critères-clés peuvent être utilisés par des cliniciens pour décider de réaliser une évaluation complète à l'aide du BelRAI-Home Care¹ complet: l'adéquation du réseau de soutien (combinant principalement un aidant informel et les prestataires de soins et d'aide à domicile) ; la multiplicité des prestataires qui doivent répondre aux besoins de santé des personnes âgées, et le niveau d'autonomie (la capacité décisionnelle) de la personne âgée et de son aidant informel.

Lorsque le BelRAI complet est utilisé, il est possible d'identifier quatre sous-groupes (strates) de personnes ayant des besoins particuliers (en jaune dans le schéma) : un groupe ayant un déficit d'AIVQ et un léger déficit cognitif ; un groupe ayant un déficit fonctionnel sévère (AVQ et AIVQ) ; un groupe ayant à la fois des troubles sévères tant au niveau cognitif que fonctionnel et un groupe qui présente, en plus, des troubles comportementaux.

Trois types d'interventions (en vert) sont proposées dans ce rapport, afin de répondre aux besoins de ces personnes âgées fragiles : le case management (à intensité forte ou faible), l'ergothérapie et l'accompagnement psychologique. Celles-ci devraient être complémentaires à d'autres interventions, en particulier à la coordination des soins et services.

Les résultats positifs significatifs observés lors de l'évaluation des projets du Protocole 3 figurent en bleu dans le schéma. Ces résultats concernent l'utilisation des services de soins de santé ou une modification positive de la dépendance, par un groupe de personnes.

La Figure 1 présente un diagramme pour les personnes âgées fragiles qui ont été identifiées lors d'une hospitalisation ou qui bénéficient de manière chronique de soins infirmiers sur une longue période ou encore, qui ont été institutionnalisées durant une courte période, voire identifiées lors d'autres

¹ Pour l'instant, la **valeur-seuil** suivante est proposée pour passer à une évaluation complète à l'aide du BelRAI-HC: un score de 13/30 sur le screener complet ou un score de 5/12 pour les domaines 'troubles cognitifs' et 'troubles psychiques'. Au moment d'écrire ce rapport, l'étude BelRAI screener est toujours en cours.

épisodes à domicile. Cette figure schématise le processus décisionnel proposé comme résultat de notre évaluation des projets du Protocole 3. En d'autres termes, les schémas permettent de montrer quelles interventions sont utiles pour quels groupes de personnes âgées.

Ceci peut aussi être synthétisé par la description des indications et de quelques caractéristiques des interventions ci-dessous :

- Le case management pour une durée de six mois (une réévaluation devra avoir lieu au terme de cette période, voire plus tôt si des changements significatifs sont observés) :
 - La décision d'un case management est multimodale. Il y a lieu de suspecter le besoin d'un case management lorsque le screening réalisé à l'aide du BelRAI screener montre qu'il faut un BelRAI complet. Ceci est complété par le jugement clinique d'un prestataire ayant une vision globale de la personne (médecin généraliste ou prestataire de la première ligne ayant les compétences requises), ayant évalué l'adéquation du réseau de soutien, les besoins de la personne âgée, son autonomie, et la multiplicité des prestataires dont elle a besoin.
 - Le case manager est choisi par la personne âgée, si possible, ou par son aidant informel.
 - Le processus de case management commence par l'évaluation de la situation, au travers de l'instrument BelRAI-HC complet, rempli et utilisé par une équipe ou un réseau multidisciplinaire, et coordonné par le case manager. (Cette évaluation sera réalisée à l'inclusion et au bout de 6 mois, voire évaluée plus tôt si des changements importants sont observés avant la fin de ces six mois).
 - Dans les projets du Protocole 3, le case management est réalisé par une infirmière formée à cet égard, ou par un autre professionnel ayant les compétences requises et travaillant en étroite collaboration avec une infirmière (et non, comme nous l'avons observé dans certains projets du Protocole 3, où la collaboration avec l'infirmière se limitait à lui demander de remplir le BelRAI-HC, sans que personne ne se soucie d'utiliser les résultats de l'évaluation). Ce case manager est responsable des activités de case management telle que présentées dans la fiche de bonnes pratiques présentée dans le rapport d'implémentation.
 - Vu qu'un élément-clé du case management est la relation de confiance entre la personne âgée, le réseau de soignants et le case manager, il est vital que les case managers aient une connaissance du contexte dans lequel ils travaillent, qui soit fondé sur l'expérience.
 - La distinction entre la coordination et le case management doivent être clarifiés au cas par cas, car la coordination est nécessaire au case management mais ne se limite pas à celui-ci. Dans le cas où le patient a besoin de case management (c'est-à-dire s'il est en perte d'autonomie), il a besoin qu'un professionnel, choisi si possible par le patient, agisse comme un conseil ('advocacy') ; c'est celui qui veillera à ce que les capacités des patients soient renforcées au travers d'un accompagnement minutieux de l'adéquation entre ses besoins et préférences, d'une part et des soins et services proposés, d'autre part). Il en découle que le case management requiert une évaluation systématique et structurée de la situation à l'aide d'un outil validé, le BelRAI. La coordination quant à elle, se focalise sur l'agencement de l'agenda des soins et services requis.
 - Comme indiqué dans le rapport intermédiaire de juin 2016, nous ne faisons plus la distinction entre le case management 'social' et le case management 'clinique', mais bien la distinction entre le case management à intensité élevée au faible.
 - Les critères pour déterminer l'intensité du case management sont la présence d'un risque d'inadéquation entre le réseau existant et le besoin en soins et services. Ces risques sont plus élevés au moment d'un changement de situation (p.ex. après une hospitalisation, en

- cas d'incident affectant l'aidant informel (accident, maladie ou décès), lors de conflits existants entre le réseau (in)formel et la personne âgée, lors de refus de soins).
- S'il s'agit d'un case management d'intensité élevée, trois visites par mois seront nécessaires en moyenne, d'une durée d'1h30, auxquelles il est nécessaire d'ajouter le même temps (1h30) pour des tâches organisationnelles (donc un total de 54h pour six mois).
 - S'il s'agit d'un case management d'intensité faible, une visite d'une fois par mois en moyenne, d'une durée de deux heures, auxquelles il est nécessaire d'ajouter 1h30 de tâches organisationnelles, (donc un total de 21h pour six mois).
 - Sur base d'un case-mix de personnes âgées ayant besoin de case management à intensité élevée à faible, une moyenne de 40 personnes âgées par ETP case manager semble recommandée.
 - L'importance du BelRAI pour cette population ayant des besoins en soins complexes est primordiale ; il y a donc lieu de financer le temps de travail nécessaire (a) à la formation et (b) au remplissage **multidisciplinaire** de celui-ci, (c) à l'analyse des résultats au niveau individuel (CAPs et résultats d'échelles), (d) ainsi qu'au niveau populationnel (analyse du case-mix par case manager ou pour un groupe de case managers).
- Le soutien psychologique pour une durée de six mois (également à réévaluer au bout de ce terme, voire évaluer plus tôt si des changements importants sont observés avant la fin de ces six mois).
- La décision de proposer un accompagnement psychologique se fait sur base du jugement clinique d'un prestataire (médecin généraliste ou infirmière ?), ayant évalué l'adéquation du réseau de soutien, les besoins de soutien psychologique de la personne âgée, son autonomie, le fardeau de son aidant informel et le refus éventuel de soins.
 - L'identification d'un besoin d'accompagnement psychologique peut aussi être réalisé par un case manager.
 - L'accompagnement psychologique est réalisé par un psychologue, qui doit confirmer le besoin de ce type d'accompagnement. Ce psychologue fait partie d'une équipe multidisciplinaire.
 - Les activités proposées par un psychologue sont décrites en détail dans le rapport d'implémentation. Il s'agit ici d'une psychothérapie réelle (et non de soutien psychosocial seul).
 - Durant les projets du Protocole 3, deux heures ont été financées en moyenne par personne âgée, par mois au total, pour le soutien psychologique. Les experts avaient estimé que ce temps était trop court. En début de prise en charge, un soutien plus intensif serait nécessaire, équivalent à deux visites par mois, en moyenne, avec une durée de 1h 30 par visite (soit 18 heures pour un suivi de six mois). Ceci pourra diminuer en intensité, au fil du temps. Ce temps de 18h/ 6 mois exclut la durée des trajets, ainsi que le temps pour le rapportage, la concertation avec les autres professionnels et les tâches administratives.
- L'ergothérapie
- La décision de proposer de l'ergothérapie se fait sur base du jugement clinique du prestataire (médecin généraliste ou infirmière ?), ou une évaluation réalisée à l'aide du BelRAI screener réalisé par une coordinatrice et le jugement clinique d'un prestataire.
 - Réalisé par un ergothérapeute, qui fait partie d'une équipe multidisciplinaire.
 - L'intensité de l'ergothérapie peut varier (p.ex. s'il ne s'agit que de l'adaptation du domicile, versus s'il faut également mettre en place une éducation et un suivi). Les activités proposées par un ergothérapeute sont décrites en détail dans le rapport d'implémentation.

- La prise en charge devra inclure au moins trois visites au départ + planification avec les autres professionnels, soit environ 10h au démarrage. S'il y a besoin d'une prise en charge ultérieure, cela devra se faire lors d'une évaluation conjointe avec un professionnel d'une autre discipline.

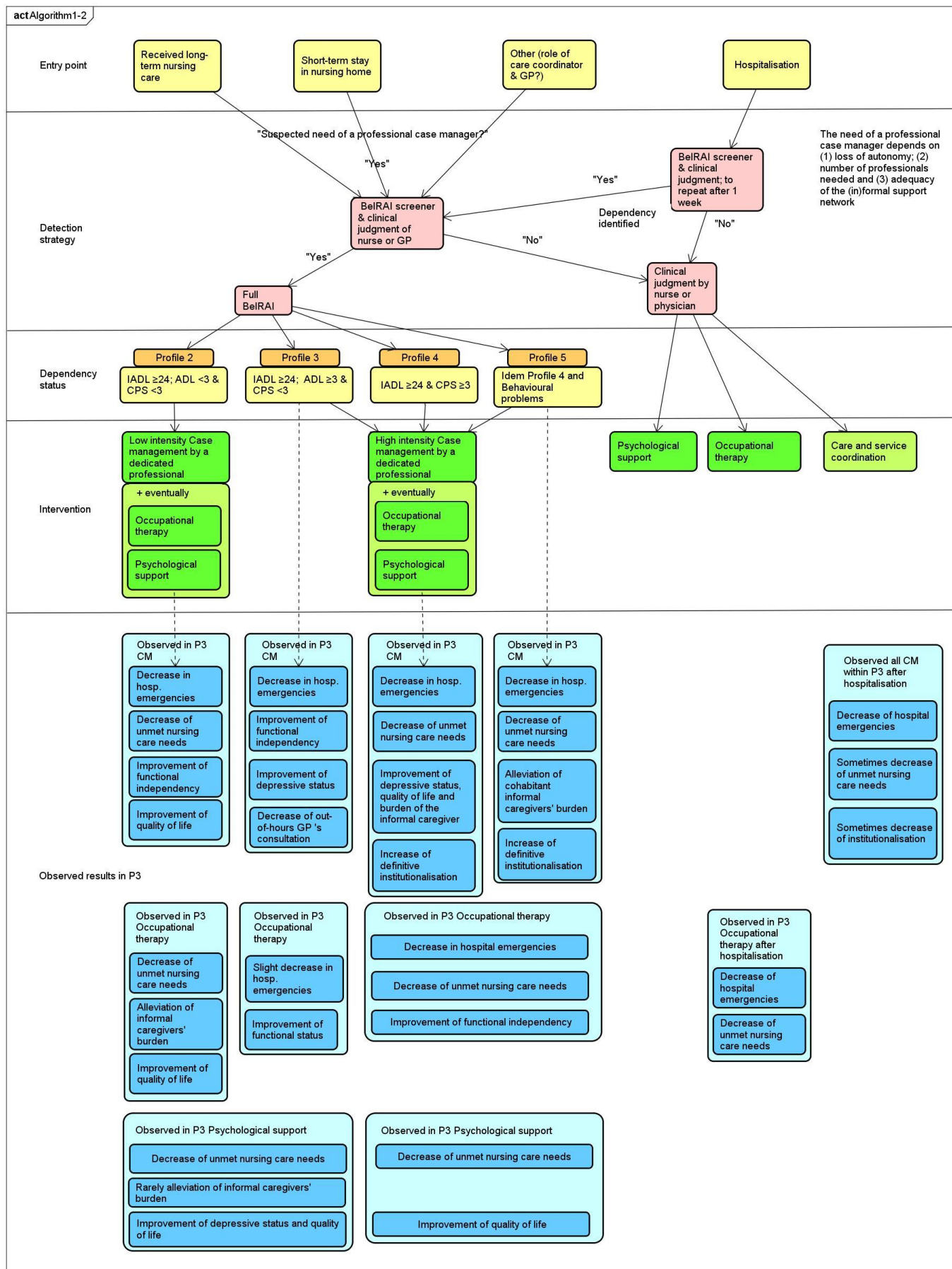


Figure 1. Diagramme pour sélectionner une intervention du Protocole 3 pour les personnes âgées fragiles dans différents lieux de soins

2. Introduction

La population vieillissante constitue un défi pour le système de soins de santé. En effet, une proportion grandissante de cette population présente des symptômes de fragilité, qui est associée à des chutes et une dégradation des capacités, des hospitalisations et des décès [1]. La conséquence de la fragilité amène souvent un déclin fonctionnel et par conséquent, un besoin d'assistance pour la plupart de leurs activités.

Plusieurs études expérimentales ont testé des interventions ou des programmes pour améliorer l'autonomie et la qualité de vie pour ces personnes âgées fragiles, à un coût abordable et qui soient durables pour la société [2-4]. Une revue de 43 essais contrôlés aléatoires, rapportant 40 interventions, a permis de distinguer un nombre de composantes-clé [5]. Premièrement, des outcomes similaires ont été utilisés pour évaluer ces différentes études. Parmi les outcomes les plus fréquents, citons l'état fonctionnel, la qualité de vie et le risque d'institutionnalisation. Pour les aidants informels, principalement les conjoints ou des membres de la famille prenant soin de la personne âgée fragile), les outcomes concernaient le fardeau perçu ou des outcomes liés à la santé. L'état de santé de la personne âgée est fortement lié à celui de l'aidant informel. De plus, comme l'état de santé de la personne soignée et celle de son aidant informel sont fortement interreliés, l'état de santé de l'aidant informel est reconnu comme étant un déterminant majeur du risque d'institutionnalisation prématurée de la personne âgée. Deuxièmement, la plupart des interventions sont en fait une combinaison de différents "ingrédients" et les essais contrôlés aléatoires ne permettent pas d'arriver à des résultats concluants, vu que les résultats ne sont pas cohérents d'une étude à l'autre [6]. Malgré cela, en regardant de plus près ces interventions, il est possible de déterminer une association de composantes qui sont souvent combinées : une évaluation gériatrique complète ; un plan de soins intégrés, un prestataire de soins désigné comme case manager, un suivi organisé des soins médicaux et infirmiers, basé sur cette évaluation, des services de soutien quotidiens et un soutien éducatif [7].

Plusieurs pays à haut revenus mettent en œuvre des programmes d'envergure pour les soins à domicile incluant des personnes âgées fragiles. En Belgique, le gouvernement fédéral, par le biais de l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI) a lancé un programme de financement dans tout le pays, pour des projets alternatifs de soins et de soutien aux soins au bénéfice des personnes âgées fragiles souhaitant continuer à vivre chez elles. Ces alternatives de soins sont des initiatives des professionnels de terrain (bottom up). Ces alternatives devraient diminuer le risque d'institutionnalisation pour cette population. Les projets prometteurs pourraient être financés structurellement, à condition qu'ils soient évalués positivement par un consortium d'universités.

Deux rapports intermédiaires ont présenté les résultats des interventions du Protocole 3 du premier appel [8, 9] et les effets des interventions du Protocole 3 sur la consommation de soins de santé financés par l'INAMI (avant la sixième réforme de l'état).

L'objectif principal de ce rapport final est de proposer des recommandations claires pour la mise en œuvre à domicile du case management, de l'accompagnement psychologique et de l'ergothérapie. Ce rapport est sous-divisé en trois grandes parties : un rapport "synthétique intégré" (c.-à-d. le présent document), un rapport détaillé sur les coûts et les effets des interventions des projets du Protocole 3, et enfin, un rapport détaillé décrivant les interventions et leur implémentation.

Dans cette synthèse intégrée nous présenterons (1) la justification pour proposer l'implémentation des interventions dans les soins de routine ; (2) une description sommaire des interventions, leurs facteurs de réussite et les défis pour leur mise en œuvre (implémentation) ; et (3) une synthèse des effets des interventions par type (strate) de population.

3. Le processus d'évaluation et sa justification pour proposer l'intégration de ces interventions lors des soins de routine

Les trois groupes d'interventions évaluées dans ce rapport sont le case management, l'accompagnement psychologique et l'ergothérapie à domicile. Ces interventions doivent être considérées comme des "interventions complexes". Nous avons en effet observé et décrit dans les rapports précédents que (1) les interventions des projets du Protocole 3 étaient hétérogènes, (2) elles n'apportaient pas le même bénéfice à toutes les personnes âgées fragiles, définies selon leur profil de dépendance ou selon leur profil de consommation de soins de santé passé et (3) elles peuvent avoir des conséquences sur la santé de ces personnes âgées fragiles mais également sur d'autres aspects (p.ex. sur le réseau local).

Dans la même ligne que les autres rapports, nous couvrons ici trois questions afin d'être en mesure de formuler des propositions claires pour la mise en œuvre de ces interventions dans les soins de routine.

- 1) Que sont ces interventions du Protocole 3 et quelles sont les composantes-clés à prendre en compte pour les implémenter dans le contexte belge ?

Ceci inclut une description des composantes de l'intervention, leur coût, et les facteurs contextuels ou de processus à prendre en compte pour leur implémentation. Ces caractéristiques (des interventions) ont été identifiées à la suite de l'analyse de leur implémentation au sein du programme Protocole 3 et après les recommandations des experts belges.

- 2) Quelle est la population-cible pour chacune de ces interventions ?

Comme décrit ci-dessus, ces interventions ne bénéficient pas de la même manière à toutes les personnes âgées fragiles. Pour cette raison, les bénéficiaires inclus dans les projets du Protocole 3 ont été stratifiés en fonction de leurs besoins en soins de longue durée (appelés ici profils de dépendance), ou de leur consommation passée de soins de santé-clé (appelés ici profils historiques de consommation de soins de santé).

Les différents profils de dépendance identifiés dans notre étude vont d'un faible niveau de dépendance fonctionnelle et cognitif, à une combinaison d'un déficit important, tant au niveau fonctionnel que cognitif. Ces profils différents doivent être vus comme faisant partie d'un continuum : ils peuvent être conceptualisés comme des "photographies séquentielles" de trajectoires de santé et de vie des personnes âgées fragiles. Toutefois, l'évaluation examine les profils de dépendance à un instant donné sans distinguer la cause de la dépendance (pas de données diagnostiques) ni leur évolution dans le temps. Plus précisément, à partir de ces photographies, il est possible de distinguer les trajectoires possibles suivantes :

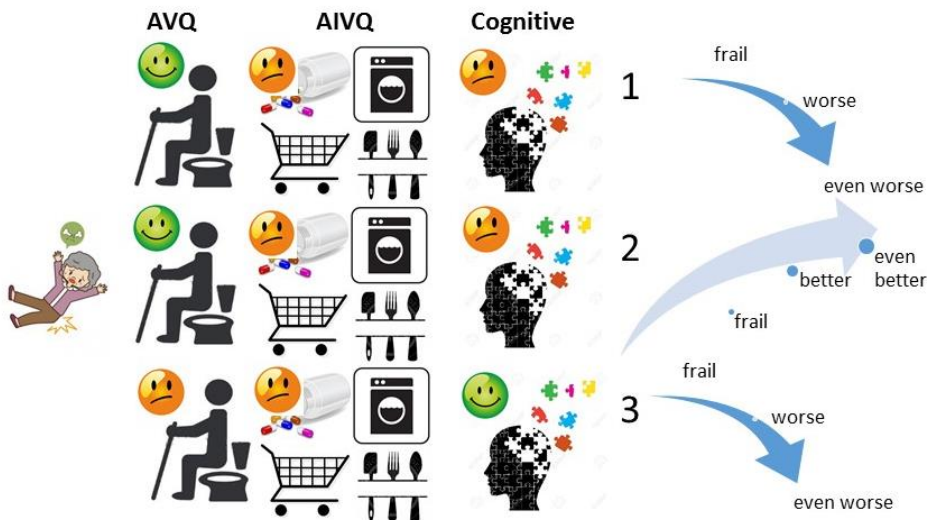


Figure 2. Trajectoires possibles pour des personnes âgées fragiles

1. Des personnes âgées fragiles souffrant d'abord de déficits au niveau des **AIVQ et cognitifs légers** (souvent avec un problème neurodégénératif), **déclinant progressivement**, jusqu'à présenter des déficits plus sévères, tant sur le plan cognitif que fonctionnel, allant parfois jusqu'à présenter des troubles de comportement.
2. Des personnes âgées fragiles présentant des déficits au niveau des **AIVQ et cognitifs légers** à la suite d'un problème **aigu** (p.ex. hospitalisation avec par exemple une anesthésie entraînant une confusion).
3. Des personnes âgées fragiles présentant principalement des déficits au niveau **fonctionnel** (AVQ et AIVQ), augmentant progressivement.

Les **profils historiques de consommation de soins de santé** ont été identifiés en raison de l'utilisation de services de soins de santé **par le passé**. Au travers de ces profils il est possible de distinguer les trajectoires suivantes (situation à l'inclusion) :



Figure 3. Les différents profils historiques de la consommation de soins

1. Des personnes âgées fragiles qui n'avaient reçu **ni de soins infirmiers ou n'avaient pas été hospitalisées**, ni institutionnalisées.
2. Des personnes âgées fragiles **à la sortie de l'hôpital après un épisode de problème de santé aigu** et qui ne bénéficiaient **pas de soins infirmiers auparavant**.
3. Des personnes âgées fragiles qui bénéficiaient de **soins infirmiers en routine**.
4. Des personnes âgées fragiles qui avaient bénéficié d'un **court séjour en maison de repos**.
5. Des personnes âgées fragiles **à la sortie de l'hôpital après un épisode de problème de santé aigu** et qui bénéficiaient **auparavant de soins infirmiers**.

3) Qu'est-ce qui est mesuré pour évaluer les conséquences des interventions du Protocole 3 ?

Trois sources données principales ont été utilisées : les données de l'Agence InterMutualiste (AIM), les données du BelRAI-HC et les données provenant des réponses d'un questionnaire économique ad hoc (pour plus de détails, voir le rapport quantitatif).

- La **base de données de l'AIM** est une base de données qui collecte en routine toutes les données relatives aux soins de santé remboursés.
- La **base de données du BelRAI-HC** (Resident Assessment Instrument Home Care, version belge) est une base de données construite à partir d'une évaluation gériatrique globale et comprend des données concernant les AVQ, les AIVQ, le statut dépressif et cognitif et les troubles du comportement.
- À cela nous avons ajouté (a) les données de **l'échelle du fardeau de Zarit**, tel que perçu par l'aidant informel (ZBI-12), (2) une **échelle de qualité de vie** (WHO-QoL-8) et (3) un **questionnaire économique ad hoc**, permettant de collecter des informations à propos des aidants informels et les services d'aide reçus. Ces évaluations des personnes âgées fragiles étaient réalisées à l'inclusion et six mois après l'inclusion.

Afin d'évaluer les conséquences et le coût des interventions, les personnes âgées bénéficiant des alternatives de soins et de soutien aux soins ont été comparés à un groupe contrôle, c'est-à-dire que n'a pas bénéficié d'intervention Protocole 3. Deux groupes contrôle ont été utilisés, dépendant de la stratification de la population (pour plus de détails, voir le rapport quantitatif).

- Pour le groupe de bénéficiaires stratifiés en fonction de leur profil de santé, le groupe contrôle qui a été construit comprend 700 patients recrutés parmi ceux qui reçoivent des soins infirmiers et/ou de l'aide à domicile et qui ne bénéficient pas des alternatives de soins délivrées par le Protocole 3. Le groupe contrôle a été matché par un score de propension aux bénéficiaires par les scores des échelles du BelRAI. Il s'ensuit que les bénéficiaires de soins infirmiers et ou de l'aide du groupe contrôle ont des profils de dépendance similaires à ceux des bénéficiaires des alternatives de soins du Protocole 3, mais pas nécessairement des profils de consommation passée de soins et d'aide identiques. Pour cet échantillon, les données des trois sources de données étaient disponibles (BelRAI, consommation de soins et questionnaires économique, qualité de vie et fardeau).
- Pour le groupe de bénéficiaires stratifiés en fonction de leur consommation de soins historique, le groupe contrôle est extrait à partir de l'échantillon permanent de la base de données de l'AIM. Le groupe contrôle a été matché à l'aide d'un score de propension basé sur la consommation de soins historique. Il s'ensuit que le groupe contrôle a une consommation de soins historique similaire à celle du groupe de bénéficiaires des alternatives de soins du Protocole 3, mais pas nécessairement des profils de dépendance similaires. Pour ce groupe, seules les données de la base de données de l'AIM étaient disponibles.

Ces deux groupes contrôle ont permis d'investiguer de façon complémentaire et détaillée les conséquences des interventions Protocole 3. Néanmoins, ces échantillons présentent des caractéristiques tout à fait particulières qui s'expliquent en grande partie par la méthode utilisée pour recruter les personnes âgées. Le groupe contrôle avec **l'ensemble des données prospectives collectées** (BelRAI-HC, questionnaires complémentaires et soins de santé remboursés) a été recruté via les organisations de soins à domicile. Ils présentent des consommations de soins plus

importantes que dans le groupe intervention avant même que celui-ci ne bénéficie des interventions. Ce groupe contrôle est représentatif d'une partie de la population dépendante, celle qui bénéficie déjà d'une certaine prise en charge professionnelle.

L'échantillon contrôle sélectionné à **partir de l'échantillon permanent** présente des consommations de soins similaires (en lien direct ou indirect avec la dépendance) mais leur profil de dépendance n'est pas directement renseigné dans les données. Les conséquences observées représentent une simulation intéressante pour décrire l'impact potentiel des interventions. Néanmoins, les conséquences décrites par l'évaluation ne peuvent être en aucun cas être interprétées comme étant une prévision de l'effet de la structuration des interventions recommandées.

L'objectif initial principal du financement des projets du Protocole 3 était de diminuer le risque d'institutionnalisation. Toutefois, le report de l'institutionnalisation n'est pas nécessairement un résultat désirable, selon le profil de santé de la personne âgée fragile. Il est nécessaire d'analyser cet outcome sur une longue période. De plus, le lien causal entre l'intervention et l'institutionnalisation n'est pas évident. Nous sommes donc arrivés à la conclusion qu'il serait intéressant d'avoir une vue plus large des conséquences. Nous avons donc ajouté les critères multiples suivants :

- **Les outcomes cliniques** (*Limitations fonctionnelles, état dépressif, qualité de vie, fardeau perçu par l'aidant informel*)
- **L'utilisation de services** (*Soins infirmiers, admission en court séjour, en centre de soins de jour, recours aux urgences, consultation chez le médecin généraliste en dehors des heures de bureau, hospitalisation*)
- La perspective sociétale de l'évaluation des **coûts** : l'ensemble des financeurs des soins et de l'aide en lien avec la perte d'autonomie a été considérée : les bénéficiaires et l'INAMI pour les soins de santé remboursés, les bénéficiaires et les entités fédérées pour les séjours en maison de repos et les bénéficiaires et leurs aidants informels pour l'aide à domicile (hors soins de santé) :
 - o L'évaluation du coût des interventions innovantes (incluant les coûts non financés par l'INAMI de l'ensemble des ressources utilisées dans le cadre des projets Protocole 3). Le coût de l'intervention pour calculer la différence de coût total entre le groupe intervention et groupe contrôle est un coût simulé, à partir d'un coût estimé sur base de ce qui a été facturé sur une année. Il ne s'agit pas du coût de l'intervention, telle qu'elle doit être financée. En effet, la diversité des niveaux de coûts observés au sein d'une intervention, ajoutés au manque de précision quant au nombre de bénéficiaires inclus dans l'intervention sur l'année considérée font que ce calcul n'était pas possible. Ce manque de précision portait sur la durée précise du projet et d'une définition précise de la sortie des bénéficiaires. Pour plus d'informations, voir la méthodologie de la partie quantitative.
 - o L'évaluation des variations de coûts suite aux interventions (ex. : diminution ou augmentation du coût de l'aide informelle).

Avec cette vision plus large, les conséquences peuvent être évaluées sur le plan individuel et au niveau du système de soins de santé.

Ces critères multiples, utilisés pour évaluer les conséquences des interventions, dépendent de la stratification de la population :

- Lorsque les bénéficiaires sont **stratifiés par profils de dépendance**, il est possible d'évaluer les conséquences sur les outcomes cliniques, sur l'utilisation des services de santé et sur les coûts de l'utilisation des services de soins de santé et de l'aide.
- Lorsque les bénéficiaires sont **stratifiés selon le profil historique de la consommation** de soins de santé, seules les conséquences sur l'utilisation de soins de santé et sur les coûts de l'utilisation des services de soins de santé et de l'aide peuvent être évalués.

L'évaluation des conséquences a été mesurée via deux périodes de suivi, en fonction de la stratification de la population :

- Lorsque les bénéficiaires sont stratifiés par profils de dépendance, nous avons utilisé une période de six mois de suivi pour l'évaluation.
- Lorsque les bénéficiaires sont stratifiés selon le profil historique de la consommation de soins de santé, nous avons utilisé une période de six mois et de douze mois de suivi pour l'évaluation.

Dans la partie suivante, nous présentons d'abord les interventions, puis quelques facteurs-clé pouvant expliquer la réussite et quelques défis au niveau de l'implémentation (pour plus de détails, voir les rapports plus détaillés). Nous présenterons ensuite les effets possibles de ces interventions pour les différentes strates (pertinentes) présentées plus haut.

4. Description synthétique des interventions, leurs facteurs de succès et défis pour l'implémentation.

4.1 Case management

Pour arriver à définir si un projet délivrait un case management adéquat, nous nous sommes basés sur les résultats de l'évaluation des projets du premier appel, au cours de laquelle nous avons réalisé une évaluation méticuleuse des différents modes d'organisation du case management, basés sur 23 composantes [8, 9]. Lorsque nous avons réalisé une analyse en correspondances multiples, nous avons pu proposer non seulement une typologie de case management, mais aussi trouvé que la composante de case management qui semblait la plus discriminante pour décrire un case management adéquat, était l'imbrication du case management au sein d'un système local, opérationnalisé par le niveau de feedback donné par le case manager au médecin généraliste de la personne âgée fragile, à propos de l'intervention, mais aussi à propos des résultats de l'évaluation globale à l'aide du BelRAI. C'est la raison pour laquelle, lors de l'évaluation des projets du second appel, un projet dans lequel un professionnel s'appelait un case manager qui donnait soit un feedback à propos du BelRAI au médecin généraliste à propos de l'état de la personne âgée fragile ou un feedback à propos des interventions proposées, était identifié comme un type de case management "adéquat" (F1). Un projet où tel n'était pas le cas, était classé comme du case management "non adéquat" et appelé FO ('F' pour Feedback au médecin généraliste).

4.2 Accompagnement psychologique

Deuxièmement, nous avons groupé les projets selon l'organisation ou non d'un accompagnement psychologique. Seul un projet où un accompagnement psychologique est proposé par un psychologue aux personnes âgées fragiles, pouvait être appelé projet 'psy'. Ceci signifie qu'un projet qui affirmait organiser un accompagnement psychologique par un ergothérapeute, n'était pas considéré comme un projet offrant de l'accompagnement psychologique.

Un autre critère était relatif au caseload. Un psychologue travaillant à temps plein ayant un caseload de 50 personnes à suivre ou moins nous a semblé acceptable. Nous avons décrit dans le rapport d'implémentation que dans certains projets, certains psychologues avaient un caseload de 100, voire 200 patients en file active par équivalent temps plein. Au terme de l'évaluation, ce nombre paraît excessif pour pouvoir organiser un accompagnement psychologique adéquat et ce projet n'était par conséquent pas repris parmi les projets organisant de l'accompagnement psychologique. Les projets organisant de l'accompagnement psychologique étaient appelés 'P1' ; ceux où ce n'était pas le cas, 'P0'.

4.3 Intensité

En plus des composantes de case management (feedback au médecin généraliste de la personne âgée fragile) et l'accompagnement psychologique (par un psychologue formé et un caseload par psychologue travaillant à temps plein qui ne pouvait pas excéder 50), nous avons ajouté une autre composante comme critère de classification, c'est-à-dire l'intensité de l'intervention. Les projets dans lesquels soit le case manager, soit le psychologue, réalisaient au moins deux visites à domicile en moyenne par mois par personne âgées étaient catégorisées 'I1' et les projets où l'un de ces deux professionnels se rendaient en moyenne moins de deux fois par mois au domicile des personnes âgées, étaient classées comme 'I0' ('I' pour Intensité).

La classification complète des 25 projets du deuxième appel pouvait, en théorie, consister en huit groupes avec ces trois composantes.

Toutefois, deux de ces groupes ne comprenaient aucun projet parmi les projets du deuxième appel : FOP1I1 et FOP0I1². En outre, le dernier groupe présente des projets trop hétérogènes pour qu'ils soient groupés – un de ces projets a même arrêté prématurément. Ils ne font pas partie de ce rapport synthétique mais sont décrits dans le rapport d'implémentation. Il s'agit du groupe FOP0I0. Ceci explique pourquoi seulement 5 types de projets sont décrits ici.

Dans le rapport d'implémentation étendu, les résultats sont présentés selon les composantes principales du modèle de soins chroniques d'Ed Wagner, adapté pour la Belgique par le KCE [10]. Pour le confort du lecteur, ces données sont présentées ici de manière synthétique.

Pour finir, nous attirons l'attention du lecteur sur le fait qu'à l'exclusion de la partie portant sur l'ergothérapie, les données du rapport d'implémentation se rapportent à des données collectées à **partir de 2014** (c'est-à-dire du deuxième appel à projets), alors que les données se rapportant aux conséquences des projets (outcomes), comprennent des données collectées **depuis 2010**.

4.4 Description synthétique de cinq types de projets du second appel

4.4.1 *Les projets délivrant à la fois du case management et de l'accompagnement psychologique adéquats (à intensité élevée) (F1P1I1)*

Dans ce premier groupe de projets, nous trouvons des projets dans lesquels le case management consiste notamment en un niveau de feedback adéquat au médecin généraliste de la personne âgée fragile, à propos des résultats du BelRAI et/ou des interventions proposées par le projet. Au sein de ce groupe de projets également, des psychologues formés délivrent un accompagnement psychologique aux bénéficiaires qui en ont besoin, et le caseload de bénéficiaires par équivalent temps plein (ETP) psychologue est inférieur à 50.

Comme nous l'apprennent les résultats de l'analyse qualitative, ce type de service est destiné aux personnes âgées et leurs aidants informels (aidants proches) qui ont les besoins en soins les plus

² Dans la partie qualitative, il y a des projets FOP0I1 du premier appel, qui ont été regroupés avec les projets FOP0I0.

complexes, c'est-à-dire dans les situations où les personnes âgées souffrent à la fois de problèmes cognitifs et fonctionnels, qu'ils sont en perte d'autonomie, que leur aidant proche n'est plus à même de gérer la situation et que un professionnel du réseau du bénéficiaire ne peut revêtir cette fonction de case manager. Dans ces cas, le case manager est un professionnel, il peut être la personne de référence et, à ce titre, est l'avocat du bénéficiaire et de son aidant informel, s'il est présent.

Les profils de case manager dans ces six projets étaient très divers. Ils avaient toutefois en commun de ne jamais travailler seuls. Le nombre de visites à domicile par bénéficiaire était donc en moyenne de deux fois par mois et le nombre d'heures passées en moyenne par personne âgée durant la durée de l'inclusion dans le projet était en de 37,2 heures. Cette durée de suivi (c'est-à-dire l'inclusion dans le projet) variait de manière importante dans ce groupe de projets et était de 200 jours en moyenne (6,5 mois) et allait de 136 à 266 jours, en moyenne par projet.

Le caseload moyen par ETP (équivalent temps plein) case manager était plutôt bas : 19 personnes âgées fragiles par ETP case manager et variait entre les projets de ce groupe, allant de 13,5 à 42,5 personnes âgées fragiles par ETP case manager.

Le coût mensuel moyen par bénéficiaire par mois dans ce groupe était de 337€, allant de 200€ pour le projet le moins cher, à 623€ pour le projet le plus onéreux, ce qui en fait le groupe de projets le plus onéreux parmi les six groupes de projets.

Le rythme de turnover des case managers était assez important, vu que dans tous les projets sauf un, les case managers ont changé durant la période d'observation. Ceci est un obstacle au case management, vu que pour jouer le rôle "d'avocat" (ou de "steward"), il faut du temps pour apprendre à appréhender la situation correctement. Dans ces six projets, une formation spécifique était organisée à l'attention des case managers autour du thème de la collaboration interprofessionnelle pour délivrer des soins, en ce compris une formation relayant le partage de l'information. Ces professionnels participaient à des réunions où des décisions étaient prises en ce qui concerne la stratégie des projets, ce qui permettait aux professionnels de disposer d'une certaine autonomie pour ce qui est de la mise en œuvre de leurs interventions. La gestion des connaissances était également accompagnée via des interventions, qui étaient organisées régulièrement au sein de ces six projets. De plus, hormis dans un projet, ces interventions incluaient un superviseur, qui pouvait apporter des connaissances supplémentaires utiles au case management de ces situations complexes.

Au sein de ces six projets, les résultats du BelRAI étaient utilisés à des fins de planification des soins et dans trois projets, ceci était fait en interdisciplinarité. Des visites à domicile avaient lieu au moins une fois par quinzaine, ce qui est un minimum pour le monitoring de la situation, mais aussi pour établir une relation de confiance avec les personnes impliquées, à commencer par la personne âgée. Le plan de soins était suivi régulièrement, profitant notamment des visites au domicile régulières. Comme décrit ci-dessus, le médecin généraliste du patient bénéficiait d'un feedback régulier à propos des résultats du BelRAI, ainsi que les autres prestataires au domicile. Tous affirmaient utiliser les résultats du BelRAI pour guider leurs interventions. La participation du médecin généraliste dans les soins multidisciplinaires était adéquate, sauf dans deux projets de ce groupe. Nous avons également vérifié l'imbrication locale de ces projets, au travers d'accord formels avec des services proposant de l'aide et la participation régulière à des réunions avec ces services, ce qui était le cas pour ces six projets. Les centres de coordination étaient les référents les plus importants de bénéficiaires vers les case managers.

Nous avons également examiné quels autres services étaient offerts par ces projets (au travers de la même organisation faitière). Nous formons l'hypothèse que l'information circulerait sans doute plus facilement entre ces services, qui seraient déjà en partie coordonnés entre eux dès le départ. Il est à souligner que la plupart de ces projets organisaient aussi de l'ergothérapie (tous sauf un), ce qui peut être le signe que ces projets trouvent ce type de soin important pour leur population-cible.

Tous ces projets pouvaient compter sur et utilisaient un dossier patient électronique, permettant le partage d'information à propos des bénéficiaires, parmi les prestataires du projet et parmi ceux qui

faisaient partie de la même organisation faîtière. Ils pouvaient aussi disposer d'un logiciel permettant de coordonner les soins pour les personnes âgées qu'ils soignaient et ces logiciels comprenaient un échéancier.

Dans ces six projets, un psychologue formé organisait l'accompagnement psychologique. Le type de besoins de la population cible tournait principalement autour de l'acceptation de la dépendance et la perte d'autonomie ("symptômes dépressifs"). La fréquence des visites à domicile suivait de près celles du case manager (deux fois par mois par bénéficiaire). Une certaine flexibilité était toutefois à l'ordre du jour, en fonction des besoins et la demande, de manière à pouvoir augmenter la fréquence. La durée de ces visites variait entre une à deux heures par visite. Dans seulement deux des six projets, les psychologues référaient les patients vers un centre de santé mentale, alors que les quatre autres pouvaient organiser de la psychothérapie à domicile aux bénéficiaires ou leurs aidants informels. La durée de l'accompagnement psychologique était toujours limitée dans le temps et une évaluation formelle avait lieu au terme de la période, où les deux parties discutaient ensemble s'il y a avait lieu de prolonger l'accompagnement ou non. Dans trois projets, cette durée déterminée était de six mois, dans deux autres, de huit à neuf mois ; dans le dernier, douze mois.

4.4.2 Les projets délivrant à la fois du case management et de l'accompagnement psychologique adéquats (à intensité faible) (F1P110)

La différence avec le groupe précédent réside en l'intensité de l'intervention (moins de deux visites à domicile par mois, en moyenne). Cinq projets font partie de ce groupe : à l'exception de deux projets, tous faisaient partie du premier appel à projets.

Comme dans le groupe précédent, les profils des case managers variait dans ces cinq projets et dans trois projets, le case manager travaillait seul.

Dans ce groupe, le nombre de visites à domicile réalisé par le case manager, par personne âgée fragile était donc moins que deux fois par mois en moyenne, ce qui explique que le nombre d'heures moyen passés par personne âgée était plus faible que dans le groupe précédent : 28 heures au lieu des 37,2 du groupe précédent, allant de 17h en moyenne pour le projet passant le moins d'heures par personne âgée à 55 heures pour le projet passant le plus d'heures par personne incluse, en moyenne. La durée de suivi des personnes incluses dans ce projet variait beaucoup au sein de ce groupe. Il était de 170 jours en moyenne mais allait de 89 jours à 260 jours par projet. Ceci est deux mois de moins, en moyenne, par rapport au groupe précédent.

Le caseload moyen de personnes âgées par ETP case manager était plus élevé que dans le groupe de projets précédents et était de 63 personnes âgées par ETP case managers et là aussi, les différences étaient importantes au sein du même groupe, allant de 34 personnes suivies par ETP case manager à 122,5 personnes.

Le coût moyen par personne âgées par mois dans ce groupe était de 216,4€, variant de 103€ à 437€.

Le niveau de turnover des case managers était moins important que dans le groupe précédent, vu que durant la période, seulement trois projets sur cinq ont vu un changement de leur case manager. De même que dans le groupe de projets précédent, les résultats du BelRAI étaient utilisés pour la planification des soins et dans trois projets, cette planification se faisait même en interdisciplinarité.

L'ensemble de ces cinq projets avaient des accords écrits et des réunions régulières avec des services de coordination de soins à domicile, qui étaient aussi les organisations qui leur référaient le plus de bénéficiaires, ensemble avec les prestataires de la première ligne. L'implication des médecins généralistes dans les soins multidisciplinaires était considérée comme bonne dans trois projets, moindre dans les deux autres.

Les services additionnels proposés par l'organisation faitière, outre le case management et l'accompagnement psychologique consistait principalement en de l'ergothérapie (pour quatre projets).

Hormis un projet, tous utilisaient un dossier patient électronique partagé, ce qui permettait le partage d'information parmi les professionnels des projets, mais uniquement accessible à ceux qui faisaient partie de la même organisation faitière. Le plan de soins était suivi de manière adéquate dans quatre des cinq projets, via un monitoring au cours des visites à domicile, notamment. Dans le projet restant, ce plan de soins était élaboré à l'inclusion, mais plus vraiment suivi par la suite. Tous affirmaient utiliser les résultats du BelRAI pour guider leurs interventions.

Des intervisions avaient lieu régulièrement au sein de quatre des cinq projets.

Un psychologue organisait l'accompagnement psychologique auprès des bénéficiaires qui en avaient besoin. Le type de besoin présenté par leur population était, de même que pour le groupe de projets précédent, lié principalement à l'acceptation de la dépendance et la perte de l'autonomie ("symptômes dépressifs"), et pas tellement issus de situations de crise.

Hormis dans un projet, les professionnels de ce groupe de projets référaient le patient auprès d'un centre de santé mentale, vu qu'ils étaient dans l'impossibilité d'offrir des psychothérapies à leurs patients et leurs aidants informels.

La fréquence moyenne des visites à domicile par un psychologue était plus élevée que celle du case manager et pouvait, pour certains projets, aller jusqu'à une fois par semaine. Une certaine flexibilité était de mise, permettant d'augmenter la fréquence, en fonction du besoin et de la demande. La durée de la visite pouvait aller de 30 minutes à 2h par visite.

À l'exception d'un projet, la durée d'accompagnement psychologique était toujours limitée dans le temps et une évaluation avait lieu à la fin de ce terme, où les parties impliquées discutaient ensemble si l'accompagnement devait être prolongé ou non. Cette durée pouvait varier fortement.

4.4.3 Les projets délivrant du case management adéquat (à intensité élevée) (F1P011)

Trois projets font partie de ce groupe. Dans ce groupe, le profil des case managers inclut des infirmières (en santé communautaire) et dans un projet, ce professionnel travaillait avec des assistant sociaux, voire des ergothérapeutes, comme case managers.

Nous pouvons observer que ces case managers ne travaillaient jamais seuls et que ces équipes comprenant des case managers étaient composées de deux à douze professionnels. Dans ce groupe, le nombre de visites à domicile était au moins une fois par quinzaine, et le nombre d'heures passées en moyenne par personne soignée était plus basse que dans le groupe précédent, soit 19,5 heures en moyenne pour la durée d'inclusion, allant de 10 heures à 37 heures par personne âgée fragile au total. Cette durée de suivi était plus courte que dans les deux groupes précédents et était de 237 jours (quasi huit mois) en moyenne.

Le caseload moyen par ETP case manager était plus bas que celui du groupe précédent : 53,1 bénéficiaires par ETP case manager (comparés aux 63 du groupe précédent), et variait parmi les projets de ce groupe, allant 37,3 personnes âgées fragiles par ETP case manager à 76,5 personnes âgées fragiles par ETP case manager. Les visites à domicile dans ce groupe de projets avaient lieu une fois par quinzaine en moyenne.

Le coût variait de manière importante dans ce groupe et était plus élevé que dans le groupe précédent (une moyenne de 254€, le projet de moins coûteux coûtant 112€ mensuels par personne âgée incluse, à 401€ pour le projet le plus coûteux).

Le rythme de turnover pour les case managers était élevé, vu que tous les projets ont vu au moins un case manager changer au cours de la période d'observation. Ces case managers bénéficiaient d'une

formation utile à la délivrance de soins interprofessionnelle et à la collaboration multidisciplinaire, en ce compris à propos du partage d'informations.

Les résultats du BelRAI étaient utilisés à des fins de planification des soins mais ceci ne se passait de manière multidisciplinaire qu'au sein d'un seul projet. Ce dernier projet faisait d'ailleurs partie d'un groupe d'autres projets de la même région, avec lesquels ils avaient élaboré **un protocole partagé**, en concertation avec l'ensemble des disciplines impliquées (cf. rapport des projets du premier appel). Ce protocole reprend la description des fonctions des différents professionnels, se fonde sur les résultats de la recherche et un consensus entre les professionnels issus des différentes disciplines, ainsi que la trajectoire à proposer à la personne soignée par les différents professionnels, en fonction des résultats du BelRAI.

Nous avons, ici également, vérifié l'imbrication dans le réseau local au travers des accords formels avec des centres de coordination organisant des services d'aide. Les trois projets faisant partie de ce groupe avaient ce type d'accords et assistaient régulièrement à des réunions avec ces centres. La majorité des personnes âgées incluses provenaient de ces centres, mais aussi des prestataires des soins à domicile. L'implication des médecins généralistes dans les soins multidisciplinaires était jugée bonne en général.

Le plan de soins était monitoré de manière adéquate dans ces trois projets et les participants affirmaient l'utiliser au cours des visites régulières à domicile.

Chacun de ces trois projets utilisait un dossier patient électronique partagé, permettant le flux d'information entre les prestataires du projet, mais seulement parmi ceux qui faisaient partie de la même organisation faitière. Pour terminer sur une note positive, tous utilisaient un logiciel permettant la coordination des soins pour les personnes âgées fragiles, qui comprenait un échéancier.

4.4.4 Les projets délivrant du case management adéquat (à intensité faible) (F1P010)

La différence avec le groupe précédent réside en l'intensité de l'intervention (moins de deux visites par mois en moyenne). Six projets font partie de ce groupe. Quatre parmi eux font partie du premier appel à projets.

Les profils de case manager sont, une fois de plus, très divers au sein de ces six projets. Dans quatre projets, une infirmière faisait partie de l'équipe de case managers et elle pouvait être une infirmière en santé communautaire. Dans les deux projets restants, le profil de case manager était un ergothérapeute et dans le dernier, un assistant social. Dans deux projets, le case manager travaillait seul, alors que dans les quatre autres, il faisait partie d'une équipe de case managers. Au sein de ce groupe, le nombre de visites à domicile moyen par case manager était moins que deux par mois et le nombre d'heures passés par personne âgée fragile incluse était de 18,6 heures pour la durée de l'inclusion, allant de 13,1 heures pour le projet passant le moins d'heures par personne âgée, à 32,4 heures pour le projet passant le plus de temps par personne âgée au total, en moyenne. La durée de ce suivi (c'est-à-dire la durée d'inclusion moyenne pour les bénéficiaires par projet) était de 198 jours (minimum 166 jours et maximum, 262 jours). C'est-à-dire 40 jours de moins en moyenne que dans le groupe précédent.

Le caseload moyen par ETP case manager était par conséquent plus élevé que dans le groupe précédent : 66 personnes âgées fragiles par ETP case manager, allant de 16,8 personnes en file active par case manager pour le projet avec le caseload le plus bas dans ce groupe, à 118 personnes âgées par ETP case manager dans le projet ayant le caseload le plus élevé par ETP case manager).

Le coût moyen par personne âgée incluse était de 177,5€ en moyenne, allant de 63 € pour le projet le moins coûteux, à 318€ pour le projet le plus onéreux).

Le rythme de turnover des case managers était un peu moindre que dans le groupe précédent, vu que les case managers avaient changé dans deux projets sur six au cours de la période d'observation.

Les résultats du BelRAI étaient utilisés à des fins de planification des soins dans ces six projets. Au sein de deux projets, ceci était même fait en multidisciplinarité.

Hormis un projet, la population-cible était des personnes âgées fragiles, sans préciser des critères particuliers. Dans ce dernier projet, ils ciblaient particulièrement les personnes jeunes souffrant de démence.

Ces six projets avaient des accords formels et assistaient régulièrement à des réunions avec des centres de coordination, qui étaient les organismes qui leur envoyaient le plus de personnes âgées, ainsi que les prestataires du domicile. L'implication des médecins généralistes à l'organisation des soins était perçue comme bonne, hormis pour un projet.

C'est dans ce groupe de projets qu'on trouve la plus grande variété d'autres soins et services offerts (hormis pour deux projets). Parmi cette variété, on retrouvait le plus souvent de l'ergothérapie, qui montre encore bien combien cette offre de soin est perçue comme importante pour cette population-cible.

Tous affirmaient que le plan de soins était monitoré de manière adéquate au sein de ces six projets, que les participants affirmaient utiliser, entre autres, lors des visites régulières à domicile.

Des interventions avaient régulièrement lieu au sein de quatre projets parmi les six.

Tous les projets utilisaient un dossier patient électronique partagé, permettant le flux d'information entre les prestataires du projet, mais seulement parmi ceux qui faisaient partie de la même organisation faitière.

4.4.5 Les projets délivrant principalement de l'accompagnement psychologique (FOP110)

Trois projets font partie de ce groupe, qui délivrent principalement de l'accompagnement psychologique. Ces projets ne délivrent pas de réel case management, bien que deux parmi eux l'affirment. En effet, le nombre d'heures passés par personne âgée fragile pour l'organisation des soins était tellement faible (moins de cinq heures sur la durée totale du projet), que ce service ne peut pas être vu comme du case management.

Deux projets parmi les trois ne faisaient pas partie des projets du premier appel.

Les professionnels de ce groupe de projet comprenaient bien sûr des psychologues, qui travaillaient en interaction étroite avec des ergothérapeutes et dans deux projets, des médecins. Ces derniers pouvaient soit avoir un rôle de supervision (un projet), soit clinique (p.ex. vérification du schéma médicamenteux avec un pharmacien). Deux parmi ces projets incluaient également des infirmières. Dans l'un de ces deux projets, l'infirmière n'avait été engagée que pour réaliser l'évaluation à l'aide du BelRAI, ce qui fait que ce projet n'utilisait ni les CAPs, ni les résultats des échelles.

Dans ce groupe, le nombre de visites à domicile était en moyenne de deux par mois pour un projet et, dans le dernier, une fois par mois. Toutefois, dans le projet où les visites à domicile avaient lieu une fois par mois, des sessions de groupe étaient organisées deux fois par mois. Ce projet fait d'ailleurs partie de l'étude de cas et est décrit en détail dans le rapport d'implémentation. Le nombre d'heures passées par bénéficiaire dans ce groupe de projet était 24 heures.

La durée moyenne d'inclusion parmi les projets de ce groupe était 180 jours (six mois), allant de quatre mois pour la durée la plus courte à quasiment huit mois, pour la durée la plus longue. Le caseload moyen par ETP professionnel était de 24,2 personnes âgées fragiles et variait de 17,6 à 30 par ETP professionnel.

Le coût moyen par personne âgée fragile était de 188€ pour la durée totale d'inclusion, avec un de 141€ et un maximum de 232€.

Il est intéressant de remarquer que le rythme de turnover des professionnels de ce projet était nul durant la période d'observation.

Les résultats du BelRAI n'étaient utilisés que dans un seul projet pour planifier les soins, ce qui n'est pas surprenant en regard du type de projets, où l'accent est mis sur le soutien psychologique et pas tellement sur la prise en compte de l'entièreté de la situation (p.ex. peu de prise en compte des besoins physiques).

Deux projets parmi les trois avaient des accords formels et assistaient à des réunions régulières avec des centres de coordination. L'implication des médecins généralistes dans l'organisation des soins était faible, selon ces projets.

Des interventions étaient organisées sur base régulière dans ces trois projets. De plus, ces interventions se faisaient en présence d'un superviseur, qui pouvait apporter des connaissances supplémentaires dans des domaines touchant à l'accompagnement de ces situations complexes.

Aucun de ces projets n'utilisait de dossier patient électronique, ce qui fait que le flux d'informations parmi les prestataires de soins du projet n'était pas facilité.

4.5 Résumé des cinq projets d'ergothérapie organisée seule, qui sont toujours financés

Les composantes de l'ergothérapie, les conditions nécessaires à leur mise en œuvre réussie, ainsi que les barrières à l'implémentation sont décrites dans le rapport d'implémentation des projets du premier appel [8]. En résumé, l'ergothérapie vise surtout le travail sur l'autonomie de la personne âgée ou, en d'autres termes, sur leur capacité à être moins dépendante.

Cinq critères ont été relevés pour décrire l'ergothérapie : son intensité, l'approche multidisciplinaire, l'utilisation d'un dossier patient partagée, des accords avec un bandagiste, et la formation continue. Ici aussi, nous observons une grande hétérogénéité parmi les projets décrits, surtout pour ce qui est du niveau d'intensité.

- (a) L'intensité a été mesurée via le caseload en file active par équivalent temps plein (ETP) ergothérapeute. Elle est présentée en trois classes : intensité faible (plus de 50 personnes âgées d/ETP) ; intensité moyenne (entre 40 et 50 caseload/ETP) ; intensité forte (39 et moins de caseload/ETP). Il est intéressant de noter que les deux projets qui ont la plus faible intensité ont pour organisation faitière un centre de soins à domicile. Par l'intermédiaire de leur organisation faitière, l'envoi des bénéficiaires vers leur projet était facilité. Ainsi les infirmières dans la même organisation pouvaient signaler les bénéficiaires qui présentaient un profil à qui l'ergothérapie pouvait s'avérer utile. Deux projets se présentaient avec une intensité moyenne et deux projets proposaient de l'ergothérapie à une intensité plus élevée.
- (b) L'approche multidisciplinaire, mesurée à l'aide de trois critères : (1) collaboration et coordination avec d'autres prestataires du domicile (capacité de réseautage en-dehors du projet, avec d'autres professionnels qui travaillent avec des personnes âgées : meetings et feedback), (2) l'implication des médecins généralistes des personnes âgées et (3) le nombre de participants différents impliqués dans la prise de décision pour organiser les soins autour d'une personne. Nous avons donc attribué un score à chaque projet, allant de 0 à 3 (0= la pire situation, 3 = la meilleure situation). La majorité des ergothérapeutes au sein de ces projets travaillaient en multidisciplinarité. Trois parmi les cinq obtenaient un score de deux ou plus pour cet item. Deux autres projets obtenaient un score inférieur à 1,6 et ils avaient une intensité élevée. On ne peut pas déduire de lien entre l'intensité (définie par le caseload par ETP ergothérapeute) et le caractère multidisciplinaire du travail.

- (c) L'utilisation d'un dossier patient. Hormis un, tous les projets utilisaient un dossier patient et, parmi ces quatre qui utilisaient un dossier patient, trois l'utilisaient sous format électronique.
- (d) Un partenariat avec un bandagiste : seuls deux projets avaient un tel partenariat, qui est censé faciliter l'accès à l'équipement nécessaire.
- (e) Des formations continues n'avaient pas lieu dans ces projets. Seuls deux projets avaient inclus des ergothérapeutes ayant de l'expérience avec la population-cible ; aucun n'avait d'expérience antérieure avec le travail à domicile. On aurait pu s'attendre à ce que les organisations faitières organisent au moins des interventions pour soutenir la réflexivité des ergothérapeutes mais ce n'était donc pas le cas dans ces projets.

Table 1. Tableau comparatif de quelques données de cinq projets de case management et/ou soutien psychologique

F1P1l1 Projets délivrant du case management et de l'accompagnement psychologique (intensité élevée)
 F1P1lo Projets délivrant du case management et de l'accompagnement psychologique (intensité faible)
 F1Pol1 Projets délivrant du case management (intensité élevée)
 F1Polo Projets délivrant du case management (intensité élevée)
 FoP1lo Projets délivrant surtout de l'accompagnement psychologique

Type de projet	F1P1l1	F1P1lo	F1Pol1	F1Polo	FoP1lo
Coût total moyen par personne âgée par mois	€ 337	€ 216	€ 254	€ 178	€ 188
Durée moyenne du suivi (jours)	200 j	170 j	237 j	198 j	181 j
Caseload moyen par ETP case manager (ou psychologue, pour le groupe sans case management, c.-à-d. FoP1lo)	19 personnes	63 personnes	53 personnes	66 personnes	24 personnes
Nombre d'heures moyen passé par personne âgée par case manager (ou psychologue, pour le groupe sans case management, c.-à-d. FoP1lo)	37,2 h	28h	19,5h	18,5h	24h

5. Synthèse des effets des interventions en fonction de caractéristique de personne âgée fragile au moment, ou avant l'inclusion dans un projet du Protocole 3 ou dans le groupe de comparaison

Nous présentons ici les résultats des effets des interventions par sous-groupe (ou strate) de personne âgée fragile définis en fonction de caractéristiques de ces mêmes personnes au moment de l'inclusion ou avant l'inclusion dans un projet du Protocole 3 ou dans le groupe de comparaison. Deux types de stratification ont été utilisées : par profil de dépendance et par profil de consommation de soins de santé « clés » remboursés. Les résultats sont résumés ci-dessous et discutés. Le lecteur désirant plus de détails est invité à consulter le rapport quantitatif.

Les personnes âgées fragiles incluses dans les projets P3 ont bénéficié de l'une des interventions suivantes :

- (F1P1I1) case management (F1) et accompagnement psychologique(P1) à intensité élevée (I1)
- (F1P1I0) case management (F1) et accompagnement psychologique(P1) à intensité faible (I0)
- (F1P0I1) case management (F1) à intensité élevée (I1) sans accompagnement psychologique(P0)
- (F1P0I0) case management (F1) à intensité faible (I0) sans accompagnement psychologique(P0)
- (F0P0) case management non-adéquat (F0) sans accompagnement psychologique (P0)
- (Ergo) ergothérapie (premier appel)
- (P1F0) accompagnement psychologique sans case management (premier appel)
- (P1 screening) screening psychologique avec ou sans case management (premier appel)
- (P1 screening + intervention) screening et accompagnement psychologique avec ou sans case management (premier appel)

Le tableau 2 ci-dessous reprend le nombre d'individus analysé pour chaque type de projets en fonction des différentes analyses réalisées. Les analyses des outcomes cliniques sont réalisées sur l'échantillon des bénéficiaires ayant deux évaluations BelRAI complètes (ce qui correspond à la première ligne du tableau). Les analyses de l'utilisation des services, des coûts et du risque d'institutionnalisation et de décès sont réalisées sur deux échantillons de bénéficiaires, le premier ayant une première évaluation BelRAI complète et 6 mois de recul dans les données IMA (ce qui correspond à la deuxième ligne du tableau), le deuxième ayant une première évaluation complète et 12 mois de recul dans les données IMA (ce qui correspond à la troisième ligne du tableau). Ces deux échantillons correspondent aux analyses fait par comparaison avec le groupe contrôle profile de dépendance (pour le recul à 6 mois) et avec le groupe contrôle consommation historique des soins de santé (pour le recul à 12 mois).

Table 2. Nombre de personnes âgées incluses dans les projets du Protocole 3, par type d'intervention et selon les types de données dont nous disposons

Types de données disponibles	F0P0	F1P0I0	F1P0I1	F1P1I0	F1P1I1	Ergo	Psycho	Autres	Total
avec 2 BelRAI	831	1417	2278	462	1214	373	429	1169	8173
avec 1 BelRAI + recul à 6 mois	993	1724	2660	518	1469	684	571	2071	10690
avec 1 BelRAI + recul à 12 mois	824	1300	2109	397	1192	635	447	1805	8709

Les effets des interventions du Protocole 3 sur des strates spécifiques (sous-groupes) de l'état de santé des personnes âgées fragiles, la consommation de soins et de l'aide, et des coûts sont présentés de manière à pouvoir répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques des strates à l'inclusion dans les interventions du Protocole 3 ?
- En se fondant sur l'expérience de l'implémentation des interventions du Protocole 3, quelles sont les hypothèses relatives à l'effet attendu des interventions du Protocole 3 ?
- Quels sont les résultats statistiques et comment peuvent-ils être interprétés en lien avec l'hypothèse ?

5.1 Résultats présentés par strate, en fonction des niveaux de dépendance personnes âgées fragiles à l'inclusion dans l'intervention du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison

Cinq strates ont été créées, en fonction du profil de dépendance des personnes âgées fragiles à l'inclusion dans l'intervention du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison. Les personnes âgées fragiles à l'inclusion dans l'intervention du Protocole 3 ou dans le groupe de comparaison présentaient les caractéristiques suivantes :



Figure 4. Les 5 profils de personnes âgées en fonction de leurs déficits en AVQ, AIVQ, troubles cognitifs et de comportement

- (1) pas de limitations au niveau de l'AVQ, AIVQ, ni du CPS. Ce groupe ne sera pas étudié ici.
- (2) des limitations des AIVQ et des déficits cognitifs légers,
- (3) des limitations fonctionnelles (AVQ et AIVQ),
- (4) des déficits fonctionnels (AVQ et AIVQ) et cognitifs (CPS) et
- (5) des déficits fonctionnels, cognitifs et troubles du comportement.

5.1.1 Profil 2. Les personnes âgées fragiles ayant des limitations des AIVQ, ainsi que des troubles cognitifs légers à l'inclusion dans l'intervention du Protocole 3 ou dans un groupe de comparaison



Figure 5. Profil 2: les personnes âgées fragiles ayant des limitations des AIVQ et des légers troubles cognitifs

Les hypothèses, les résultats et leur interprétation pour ce groupe de population, sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : les personnes âgées fragiles ayant des limitations AIVQ et des déficits cognitifs initiaux peuvent bénéficier de case management à intensité faible (F1I0) avec éventuellement, un accompagnement psychologique (P1), lorsqu'elles présentent des problèmes d'ordre neurodégénératifs (menant à un déclin progressif de leur état cognitif).
- Hypothèse 2 : Lorsque c'est nécessaire (notamment en raison de besoin en soins par des prestataires multiples), le type de coordination le moins cher peut être le plus indiqué pour les personnes âgées fragiles ayant des limitations au niveau des AIVQ associées à des déficits cognitifs faible connaissant un problème aigu (par exemple un déficit cognitif temporaire, associé à une anesthésie). Dans ce cas, il y a probablement lieu d'opter pour une fonction de coordination.
 - o En lien avec ces hypothèses, nous observons que les interventions de case management ("F") chez les personnes présentant des limitations dans les AIVQ et de légers troubles cognitifs :
 - Sont toujours associées avec une diminution du recours aux urgences. Deux types de case management adéquat (F1P1I0, F1P0I1) étaient associés à une diminution des besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène. Ceci n'était cependant pas le cas pour deux autres types de case management : (F1P0I0, F1P1I1).
 - Sont associées avec une amélioration de l'état fonctionnel, dépressif et la qualité de vie. Cette amélioration augmente avec l'intensité élevée.
 - Il n'y avait pas de différence au niveau du risque d'institutionnalisation. Ce résultat peut être attendu, au vu du faible niveau de dépendance de cette population.
 - Le coût moyen estimé par bénéficiaire, par mois, des interventions de case management varie entre 88 et 169 € par mois.
 - Le coût des séjours temporaires est parfois plus élevé dans le groupe intervention (F1P0I1).
 - Le coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention)³ et des séjours en maison de repos est moins élevé dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle pour l'INAMI, les bénéficiaires et les entités fédérées (lorsque le calcul a été possible).

³ P.ex. l'évitement d'une hospitalisation peut être la conséquence d'une intervention, mais pas nécessairement liée à la dépendance

- Le nombre de jours à domicile est moins élevé pour environ 20% de personnes âgées dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (excepté pour F1P111 où il n'y a pas de différence significative).
 - En conclusion, nous observons des résultats positifs pour toutes les interventions avec du case management. Nous suggérons de proposer du case management à intensité faible (F1I0), éventuellement avec un accompagnement psychologique (P1) pour les personnes âgées fragiles ayant des limitations au niveau des AIVQ associés à des déficits cognitifs légers, lorsqu'ils présentent des problèmes neurodégénératifs évolutifs. Toutefois, bien qu'il nous manque les données pour confirmer ceci, une coordination classique pourrait être proposée pour les personnes âgées présentant des limitations au niveau des AIVQ associées à des déficits cognitifs faibles, en phase aiguë, par souci d'efficacité.
- Hypothèse 3 : les personnes âgées fragiles ayant des limitations au niveau des AIVQ associées à des déficits cognitifs légers pourraient bénéficier de l'ergothérapie. Ceci peut être utile pour diminuer les scores AIVQ à court terme et prévenir le fardeau de l'aidant informel.
 - En lien avec cette hypothèse, nous observons pour l'ergothérapie organisée seule:
 - Elle était uniquement associée à une diminution des besoins non rencontrés en soins infirmiers ;
 - Elle était uniquement associée à une augmentation de la qualité de vie et une diminution du fardeau de l'aidant proche non cohabitant.
 - Elle avait un coût estimé moyen pour ce profil, par personne âgée, de 66 € par mois,
 - Les coûts des séjours en maison de repos ne sont pas différents entre le groupe intervention et contrôle.
 - Globalement, le coût moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) et des séjours en maison de repos est moins élevé dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle pour l'INAMI, les bénéficiaires et les entités fédérées (lorsque le calcul a été possible,). Pour 60% des bénéficiaires, le coût était moins élevé dans le groupe intervention.
 - Le nombre moyen de jours passé à domicile n'est pas différent entre les deux groupes
 - En conclusion, nous observons un effet positif de l'ergothérapie pour cette population, même si les effets sur les limitations fonctionnelles pour réaliser les AIVQ ne sont pas observés.

Table 3. Outcomes cliniques des personnes âgées fragiles du profil 2, sur base des résultats de la régression quantile ou logistique, dans le groupe intervention, **par rapport au groupe contrôle**

Outcomes cliniques							
	AIVQ	AVQ	Chutes	DRS	Score de qualité de vie	Fardeau de l'aidant informel cohabitant	Fardeau de l'aidant informel non-cohabitant
FO	↓30% AIVQ < 24 ; ↓9/48	↑20% AVQ>2 ; ↑1/6	-	-	↓80% QdV<33 ; ↓2/66	↑20% Zarit>20 ; ↑10/48	↓10% Zarit >20 ; ↓6/48
F1P0I0	↓35% AIVQ<24 ; ↓4/48	↑20% AVQ>2 ; 1/6	-	-	↓80% QdV<33 ; ↓2/66	↑50% Zarit<6 & >18 ; 5/48	↓20% Zarit≈14 ; ↓3/48
F1P1I0	↓15% AIVQ ≈35 ; ↓2/48	-	-	-	↓10% QdV>41 ; ↓4/66	↑35% Zarit ≈19 ; ↑6/48	↓25% Zarit>18 ; ↓4/48
F1P0I1	↓80% ↓13/48	↓65% ↓2/6	Tendance ↓	↓30% DRS>0 ; 2/48	↓100% ↓2-5/66	↑20% Zarit<5 ; ↑3/48	↓50% Zarit>9 ; ↓10/48
F1P1I1	↓50% AIVQ<30 ; ↓10/48	Tendance ↓	-	Tendance ↓	↓50% QdV<31 ; ↓3/66	↑60% ↑6/48	Tendance ↓
Ergo	Tendance ↓	↑% > cutoff	-		↓20% QdV≈35 ; ↓2/66	-	↓20% Zarit>20 ; ↓5/48

Légende: Si **régression quantile**: les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution du score de l'échelle clinique étudiée dans le groupe intervention; la **proportion** associée avec la flèche vers le haut ou vers le bas indique le pourcentage du groupe intervention affecté par cette augmentation ou diminution; le **nombre** associé au nom de l'échelle indique la position de l'augmentation ou de la diminution, dans la distribution; le **ratio** associé à la flèche vers le haut ou vers le bas indique l'augmentation ou la diminution maximales sur le score total de l'échelle.

(P.ex. : ↓30% ; AIVQ<24 ; ↓9/48 : une diminution des limitations liées aux AIVQ a été observée pour 30% du groupe intervention ayant un score AIVQ en-dessous de 24 et jusqu'à 9 points sur une échelle de 48).

Si **régression logistique**, indiquée par des flèches vers le haut ou vers le bas, signifiant une augmentation ou une diminution de la proportion du groupe intervention se trouvant au-dessus du cutoff de l'échelle, (p.ex.: ↑% au-dessus du cutoff : augmentation de la proportion de personnes âgées dans le groupe intervention au-dessus du cutoff de l'échelle,).

Table 4. Utilisation des services des personnes âgées fragiles du profil 2

Utilisation de services								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
FO	↓prop (BNC) 35-20%	-	-	Tendance ↓freq	-	↑prop & freq	- (GI) 13%; (GC) 5%	- (GI) 4%; (GC)10%
F1POIO	↓ prop (BNC) reste 36%	-	-	↓freq	↑prop & freq	↑prop & freq	- (GI) 11%; (GC) 7%	- (GI) 3%; (GC)5%
F1P1IO	- (BNC) 33-15%	-	-	↓prop & freq	-	-	- (GI) 7%; (GC) 3%	- (GI) 1% ; (GC) 4%
F1POI1	↓ prop (BNC) 35-16%	-	-	↓freq	↓freq	↑prop & freq	- (GI) 10%; (GC) 7%	↓ (GI) 3%; (GC) 7%
F1P1I1	↓ prop (BNC) reste 21%	-	-	↓freq ↓2*	-	-	- (GI) 6%; (GC) 7%	↓ (GI) 3%; (GC) 7%
Ergo	- (BNC) 28-18%	-	-	-	-	-	- (GI) 8%; C4%	- (GI) 3%; (GC) 5%

Légende : (BNC)= besoin non couvert ; freq = fréquence ; prop = proportion ; (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle. (1) Le tableau 4 présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC), définis par la proportion des personnes âgées présentant des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe d'intervention lors de l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert six mois après l'inclusion (p.ex. : ↓prop ; (BNC) 35-20% : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est plus basse dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 35% du groupe intervention à l'inclusion et une diminution à 20% du groupe intervention à six mois après l'inclusion).

(2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex.: ↓freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services).

(3) Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle, (p.ex.: - ; (GI) 13% ; (GC) 5% : pas de différence entre les groupes intervention et contrôle, 13% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 5% au sein du groupe contrôle).

Table 5. Coûts des services de soins et de l'aide pour les personnes âgées fragiles du profil 2

Coûts	Patients et aidants informels					Entités fédérées			INAMI		Ensemble des acteurs	
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ			Coût de l'intervention	Coût net incrémental	Coût net incrémental	Jours à domicile
			Séjours temporaires	Séjours définitifs			Séjours temporaires	Séjours définitifs				
FO	372€ vs 575€	-	-	-	-	0€ vs 38€	-	-	92€	-494€ > 80%	-595€ > 80%	-
FIP0I0	-	-	52€ vs 8€	-	>30%	-	-	-	88€	-	-	>20%
FIP1I0	-	-	-	-	-	-	-	-	142€	NotC. > 25%	NotC. > 25%	>25%
FIP0I1	-	-	45€ vs 14€	-	-	-	48€ vs 11€	-	169€	-	-	>25%
FIP1I1	-	-	-	-	-	-	-	41€ vs 82€	202€	-380€ > 70%	-498€ > 60%	-
Ergo	-	2184€ vs 829€	-	-	-	6€ vs 59€	-	-	66€	-458€ > 60%	-513€ > 60%	-

Légende :

CSJ: centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20%: une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, ce coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20%: pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56€ vs 7€: 56 € en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7 € dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- *Le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'intervention : soins infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipement spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence), l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatres) et les hospitalisations. Les coûts pour les services d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).*
- *Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos*

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- *Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).*
- *L'INAMI*
- *Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).*

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

5.1.2 Profil 3. Les personnes âgées fragiles ayant des limitations fonctionnelles à l'inclusion des interventions du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison



Figure 6. Profil 3: Les personnes ayant des limitations fonctionnelles

Les hypothèses, les résultats et leurs interprétations pour la population avec des limitations fonctionnelles à l'inclusion, sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : Le case management peut être intéressant mais pas toujours nécessaire pour les personnes âgées fragiles ayant des limitations fonctionnelles. Ceci dépendra de la capacité de la personne âgée fragile et son entourage de pouvoir s'organiser. L'intensité peut être assez élevée au début de la mise en œuvre des soins et de l'aide mais il est probable qu'elle diminuera par la suite, lorsque la situation est stabilisée. Nous pouvons donc nous attendre à ce que les résultats ne montrent pas un effet plus important pour un type de case management en particulier.
 - o En lien avec cette hypothèse, nous observons que :
 - Même en présence d'un case management non-adéquat et sans accompagnement psychologique à proprement parler (FOP0), on peut voir des résultats intéressants pour cette population. En effet, cette intervention était associée à une amélioration du statut fonctionnel, avec une augmentation, (de 5 points sur une échelle de 66) de la qualité de vie pour 80% des personnes, ainsi qu'une diminution des besoins non couverts en soins infirmiers. À l'inclusion dans l'intervention, ces besoins non couverts étaient de l'ordre de 30% pour le groupe intervention et 2/3 du groupe intervention au total recevait des soins infirmiers.
 - Une augmentation du risque d'institutionnalisation a été observé pour tous les types de case management, hormis pour l'intervention avec un case management adéquat et un accompagnement psychologique de basse intensité. L'institutionnalisation n'était pas justifiée pour des personnes n'ayant que des limitations fonctionnelles. Toutefois, les bénéficiaires d'interventions de case management (F1) à intensité haute (I1) avaient un risque de décès plus élevé que le groupe contrôle. Le fait que ces bénéficiaires étaient probablement plus fragiles que ceux du groupe contrôle pourrait expliquer leur risque majoré d'institutionnalisation. Une autre explication pourrait être qu'un accompagnement psychologique était nécessaire pour que la personne accepte de l'aide à domicile. Cette acceptation et les services organisés par le case manager au domicile pouvait alors reporter l'institutionnalisation. Cette hypothèse n'a pas été confirmée pour les interventions de case management à intensité élevée, avec un accompagnement psychologique F1P1I1.
 - Une diminution du recours aux urgences a été observée pour tous types de case management, hormis pour le case management avec accompagnement psychologique de faible intensité (F1P1I0). La même tendance a été observée pour le recours au médecin généraliste en-dehors des heures de bureau, hormis pour le case management avec accompagnement psychologique de faible intensité (F1P1I0) et le case management non-adéquat sans accompagnement psychologique (FOP0).

- Une augmentation de la proportion et la fréquence d'hospitalisation a été observée pour tous les types de case management, hormis pour F1P1I0.
 - Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, du case management varie entre 114 € (F1P0I0) et 224 € (F1P1I0).
 - Le coût moyen de l'aide familiale est plus élevé dans le groupe intervention avec case management (F1P1I0) par rapport au groupe contrôle (741 € versus 409 € par mois, par bénéficiaire).
 - Les coûts moyens des séjours en maison de repos (temporaires ou définitifs) pour les bénéficiaires et entités fédérées sont globalement plus élevés dans le groupe intervention.
 - Globalement, le coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) et des séjours en maison de repos est moins élevé dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle pour l'INAMI, les bénéficiaires et les entités fédérées (lorsque le calcul a été possible).
 - Le nombre moyen de jours passé à domicile est moins élevé dans le groupe intervention.
 - En conclusion, les résultats confirment que le case management n'est pas d'emblée nécessaire pour les personnes présentant une dépendance fonctionnelle sévère. La complexité de la situation (la présence de différents prestataires pour répondre aux besoins, l'adéquation du réseau et le niveau d'autonomie de la personne âgée fragile) est vraisemblablement la clé pour le choix entre un case management ou une coordination de soins. Il n'a pas été possible de vérifier cela avec les résultats disponibles.
- Hypothèse 2 : L'ergothérapie se justifie également pour adapter le domicile de la personne, pour donner des conseils aux aidants formels et informels, ...
 - En lien avec cette hypothèse, nous observons que l'ergothérapie:
 - A un effet positif sur l'évolution du statut fonctionnel et diminue le risque de chute
 - Diminue légèrement l'utilisation des urgences hospitalières
 - Le coût de l'intervention est estimé à 68 € par mois par personne âgée.
 - Le coût net est significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au group contrôle à la fois pour l'INAMI et lorsque l'ensemble des financeurs est considéré pour les soins de santé remboursés étudiés et les séjours en maison de repos et CSJ.

Le nombre de jours passé à domicile n'est pas significativement différent entre les deux groupes, intervention et contrôle.
 - En conclusion, cette intervention pourrait être utile pour cette population
- Hypothèse 3 : L'accompagnement psychologique devrait faire partie de la boîte à outils du case management lorsqu'il est question de refus de soins (surtout du refus de soins infirmiers pour l'hygiène).
 - En lien avec cette hypothèse, nous observons que :
 - Une intervention avec un accompagnement psychologique sans case management, une intervention avec un screening et un accompagnement psychologique adéquat avec ou sans case management et une intervention avec

un screening psychologique et un case management adéquat étaient associés à une diminution importante des besoins non couverts en soins infirmiers. L'amélioration observée au niveau des échelles cliniques étaient limitée.

- L'intervention avec un accompagnement psychologique sans case management était associé à une faible diminution de l'état dépressif et à une petite amélioration de la qualité de vie. Nous n'avons pas observé de différence au niveau de l'échelle du fardeau de l'aidant informel (ZBI-12), hormis une petite tendance à l'augmentation du fardeau auprès de l'aidant informel cohabitant. Une diminution du fardeau de l'aidant informel non-cohabitant a été observée auprès de 30% des aidants des personnes âgées dans le groupe intervention ayant un screening par un psychologue et un case management adéquat.
 - Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, des projets classés dans la catégorie soutien psychologique (les groupes avec 'P1') varie entre 143 € et 241 € en fonction de son association ou non à d'autres interventions (notamment du case management)
 - Il n'y a pas de différence significative de coûts entre le groupe intervention et contrôle (P1 screening ou P1 screening + intervention)
 - Le coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) et des séjours en maison de repos est moins élevé dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle pour l'INAMI, les bénéficiaires et les entités fédérées pour P1 F0.
- En conclusion, cette hypothèse est confirmée par les résultats.

Table 6. Outcomes cliniques des personnes âgées fragiles du profil 3, sur base des résultats de la régression quantile ou logistique, dans le groupe intervention, **par rapport au groupe contrôle**

Outcomes cliniques							
	AIVQ	AVQ	Chutes	DRS	Score de qualité de vie	Fardeau de l'aidant informel cohabitant	Fardeau de l'aidant informel non-cohabitant
F0	↓20% AIVQ<30 ; ↓20/48	↓25% AVQ<3 ; ↓ 1/6	↓prop	-	↓80% ↓5/66	↑15% Zarit>21	-
F1P0I0	↓40% AIVQ<30 ; ↓10/48	↓20% + ↓prop > cutoff AVQ<3 ; ↓2/6	-	Tendance ↓	↓50% QdV<28 ; ↓2/66	-	-
F1P1I0	-	↓25% ↓2/6	-	Tendance ↓	-	-	-
F1P0I1	↓50% AIVQ<33 ; ↓15/48	↓prop > cutoff ↓98-59%	↓freq	↓25% DRS>1 ; ↓3/48	-	-	↓30% Zarit>12 ; ↓2/48
F1P1I1	↓30% AIVQ<33 ; ↓20/48	↓50% AVQ<3 ; ↓2/6	↓prop	Tendance ↓	-	-	-
Ergo	↓25% AIVQ<32 ; ↓4/48	↓30% ↓2/6	↓prop	/	-	↑50% Zarit<13 ; ↑≈2/48	↓20% Zarit>17 ; ↓4/48
P1F0	/	/	/	↓prop > cutoff ; ↓30% DRS>4 ; ↓1/48	↓80% ↓3/66	↑15% Zarit>15 ; ↑4/48	-
P1 screening	/	/	/	↓20% DRS≈3 ; ↓1/48	-	-	↓30% Zarit>12 ; ↓4/48
P1 screening + intervention	/	/	/	-	-	↑30% Zarit ≈14 ; ↑2/48	-

Légende: Si **régression quantile**: les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution du score de l'échelle clinique étudiée dans le groupe intervention; la **proportion** associée avec la flèche vers le haut ou vers le bas indique le pourcentage du groupe intervention affecté par cette augmentation ou diminution; le **nombre** associé au nom de l'échelle indique la position de l'augmentation ou de la diminution, dans la distribution; le **ratio** associé à la flèche vers le haut ou vers le bas indique l'augmentation ou la diminution maximales sur le score total de l'échelle.

(P.ex. : ↓30% ; AIVQ<24 ; ↓9/48 : une diminution des limitations liées aux AIVQ a été observée pour 30% du groupe intervention ayant un score AIVQ en-dessous de 24 et jusqu'à 9 points sur une échelle de 48).

Si **régression logistique**, indiquée par des flèches vers le haut ou vers le bas, signifiant une augmentation ou une diminution de la proportion du groupe intervention se trouvant au-dessus du cutoff de l'échelle, (p.ex.: ↑% au-dessus du cutoff : augmentation de la proportion de personnes âgées dans le groupe intervention au-dessus du cutoff de l'échelle,

Table 7. Utilisation de services des personnes âgées fragiles du profil 3

Utilisation de services								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
F0	↓ (BNC) 40-21%	↑prop	↑prop	↓freq	-	↑prop & freq	↑ (GI) 10% ; (GC) 3%	- (GI) 7% ; (GC) 10%
F1P0I0	↓ (BNC) 23-15%	-	-	↓freq	↓freq	↑prop & freq	↑ (GI) 7% ; (GC) 1%	- (GI) 7% ; (GC) 5%
F1P1I0	↓ (BNC) 52-13%	-	-	-	-	-	- (GI) 4% ; (GC) 1%	- (GI) 3% ; (GC) 3%
F1P0I1	↓ (BNC) 8%	-	-	↓freq	↓freq	↑prop & freq	↑ (GI) 6% ; (GC) 1%	↑ (GI) 5% ; (GC) 3%
F1P1I1	↓ (BNC) reste 25%	-	-	↓freq	↓freq	↑prop & freq	↑ (GI) 11% ; (GC) 2%	↑ (GI) 10% ; (GC) 2%
Ergo	- (BNC) 20-16%	-	-	Faible ↓freq	-	-	- (GI) 3% ; (GC) 3%	- (GI) 9% ; (GC) 4%
P1F0	- (BNC) 22-14%	-	-	↓freq ↓2*	-	-	- (GI) 4% ; (GC) 5%	- (GI) 3% ; (GC) 3%
P1 screening	- (BNC) 60-19	/	/	↑prop	-	↑prop	- (GI) 6% ; (GC) 4%	- (GI) 4% ; (GC) 4%
P1 screening + intervention	↓ (BNC) 41-8.4%	/	↑ (7% du tot.)	-	↑freq	-	- (GI) 3% ; (GC) 1%	- (GI) 4% ; (GC) 3%

Légende : (BNC)= besoin non couvert ; freq = fréquence ; prop = proportion ; (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle.

(1) Le tableau 7 présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC), définis par la proportion des personnes âgées présentant des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe d'intervention à l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert

six mois après l'inclusion (p.ex.: ↓prop ; (BNC) 41-21% : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est plus basse dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 40% du groupe intervention à l'inclusion et une diminution à 21% du groupe intervention à six mois après l'inclusion).

(2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex.: ↓freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services).

(3) Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle, (c.-à-d.: ↑ ; (GI) 10%; (GC) 3%: le risque d'institutionnalisation est significativement plus élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, 10% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 3% au sein du groupe contrôle).

Table 8. Coûts des services pour les personnes âgées fragiles du profil 3

Coûts	Patients et aidants informels				Entités fédérées				INAMI		Ensemble des acteurs	Jours à domicile
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ			Coût de l'intervention	Coût net incrémental	Coût net incrémental	
			Séjours temporaires	Séjours définitifs			Séjours temporaires	Séjours définitifs				
FO	-	-		77€ vs 26€	< 30%	-	70€ vs 19€	98€ vs 30€	77€	-	-	> 40%
FIP010	-	-	-	58 € vs 14€	> 20%	-	-	69€ vs 11€	114€	-412€ > 80%	-256€ >75%	-
FIP110	741€ vs 409€	-	-	39€ vs 4€	-	-	-	31€ vs 2€	224€	NotC.	-	-
FIP011	-	-	66€ vs 18€	39€ vs 7€	> 30%	-	48€ vs 12€	48€ vs 6€	166€	-425€	244 € < 35%	> 10%
FIP111	-	-	40€ vs 10€	93€ vs 21€	> 20%		47€ vs 7€	105€ vs 23€	141€	-444€ > 80%	-313€ > 50%	> 40%
Ergo	-	-	-	-	-	-	-		68€	-458€ > 80%	-513€ > 70%	-
P1 FO *	-	-	-	-	> 60%	-	-	-	143€	-579€ > 90%	-655€ > 100%	-
P1 screening *	-	-	-	-	<70%	-	-	-	120€	-	-	-
P1 screening + intervention *	-	-	-	-	-	-	-	-	241€	-	-	-

Légende

CSJ: centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20%: une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, ce coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20%: pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56€ vs 7€: 56 € en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7 € dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- Le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'intervention : soins infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipement spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence), l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatres) et les hospitalisations. Les coûts pour les services d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).*
- Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos*

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).*
- L'INAMI*
- Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).*

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

**Le soutien psychologique inclut le groupe avec des limitations fonctionnelles pour réaliser les AIVQ (et déficiences cognitives légers) en raison du faible nombre de bénéficiaires.*

5.1.3 Profil 4. Les personnes âgées fragiles ayant à la fois des limitations fonctionnelles et cognitives à l'inclusion des interventions du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison



Figure 7. Profil 4: Les personnes âgées ayant à la fois des limitations fonctionnelles (AVQ et AIVQ) et cognitives

Les hypothèses, les résultats et leur interprétation pour ce groupe de population, sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : Un case management à intensité élevée peut être nécessaire (F1P111 ou éventuellement F1P011) y inclus pour préparer à l'institutionnalisation définitive (considéré comme une bonne solution dans certaines situations, dans la mesure où cela permet de réduire le fardeau de l'aidant et le risque de maltraitance pour la personne âgée fragile)
 - o En relation avec cette hypothèse, nous observons les éléments suivants :
 - Le case management à intensité élevée sans soutien psychologique était associé à une amélioration de l'état dépressif, du fardeau de l'aidant informel cohabitant et de la qualité de vie. Il était également associé à l'amélioration de l'état fonctionnel. Le case management à intensité élevée avec soutien psychologique était associé à une amélioration de l'état fonctionnel et de la qualité de vie.
 - Le case management à intensité élevée et l'accompagnement psychologique (F1P111) était associé à une diminution des besoins non couverts en soins infirmiers, une diminution du recours aux urgences (les usagers dans le groupe intervention retournent moins fréquemment aux urgences que ceux du groupe contrôle) et une augmentation de l'institutionnalisation.
 - Ces résultats sont observés en dépit d'un risque de décès plus important dans le groupe intervention. En effet, si plus de décès ont été observés dans le groupe intervention, nous pouvons émettre l'hypothèse que le groupe intervention était plus fragile que le groupe contrôle.
 - Pour ce qui est du case management à intensité faible avec accompagnement psychologique (F1P011), on observe une diminution des besoins non couverts en soins infirmiers, alors qu'on observe une augmentation de la proportion et la fréquence du recours aux urgences.
 - Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, des projets classés dans l'intervention F1P011 est de 166 € et de 165 € pour F1P111.
 - Il n'y a pas de tendance claire qui se dégage pour les coûts des séjours en maison de repos.
 - Le coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) et des séjours en maison de repos est moins élevé dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle pour l'INAMI, les bénéficiaires et les entités fédérées pour ces deux interventions (en incluant le groupe avec des troubles du comportement).
 - Le nombre de jours passés à domicile est parfois moins élevé dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle.
 - o Conclusion : Les résultats confirment l'intérêt du case management pour les personnes présentant des déficits fonctionnel et cognitif. L'intensité dépendra principalement du fonctionnement du réseau autour de la personne âgée. Ainsi, lorsque le réseau n'est pas

organisé et/ou que d'importants besoins sont non-couverts, un case management intensif sera recommandé jusqu'à l'organisation du réseau et que les soins et services soient adéquatement alignés aux besoins et souhait de la personne âgée et de son aidant informel.

- Hypothèse 2 : L'accompagnement psychologique est utile, en particulier pour les aidants informels.
 - En relation avec cette hypothèse, nous pouvons observer que :
 - Le fait de bénéficier d'un accompagnement psychologique n'était pas associé à une amélioration de l'état dépressif.
 - Est associé avec une diminution du fardeau des aidants informels (surtout pour les cohabitants) et une amélioration de la qualité de vie (observée lorsque l'intervention psychologique est une véritable intervention et pas uniquement du screening).
 - Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, des projets classés dans l'intervention de soutien psychologique varie entre 112€ et 256€ (associé ou non à d'autres interventions).
 - Il n'y a pas de différence significative de coûts pour l'ensemble des acteurs entre le groupe intervention (P1 screening ou P1 screening + intervention).
 - le coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI et des séjours en maison de repos est moins élevé dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle, pour les bénéficiaires et les entités fédérées pour P1F0⁴.
 - Il n'y a pas de différence significative du nombre de jours passé à domicile entre le groupe intervention et le groupe contrôle.
 - En conclusion, un accompagnement psychologique pourrait être inclus dans la boîte à outils du case management. En effet, les conséquences de cette intervention sont associées avec une amélioration du fardeau de l'aidant informel de la personne âgée fragile et une amélioration de la qualité de vie lorsque le suivi psychologique est une véritable intervention psychologique ne se limitant pas à un screening.

- Hypothèse 3 : l'ergothérapie est utile pour cette population
 - En relation avec cette hypothèse, on peut observer que l'ergothérapie, organisée seule était associée à
 - Une amélioration de l'état au niveau des AVQ.
 - Une diminution des besoins non couverts en soins infirmiers et une diminution de la fréquence du recours aux urgences.
 - Le coût moyen par bénéficiaire, par mois des projets d'ergothérapie est de 46 €,
 - Pour les bénéficiaires, le coût moyen total des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) sont moins élevés pour 15% des bénéficiaires.
 - Pour l'INAMI et l'ensemble des acteurs, le coût total moyen par bénéficiaire, par mois n'est pas significativement différent du groupe contrôle.

⁴ En raison du faible nombre de bénéficiaires dans le profil avec des troubles du comportement, les bénéficiaires ont été regroupés dans le profil 'limitations fonctionnelles et déficiences cognitives' pour les interventions de soutien psychologique (associée ou non à d'autres interventions).

- En conclusion, cette intervention devrait faire partie de la boîte à outils du case management.

Table 9. Outcomes cliniques des personnes âgées fragiles du profil 4, sur base des résultats de la régression quantile ou logistique, dans le groupe intervention, **par rapport au groupe contrôle**

Outcomes cliniques							
	AIVQ	AVQ	Chutes	DRS	Score de qualité de vie	Fardeau de l'aidant informel cohabitant	Fardeau de l'aidant informel non-cohabitant
F0	↓15% AIVQ <37; ↓5/48	-	-	-	↑10% QdV >37; ↑2/66	↑20% Zarit>21; ↓ 6/48	-
F1P0I0	↓25% AIVQ <38; ↓3/48	-		↓25% DRS=0; ↓1/48	↓15% QdV <25; ↓2/66	↓20% Zarit>15; ↓ 4/48	-
F1P1I0	↓20% AIVQ <38; ↓2/48	↓35% ↓2/6		-	-	↓20% Zarit ≈18; ↓ 4/48	-
F1P0I1	↓25% AIVQ <38; ↓6/48	↓% > cutoff; ↓25% AVQ <3; ↓1/6		↓30% DRS=0; ↓1/48	↓30% QdV<25; ↓2,5/66	↓20% Zarit≈15; ↓2/48	↑25% Zarit>17; ↑10/48
F1P1I1	↓20% AIVQ <38; ↓ 5/48	↓20% AVQ <3; ↓1/6	↓prop	-	↓10% QdV<24; ↓5/66	-	
Ergo	↓10% AIVQ <40 ; 3/48	↓% > cutoff 88% > cutoff	-		-	↓10% Zarit>18 ; ↓2/48	-
P1F0	/	/	/	-	↓40% Entre 2-10/66	↓20% Zarit ≈10 ; ↓ 2/48	-
P1 screening	/	/	/	-	-	↓15% Zarit>20; ↓4/48	-
P1 screening + intervention	/	/	/	↓10% DRS ≈5 ; ↓1/48	Tendance à ↓ 75% QdV<34 ; 1-2/66	↓15% Zarit <12 ; 2/48	↓30% Zarit <12 ; 2/48

Légende: Si **régression quantile**: les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution du score de l'échelle clinique étudiée dans le groupe intervention; la **proportion** associée avec la flèche vers le haut ou vers le bas indique le pourcentage du groupe intervention affecté par cette augmentation ou diminution; le **nombre** associé au nom de l'échelle indique la position de l'augmentation ou de la diminution, dans la distribution; le **ratio** associé à la flèche vers le haut ou vers le bas indique l'augmentation ou la diminution maximales sur le score total de l'échelle.

(P.ex. : ↓30% ; AIVQ<24 ; ↓9/48 : une diminution des limitations liées aux AIVQ a été observée pour 30% du groupe intervention ayant un score AIVQ en-dessous de 24 et jusqu'à 9 points sur une échelle de 48).

Si **régression logistique**, indiquée par des flèches vers le haut ou vers le bas, signifiant une augmentation ou une diminution de la proportion du groupe intervention se trouvant au-dessus du cutoff de l'échelle, (p.ex.: ↑% au-dessus du cutoff : augmentation de la proportion de personnes âgées dans le groupe intervention au-dessus du cutoff de l'échelle,

Table 10. Utilisation des services par les personnes âgées fragiles du profil 4

Utilisation de services								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
F0	↓ (BNC) 34-21%	-	↑		-	↑freq & prop	↑ (GI) 18%; (GC) 6%	- (GI) 4%; (GC) 6%
F1POI0	↓ (BNC) 26-19%	-	↑	-	↑prop	↑prop	↑ (GI) 14%; (GC) 9%	- (GI) 11%; (GC) 7%
F1P1I0	↓ (BNC) 47-16,5%	-		-	↑freq	Tendance à ↑prop	- (GI) 12%; (GC) 13%	- (GI) 8%; (GC) 7%
F1POI1	↓ (BNC) 35-16%	-	↑freq	↑freq & prop	↑prop	↑freq & prop	- (GI) 12%; (GC) 13%	↑ (GI) 14%; (GC) 7.5%
F1P1I1	↓ (BNC) 27-17%	-		↓freq	-	↑freq & prop	↑ (GI) 14%; (GC) 8%	↑ (GI) 14%; (GC) 8%
Ergo	- (BNC) 37-19%	-	-	↓freq	-	-	- (GI) 7%; (GC) 10%	- (GI) 13%; (GC) 11%
P1F0	↓ (BNC) 39-22.5%	-	-	Faible ↓freq	-	Tendance à ↑freq	- (GI) 8%; (GC) 9%	- (GI) 3%; (GC) 8%
P1 screening	↓ (BNC) 67-15%	-	-	-	-	Tendance à ↑freq	- T12%; (GC) 17%	- (GI) 17%; (GC) 8%
P1 screening + intervention	↓ (BNC) 42-24%	-	-	-	Légère ↑	-	- (GI) 14%; (GC) 10%	- (GI) 10%; (GC) 7%

Légende : (BNC)= besoin non couvert ; freq = fréquence ; prop = proportion ; (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle. (1) Le tableau présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC), définis par la proportion des personnes âgées présentant

des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe d'intervention à l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert six mois après l'inclusion (p.ex. : ↓prop ; (BNC) 34-21% : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est plus basse dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 34% du groupe intervention à l'inclusion et une diminution à 21% du groupe intervention à six mois après l'inclusion).

(2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex. : ↓freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services).

(3) Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle, (c.-à-d. : ↑; (GI) 18%; C6%: le risque d'institutionnalisation est significativement plus élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, 18% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 6% au sein du groupe contrôle).

Table 11. Coût des soins et de l'aide pour les personnes âgées fragiles du profil 4

Coûts	Patients et aidants informels				Entités fédérées				INAMI		Ensemble des acteurs	Jours à domicile
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ	Maison de repos		Coût de l'intervention	Coût net incrémental	Coût net incrémental	
			Séjours temporaires	Séjours définitifs			Séjours temporaires	Séjours définitifs				
FO	-	-	66€ vs 22€	87€ vs 30€	<35%	49€ vs 7€	79€ vs 15€	113€ vs 32€	88€	-421€ (avec tr. comport.) >30%	-	>25%
FIP010	-	-	-	86€ vs 42€	<35%	43€ vs 10€	67€ vs 19€	112€ vs 54€	102€	-637€ (avec tr. comport.) >98%	-395€ (avec tr. comport.) >75%	>25%
FIP110	-	-	-	-	-	-	-	-	254€	- (avec tr. comport.)	-	-
FIP011	-	-	44€ vs 19€	-	<20%	32€ vs 6€	49€ vs 19€	-	166€	-411€ >80%	-	>10%
FIP111	-	-	-	102€ vs 47€	<20%	-	-	-	165€	-442€ (avec tr. comport.) >70%	-	-
Ergo *	-	-	-	-	<15%	-	-	-	46€	-	-	-
P1 FO *	-	-	-	-	-	-	-	-	112€	-692€ > 80%	-	-
P1 screening *	-	-	-	-	<30%	-	-	-	99€	-	-	-
P1 screening + intervention *	-	-	-	-	<20%	28€ vs 12€	-	-	256€	-	-	-

Légende

CSJ : centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20% : une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, ce coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20% : pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56€ vs 7€ : 56 € en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7 € dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- Le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'intervention : soins infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipement spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence), l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatres) et les hospitalisations. Les coûts pour les services d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).*
- Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos*

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).*
- L'INAMI*
- Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).*

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

- Le coût moyen en maison de repos est significativement plus élevé pour les bénéficiaires et pour les entités fédérées dans le groupe intervention, quel que soit le type de case management.
 - Le coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) et des séjours en maison de repos est moins élevé dans les interventions de type F1P1I1, par rapport au groupe contrôle, pour l'INAMI, les bénéficiaires et les entités fédérées. Pour les interventions F1P1I0, il n'y a pas de différence significative de coûts.
 - Pour F1P0I0, environ 25% des bénéficiaires ont une durée moyenne de séjour à domicile moins élevée dans le groupe intervention.
-
- En conclusion, les résultats suggèrent que pour la population présentant des troubles importants sur le plan fonctionnel et cognitif, avec des troubles du comportement, le case management n'est pas tout à fait efficace en toutes situations. La complexité de la situation (la présence de différents prestataires pour répondre aux besoins, l'adéquation du réseau et le niveau d'autonomie de la personne âgée fragile) est vraisemblablement la clé pour le choix d'un case management. Il n'a pas été possible d'étayer ceci avec nos résultats.
-
- Hypothèse 2⁵ : L'ergothérapie et l'accompagnement psychologique peuvent aider davantage les aidants informels que la personne âgée fragile elle-même.

⁵ Voir les résultats du profil limitations fonctionnelles et déficiences cognitives.

Table 12. Outcomes cliniques des personnes âgées fragiles du profil 5, sur base des résultats de la régression quantile ou logistique, dans le groupe intervention, *par rapport au groupe contrôle*

Outcomes cliniques							
	AIVQ	AVQ	Chutes	DRS	Score de qualité de vie	Fardeau de l'aidant informel cohabitant	Fardeau de l'aidant informel non-cohabitant
F0	-	↑10% AVQ>4 ; ↑1/6	-	-	-	-	-
F1P0I0	↓15% AIVQ<35 ; ↓4/48	↑20% AVQ>4 ; ↑1/6	-	-	↓25% QdV>33 ; ↓15/48	↓20% Zarit≈10 ; ↓10/66	↓40% Zarit≈10 ; ↓5/66
F1P1I0	-	-	-	-	-	-	-
F1P0I1	↑10% AIVQ>45 ; ↑2/48	↑15% AVQ>4 ; 1/6	-	-	-	↓15% Zarit<10 ; ↓4/66	-
F1P1I1	-	-	-	-	-	↓10% Zarit≈14 ; ↓5/48	-

Légende: Si **régression quantile**: les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution du score de l'échelle clinique étudiée dans le groupe intervention; la **proportion** associée avec la flèche vers le haut ou vers le bas indique le pourcentage du groupe intervention affecté par cette augmentation ou diminution; le **nombre** associé au nom de l'échelle indique la position de l'augmentation ou de la diminution, dans la distribution; le **ratio** associé à la flèche vers le haut ou vers le bas indique l'augmentation ou la diminution maximales sur le score total de l'échelle.

(P.ex. : ↓30% ; AIVQ<24 ; ↓9/48 : une diminution des limitations liées aux AIVQ a été observée pour 30% du groupe intervention ayant un score AIVQ en-dessous de 24 et jusqu'à 9 points sur une échelle de 48).

Si **régression logistique**, indiquée par des flèches vers le haut ou vers le bas, signifiant une augmentation ou une diminution de la proportion du groupe intervention se trouvant au-dessus du cutoff de l'échelle, (p.ex.: ↑% au-dessus du cutoff : augmentation de la proportion de personnes âgées dans le groupe intervention au-dessus du cutoff de l'échelle).

Table 13. Utilisation des services par les personnes âgées fragiles du profil 5

Utilisation de services								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
F0	↓ (BNC) 23-27%	-	-	-	-	↑freq	- (GI) 21%; (GC) 7%	- (GI) 5%; (GC) 3%
F1P0I0	↓ (BNC) 32-25%	-	↑prop	↓freq	-	-	↑ (GI) 20%; (GC)8%	- (GI) 14%; (GC) 7%
F1P1I0	/ (BNC) 54-25%	-	-	↓freq Up to 4*	-	-	- (GI) 11%; (GC) 11%	- (GI) 5%; (GC) 14%
F1P0I1	- (BNC) 11%	-	↑	-	-	-	↑ (GI) 19%; (GC) 8%	↑ (GI) 14%; (GC) 3%
F1P1I1	↓ (BNC) 25-35%	-	-	↓freq Up to 2*	-	-	- (GI) 17%; (GC) 14%	- (GI) 13%; (GC) 9%

Légende : ((BNC)= besoin non couvert ; freq = fréquence ; prop = proportion ; (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle.

(1) Le tableau 13 présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC), définis par la proportion des personnes âgées présentant des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe d'intervention à l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert six mois après l'inclusion (p.ex. : ↓prop ; (BNC) 23-27% : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est plus basse dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 23% du groupe intervention à l'inclusion et une diminution à 27% du groupe intervention à six mois après l'inclusion).

(2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex. : ↓freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services).

(3) Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle, (c.-à-d. : ↑; (GI) 20%; C8%: le risque d'institutionnalisation est significativement plus élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, 20% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 8% au sein du groupe contrôle).

Table 14. Coûts de l'aide et des soins pour les personnes âgées du profil 5

Coûts	Patients et aidants informels				Entités fédérées				INAMI		Ensemble des acteurs	Jours à domicile
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ	Maison de repos		Coût de l'intervention	Coût net incrémental	Coût net incrémental	
			Séjours temporaires	Séjours définitifs			Séjours temporaires	Séjours définitifs				
F0	-	-	-	130€ vs 4€	<25%	-	-	200€ vs 4€	93€	-421€ (avec fonc.et cogn.) >40%	-	>20 %
FIP0I0	-	-	-	146€ vs 6€	<20%	-	-	183€ vs 16€	97€	-545€ (avec fonc.et cogn.) >80%	-395€ >40%	>25%
FIP1I0	-	-	-	89€ vs 7€	-	-	-	75€ vs 6€	223€	- (avec fonc.et cogn.)	-	-
FIP0I1	-	-	-	124€ vs 14€	-	87€ vs 17€	-	156€ vs 12€	160€	--	-	-
FIP1I1	-	-	-	112€ vs 26€	-	80€ vs 17€	-	135€ vs 29€	164€	-442€ (avec fonc.et cogn.) >40%	NotC.	-

Légende

CSJ : centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20% : une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, ce coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20% : pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56€ vs 7€ : 56 € en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7 € dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- Le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'intervention : soins infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipements spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence), l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatres) et les hospitalisations. Les coûts pour les services d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).
- Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).
- L'INAMI
- Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

5.2 Résultats présentés par strates, créées en fonction des profils de consommation en soins de santé avant l'inclusion au sein de l'intervention du Protocole 3 ou dans le groupe de comparaison

Au total, cinq strates ont été créées, en fonction de la consommation de soins de santé par les personnes âgées fragiles avant leur inclusion au sein de l'intervention du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison: (1) les personnes âgées fragiles n'utilisant pas les soins de santé-clé avant leur inclusion au sein des projets du Protocole 3, (2) les personnes âgées fragiles recevant des soins infirmiers avant leur inclusion au sein des projets du Protocole 3, (3) les personnes âgées fragiles ayant été hospitalisées avant leur inclusion au sein des projets du Protocole 3 (4) les personnes âgées fragiles ayant résidé en court séjour avant leur inclusion au sein des projets du Protocole 3 (5) les personnes âgées fragiles ayant à la fois reçu des soins infirmiers et été hospitalisées avant leur inclusion au sein des projets du Protocole 3.

Les projets de case management ont été évalués selon leur composante « case management adéquat ou non » (F1 ou F0) et leur intensité (I1 ou I0). La composante « accompagnement psychologique » n'est pas évaluée étant donné que peu de conséquences sont attendues sur l'utilisation de services et les coûts. Quatre types de projets sont donc évalués : case management non-adéquat (F0), case management à faible intensité (F1I0), case management à haute intensité (F1I1) et ergothérapie (Ergo).

5.2.1 *Les personnes âgées fragiles n'ayant pas utilisé des soins de santé-clé avant leur inclusion au sein des projets du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison*

Les caractéristiques de la dépendance au moment leur inclusion au sein des projets du Protocole 3, groupées par type d'intervention, sont les suivantes :

- La population bénéficiant de case management à intensité faible (F1I0) et à intensité élevée (F1I1) comprennent plus de personnes ayant des problèmes d'AIVQ et cognitifs légers. Ceci peut mener à un risque accru d'institutionnalisation à 12 mois.
- La population bénéficiant de case management à intensité élevée (F1I1) et celle bénéficiant de case management non-adéquat (F0), comprenaient un peu plus de personnes ayant des problèmes fonctionnels. Ceci peut mener à un besoin accru en soins infirmiers.
- La population bénéficiant d'ergothérapie seule comprenait plus de personnes ayant des problèmes cognitifs et fonctionnels sévères. Ceci peut mener à un risque accru d'institutionnalisation à 12 mois.

Cette population comprend des personnes qui n'avaient pas connu d'évènement de santé particulier au cours des six mois avant l'inclusion au sein des projets du Protocole 3. Le groupe intervention semble plus fragile que le groupe contrôle, indépendamment du type d'intervention. Ceci se vérifie par le risque de décès, qui était accru également dans le groupe intervention. Ceci était dû aux difficultés de trouver un contrôle ayant des profils de dépendance similaires, basé sur un score de propension de consommation de soins de santé. En l'absence d'un outil de screening du type BelRAI screener ou d'un jugement clinique, il sera difficile de proposer une intervention à ce groupe.

Concernant les coûts : Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, varie de 58€ pour l'ergothérapie à 176€ pour le case management de forte intensité ; le coût moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) et des séjours en maison de repos est plus élevé dans certaines interventions par rapport au groupe contrôle pour l'INAMI, les bénéficiaires et les entités fédérées (lorsque le calcul a été possible) ; Le nombre de jours passés à domicile est moindre pour FOPO et F110 et n'est pas différent pour les autres interventions.

Table 15. Consommation de soins par les personnes âgées fragiles n'ayant eu aucun évènement menant à des consommations de soins de santé-clé au cours des six mois précédant l'inclusion

Pas d'évènement								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
FOPO	↑6-12m (BNC): 10-15% ; SNJ :7%	-	-	↓pro & freq 12m -6m	-	↑6m	↑6-12m (SNJ 68%) (GI) 10%; (GC) 4%	↑12m (GI) 7%; (GC) 3%
F110	↑6-12m (BNC): 42-20% ; SNJ :0%	-	↑6m 3% of tot	↓prop & freq 12m ↑freq 6m	-	↑prop 6-12m	↑6-12m (SNJ 70%) (GI) 12%; (GC) 5%	↑6-12m (GI) 11%; (GC) 4%
F111	↑6-12m (BNC) : 27-12.5% SNJ : 0%	↑6-12m 10% du total	↑6-12m	↓prop 12m ↑prop 6m	-	↑prop 12m ↑prop & freq 6m	↑6-12m (GI) 8%; (GC) 5%	↑6-12m (GI) 9%; (GC) 5%
Ergo	↑6-12m (BNC) 60.5-33% ; SNJ 3.6%	-	-	↓prop & freq 12m -6m	-	-	- (GI) 5%; (GC) 6%	↑6-12m (GI) 13%; (GC) 4%

Légende : (BNC)= besoin non couvert ; (SNJ)= services non-justifiés ; freq = fréquence ; prop = proportion ; (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle. Les résultats sont décrits pour deux périodes : au cours des six mois après l'inclusion (6m) et au cours de l'année après l'inclusion (12m).

(1) Le tableau présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC), définis par la proportion des personnes âgées présentant des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe d'intervention à l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert six mois après l'inclusion. Les services non-justifiés (SNJ) sont définis par la proportion de personnes âgées n'ayant pas de limitation au niveau de l'hygiène et sans problème de continence et qui reçoivent des soins infirmiers. Cette proportion est décrite au cours des six mois après l'inclusion. (c.-à-d. : ↑6-12m ; (BNC) 10-15% ; SNJ :7% : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est plus élevée dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 10% du groupe intervention à l'inclusion et une augmentation à 15% du groupe intervention à six mois après l'inclusion) ; les soins non-justifiés concernaient 7% du groupe intervention.

(2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex. : ↓freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services).

(3) (Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle. Ceci est complété par la description des soins non-justifiés, définis ici comme étant des institutionnalisations de personnes âgées fragiles qui ont peu de limitations, ou des limitations fonctionnelles légères. (c.-à-d. : ↑6-12m (SNJ 68%) ; (GI) 10% ; (GC) 4% : le risque d'institutionnalisation est significativement plus élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle à six mois et à un an après l'inclusion, 10% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 4% au sein du groupe contrôle et les institutionnalisations ne semblent pas justifiées pour 68%).

Table 16. Les coûts de soins de santé et de l'aide pour les personnes âgées fragiles qui n'avaient aucun évènement de soins remboursés durant les 6 mois précédant l'inclusion

Coûts	Patients et aidants informels				Entités fédérées				INAMI		Ensemble des acteurs	Jours à domicile
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ	Maison de repos		Coût de l'intervention	Coût net incrémental	Coût net incrémental	
			Séjours temporaires	Séjours définitifs			Séjours temporaires	Séjours définitifs				
F0P0			-	-	-	-	19€ vs 6€	-	101€	+946€ < 90%	+948€ < 90%	>30%
F1I0			30€ vs 3€		<20%	11€ vs 1€	32€ vs 2€	54€ vs 23€	114€	NotC. < 100%	NotC. < 100%	>25%
F1P1			29€ vs 4€	-	<50%	-	23€ vs 4€	-	176€	+1637€ < 100%	+1736€ < 100%	-
Ergo			-	-	-	-	-	-	58€	NotC.	NotC.	-

Légende

CSJ : centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20% : une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe control dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, le coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20% : pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56 vs 7 : 56€ en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7€ dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'implémentation de l'intervention : soins infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipements spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence) l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatre, et les hospitalisations. Les coûts pour les services sociaux d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).*
- Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos*

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).*
- L'INAMI*
- Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).*

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

Les cellules en gris indiquent qu'aucune donnée n'est disponible pour ce groupe contrôle

5.2.2 *Les personnes âgées fragiles utilisant les soins infirmiers avant l'inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3 ou dans un groupe de comparaison*

Les caractéristiques de la dépendance au moment de l'inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3, groupées par type d'intervention, sont les suivantes :

- La population avait en majorité des problèmes fonctionnels sévères
- La population bénéficiant de case management à intensité faible (F1I0) incluait un peu plus de personnes du groupe ayant des problèmes cognitifs sévères. Ceci peut mener à un risque accru d'institutionnalisation définitive à 12 mois.

Quelles que soient les composantes du case management, les interventions étaient associées à une diminution du recours aux urgences. Le case management adéquat était associé à une diminution du recours aux soins infirmiers non-justifiés. Le risque d'institutionnalisation était plus élevé dans le groupe intervention et la moitié de ces institutionnalisations aurait pu être évitée. En effet, les personnes institutionnalisées avaient peu de limitations fonctionnelles. Le nombre d'hospitalisations planifiées était plus élevé dans le groupe intervention bénéficiant de case management non-adéquat (F0P0).

Concernant les coûts :

- Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, varie de 131€ pour le case management de faible intensité (F1I0) à 174€ pour le case management de forte intensité (F1I1).
- Le coût moyen des séjours en maison de repos est plus élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.
- Pour une proportion significative de bénéficiaire (entre 10 et 25%), le coût total (soins de santé remboursés et coût en maison de repos) est plus élevé pour les interventions de case management et F0.
- Le coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance et susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) et des séjours en maison de repos est plus élevé pour toutes les interventions par rapport au groupe contrôle (pour l'INAMI, les bénéficiaires et les entités fédérées)

En conclusion, rajouter du case management à des personnes bénéficiant déjà de soins infirmiers n'est pas évident. On peut s'attendre à peu d'amélioration pour ce qui est du recours aux urgences. Toutefois, le groupe intervention avait un risque de décès majoré. Ceci peut expliquer le manque de résultats. Il n'empêche que cela n'explique pas les institutionnalisations non justifiées.

Table 17. Consommation de soins par les personnes âgées fragiles ayant bénéficié de soins infirmiers au cours des six mois précédant l'inclusion

Soins infirmiers								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
FOPO	-	-	↑6-12m	↓prop 12m	↑ freq 12m	↑prop 12m ↑prop & freq 6m	↑6-12m (SNJ 60%) (GI) 16%; (GC) 9%	↑6-12m (GI) 14%; (GC) 9%
F110	- (BNC) 0-6.7% ; SNJ ↓	-	↑6-12 ↑2*	↓prop 12m ↓2.4* 12m			↑ 6-12m (SNJ 50%) (GI) 14%; (GC) 11%	↑6-12m (GI) 14%; (GC) 10%
F111	↓12m (BNC) 0-7% ; SNJ 5%	↑ 6-12m	↑6-12m	↓prop & freq 12m -6m	-	-	↑ 6-12m (SNJ 60%) (GI) 17%; (GC) 9%	↑6-12m (GI) 14%; (GC) 11%
Ergo	↓12m (BNC) 0-6% ; SNJ 4%	-	-	↓prop & freq 12m -6m	-	-	- (GI) 11%; (GC) 11%	↑6-12m (GI) 13%; (GC) 8%

Légende : (BNC)= besoin non couvert ; (SNJ)= services non-justifiés ; freq = fréquence ; prop = proportion ; (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle. Les résultats sont décrits pour deux périodes : au cours des six mois après l'inclusion (6m) et au cours de l'année après l'inclusion (12m).

(1) Le tableau 17 présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC) et des soins non-justifiés. Le besoin non couvert est défini par la proportion des personnes âgées présentant des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou

sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe d'intervention à l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert six mois après l'inclusion. Les services non-justifiés (SNJ) sont définis par la proportion de personnes âgées n'ayant pas de limitation au niveau de l'hygiène et sans problème de continence et qui reçoivent des soins infirmiers. Cette proportion est décrite au cours des six mois après l'inclusion. (c.-à-d. : - ; (BNC) 0-7% ; SNJ : ↓ : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est similaire dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 0% du groupe intervention à l'inclusion et une augmentation à 7% du groupe intervention à six mois après l'inclusion) ; les soins non-justifiés ont diminué par rapport à la période avant l'inclusion.

(2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex. : ↓ freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services).

(3) Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle. Ceci est complété par la description des soins non-justifiés, définis ici comme étant des institutionnalisations de personnes âgées fragiles qui ont peu de limitations, ou des limitations fonctionnelles légères. (c.-à-d. : ↑6-12m (SNJ 60%) ; (GI) 16% ; (GC) 9% : le risque d'institutionnalisation est significativement plus élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle à six mois et à un an après l'inclusion, 16% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 9% au sein du groupe contrôle et les institutionnalisations ne semblent pas justifiées pour 60%).

Table 18. Coût des soins et de l'aide pour les personnes âgées ayant reçu des soins infirmiers endéans les 6 mois précédant l'inclusion dans le projet

Coûts	Patients				Entités fédérées				INAMI		Ensemble des acteurs	Jours à domicile
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ	Maison de repos		Coût intervention	Coût net incrémental	Coût net incrémental	
			Court séjour	Séjours définitifs			Court séjour	Séjours définitifs				
F0P0			-	69€ vs 30€	<10%	-	17€ vs 5€	86€ vs 32€	91€	+835€ <100%	+1159€ <100%	>50%
F1I0			36€ vs 18€	58€ vs 37€	<20%	-	40€ vs 17€	65€ vs 38€	131€	+270€ (12 mois) <80%	+485€ (12 mois) <90%	-
F1P1			39€ vs 22€	40€ vs 12€	<25%	-	39€ vs 12€	68€ vs 44€	174€	+586€ <100%	+ 774€ <100%	-
Ergo			2€ vs 7€	-	-	7€ vs 26€ (12 mois)-	-	-	62€	+326 (12 mois) <70%	+350€ (12mois) <25%	-

Légende

CSJ : centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20% : une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe control dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, le coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20% : pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56 vs 7 : 56€ en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7€ dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- *le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'implémentation de l'intervention : soins infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipements spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence) l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatre, et les hospitalisations. Les coûts pour les services sociaux d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).*
- *Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos*

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- *Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).*
- *L'INAMI*
- *Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).*

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

Les cellules en gris indiquent qu'aucune donnée n'est disponible pour ce groupe contrôle..

5.2.3 Les personnes âgées fragiles ayant été hospitalisées avant l'inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison

Les caractéristiques de la dépendance au moment de l'inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3, groupées par type d'interventions, sont les suivantes :

- La population bénéficiant de case management à intensité faible (F1I0) comprenait plus de personnes âgées fragiles ayant des problèmes au niveau des AIVQ et des problèmes cognitifs légers. Ceci peut mener à un risque accru d'institutionnalisation définitive à 12 mois.
- La population bénéficiant d'ergothérapie seule et, dans une moindre mesure, de case management à intensité faible (F1I0), comprenaient plus de personnes âgées fragiles ayant des problèmes cognitif et fonctionnels sévères. Ceci peut mener à un risque accru d'institutionnalisation définitive à 12 mois.

Hypothèses, résultats et leur interprétation pour ce groupe de population :

- Hypothèse 1 : La fin de l'hospitalisation semble un bon moment pour introduire le case management ou la coordination des soins, en fonction du niveau de dépendance de la personne. En effet, le moment de transition entre l'hôpital vers le domicile est un moment d'instabilité où le risque que les soins et services ne soient pas alignés aux besoins et préférences de la personne, est élevé. Une planification et une coordination soigneuses, basées sur les besoins, préférences et ressources du bénéficiaire, est susceptible d'avoir un impact positif sur différents outcomes.
 - o Nous observons les éléments suivants :
 - Quelles que soient les composantes du case management, l'intervention était associée à une diminution du recours aux urgences.
 - Un case management adéquat est associé à un risque diminué d'institutionnalisation. Les institutionnalisations dans le groupe d'interventions F1I0 concernaient à 81% des personnes ayant un problème cognitif. Dans le groupe d'interventions F1I1, le risque d'institutionnalisation était plus faible que dans le groupe contrôle mais la proportion d'institutionnalisations non justifiées reste élevée.
 - Une intensité élevée est associée à une meilleure couverture des besoins. Dans la période de six mois après l'inclusion, ces besoins non couverts ne concernaient que 8% de cette population et seulement 3% des soins infirmiers était délivré à des personnes n'ayant pas de problèmes au niveau des soins d'hygiène, ni d'incontinence. La proportion du recours au court séjour était plus élevée dans le groupe intervention et ce type d'institutionnalisation était justifié dans 90% des cas. Ce type d'institutionnalisation courte est proposé aux personnes ayant des problèmes cognitifs et peuvent être vus comme une forme de répit pour leurs aidants informels, ou pour des personnes ayant des problèmes fonctionnels après une hospitalisation.
 - Il n'y a pas de différence significative sur les coûts pour les projets de type FOP0.
 - Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, varie de 86€ et 149€ pour le case management de forte intensité (F1P1).
 - Le coût moyen des séjours définitifs en maison de repos (pour les bénéficiaires et les entités fédérées) est moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (F1I0, F1I1).

- Pas de calcul possible de la différence du coût total entre le groupe intervention et contrôle.
 - En conclusion, l'introduction de case management ou de coordination des soins est recommandé après une hospitalisation. Pour les bénéficiaires à risque élevé d'institutionnalisation non justifiée, le case management pourrait réduire ce risque d'institutionnalisation. Pour finir, l'intensité du case management de soins devrait être ajustée au niveau des besoins non couverts de la personne âgée fragile vivant chez elle.
- Hypothèse 2 : L'ergothérapie délivrée devrait être proposée après l'hospitalisation des personnes ayant des problèmes au niveau des AIVQ ou AVQ, ou lorsque des adaptations du domicile, ou lorsqu'une éducation à l'intention du bénéficiaire ou de son aidant informel sont nécessaires.
 - Nous observons que l'ergothérapie est associée à :
 - Une diminution des besoins non-couverts en soins infirmiers mais nous n'avons pas observé une différence de proportion de soins infirmiers avec le groupe contrôle.
 - Une diminution du recours aux urgences.
 - En conclusion, l'ergothérapie devrait faire partie de la boîte à outils du case management, en fonction du profil de dépendance de la personne âgée fragile. Il est utile d'introduire de l'ergothérapie en fin d'hospitalisation pour les personnes âgées ayant un potentiel d'amélioration de leur état (p.ex. fonctionnel).

Table 19. Consommation de soins par les personnes âgées fragiles ayant été hospitalisées au cours des six mois précédant l'inclusion

Hospitalisation								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
F0P0	↑ 6-12m (BNC): 25% SNJ: 9%	-	-	↓ prop & freq 12m	↓ freq 6m	↑ freq 12m	- (GI) 11%; (GC) 15%	- (GI) 8%; (GC) 6%
F1I0	↑ 6m (BNC): 22%	-	↑ 12m ↑2x	↓ prop 12m prop ↓ 2x		-	- (Justifiée: 81%) (GI) 11%; (GC) 19%	↑12m (GI) 13%; (GC) 2%
F1I1	↑ 6m (BNC): 8% SNJ: 3%	↑ Justifiée: 90%	-	↓ prop & freq 6-12m prop ↓: 2x 6m, 3x 12m		-	↓6-12m (pouvait être plus bas) (GI) 10%; (GC) 16%	- (GI) 10%; (GC) 10%
Ergo	- (BNC) 73-35% ; SNJ 0%	-	-	↓ prop & freq 12m -6m	-	-	- (GI) 13%; (GC) 26%	↑12m (GI) 26% (GC) 8%

Légende : (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle. Les résultats sont décrits pour deux périodes : au cours des six mois après l'inclusion (6m) et au cours de l'année après l'inclusion (12m).

(1) Le tableau 19 présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de

l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC) et des soins non-justifiés. Le besoin non couvert est défini par la proportion des personnes âgées présentant des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe d'intervention à l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert six mois après l'inclusion. Les services non-justifiés (SNJ) sont définis par la proportion de personnes âgées n'ayant pas de limitation au niveau de l'hygiène et sans problème de continence et qui reçoivent des soins infirmiers. Cette proportion est décrite au cours des six mois après l'inclusion. (↑6-12m ; (BNC) 25% ; SNJ :9% : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est plus élevée dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 25% du groupe intervention à l'inclusion et à six mois après l'inclusion) ; les soins non-justifiés concernaient 9% du groupe intervention.

(2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex.: ↓freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services).

(3) Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle. Ceci est complété par la description des soins non-justifiés, définis ici comme étant des institutionnalisations de personnes âgées fragiles qui ont peu de limitations, ou des limitations fonctionnelles légères. (c.-à-d. : - ; (GI) 11% ; (GC) 15% : le risque d'institutionnalisation n'est pas différent dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle à six mois et à un an après l'inclusion, 11% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 15% au sein du groupe contrôle).

Table 20. Coût des soins et de l'aide pour les personnes âgées fragiles qui ont été hospitalisées au cours des 6 mois précédant l'inclusion

Coûts	Patients					Entités fédérées			INAMI		Ensemble des acteurs	Jours à domicile
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ	Maison de repos		Coût intervention	Cout net incrémental	Cout net incrémental	
			Court séjour	Séjour définitif			Court séjour	Séjour définitif				
F0P0			-	-	-	-	-	-	87€	NotC. > 40%	NotC. < 40%	-
F1I0			-	78€ vs 248€	-	-	-	74€ vs 219€	86€	NotC.	NotC.--	-
F1P1			-	55€ vs 116€	-	-	-	60€ vs 114€	149€	NotC. <80%	NotC. < 80%	>35%
Ergo			15€ vs 2€	52€ vs 237€	> 15%	-	-	-	47€	-	-	-

Légende :

CSJ : centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20% : une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe control dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, le coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20% : pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56 vs 7 : 56€ en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7€ dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'implémentation de l'intervention : soins les infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipement spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence) l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains

spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatre, et les hospitalisations. Les coûts pour les services sociaux d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).

- *Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos*

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- *Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).*
- *L'INAMI*
- *Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).*

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

Les cellules en gris indiquent qu'aucune donnée n'est disponible pour ce groupe contrôle.

5.2.4 Les personnes âgées fragiles ayant bénéficié d'un répit avant leur inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3 ou dans le groupe de comparaison

Les caractéristiques de la dépendance au moment de l'inclusion au sein d'une intervention du Protocole 3, groupées par type of interventions, sont les suivantes. La population bénéficiant de case management à intensité élevée (F111) comprenait plus de personnes âgées ayant des troubles du comportement. Ceci peut mener à un risque accru d'institutionnalisation à 12 mois.

Les hypothèses, résultats et interprétations pour ce groupe de population :

- Hypothèse 1 : La majorité des personnes ayant bénéficié d'un court séjour avant l'inclusion devraient être des personnes ayant des problèmes cognitifs et/ou le fardeau de l'aidant informel est élevé. Le case management devrait éventuellement contribuer à réduire les besoins non couverts et faciliter l'institutionnalisation définitive, le cas échéant.
 - Nous pouvons observer que le case management était associé :
 - À un risque d'institutionnalisation plus élevé pour cette population spécifique, vu leur niveau de dépendance élevé.
 - À un nombre plus faible de bénéficiaires ayant recours au répit avant l'inclusion. Il s'ensuit qu'une partie des résultats n'était pas interprétable.
 - À une augmentation de soins infirmiers et cette augmentation était justifiée, puisqu'elle était associée à une diminution des besoins non-couverts et sans augmentation des soins non justifiés.
 - À une diminution de l'institutionnalisation à six mois après l'inclusion. Cette différence avec le groupe contrôle n'était toutefois pas maintenue au bout d'une année après l'inclusion.
 - (Dans le cas du case management à intensité élevée), à une diminution du risque d'institutionnalisation à long terme. La moitié des institutionnalisations concernaient des personnes présentant des troubles cognitifs et/ou du comportement.
 - Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, varie entre 178 à 247€ pour le case management de forte intensité.
 - Le coût moyen des séjours en maison de repos (pour les bénéficiaires et les entités fédérées) est moins élevé pour toutes les interventions.
 - Le coût total moyen pour l'INAMI est plus élevé dans le groupe qui a bénéficié d'intervention de case management avec une forte intensité mais le coût total moyen pour l'ensemble des acteurs est moindre que dans le groupe contrôle.
 - En conclusion, il est nécessaire d'évaluer la situation à l'aide du BelRAI home care complet pour cette population. Ceci devrait aider à choisir l'intervention la plus appropriée, comme discuté dans la partie relative à la stratification par niveau de dépendance.

-

Table 21. Consommation de soins par les personnes âgées fragiles ayant été institutionnalisés en court séjour au cours des six mois précédant l'inclusion

Court séjour								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
F0PO	/ (BNC) couvre 6m	/	/	/	/	/	- (GI) 10%; (GC) 40%	- (GI) 10%; (GC) 20%
F1I0	↑6-12m (BNC) 42-10% ; SNJ 3%	-	/	↓prop 12m	-	-	↓6m (GI) 24%; (GC) 42%	- (GI) 8%; (GC) 8%
F1I1	↑6m (BNC) 28-14% ; SNJ 0%	↓6-12m	-	-	-	-	↓12m (SNJ 50%) (GI) : 30%; (GC): 48%	- (GI) 21%; (GC) 12%

Légende : (BNC)= besoin non couvert ; (SNJ)= services non-justifiés ; freq = fréquence ; prop = proportion ; (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle. Les résultats sont décrits pour deux périodes : au cours des six mois après l'inclusion (6m) et au cours de l'année après l'inclusion (12m).

(1) Le tableau 21 présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC) et des soins non-justifiés. Le besoin non couvert est défini par la proportion des personnes âgées présentant des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe d'intervention à l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert six mois après l'inclusion. Les services non-justifiés (SNJ) sont définis par la proportion de personnes âgées n'ayant pas de limitation au niveau de l'hygiène et sans problème de continence et qui reçoivent des soins infirmiers. Cette proportion est décrite au cours des six mois après l'inclusion. (c.-à-d. : ↑6-12m ; (BNC) 42-10% ; SNJ :3% : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est plus élevée dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 42% du groupe

intervention à l'inclusion et à six mois après l'inclusion); les soins non-justifiés concernaient 3% du groupe intervention. (2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex. : ↓freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services). (3) Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle. Ceci est complété par la description des soins non-justifiés, définis ici comme étant des institutionnalisations de personnes âgées fragiles qui ont peu de limitations, ou des limitations fonctionnelles légères. (c.-à-d. : ↓12m (SNJ 50%) ; (GI) 30% ; (GC) 48%) : le risque d'institutionnalisation est significativement moindre dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle à six mois et à un an après l'inclusion, 30% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 48% au sein du groupe contrôle) et les institutionnalisations n'étaient pas justifiées dans 50% des cas

Table 22. Coûts des soins et de l'aide soins pour les personnes âgées fragiles ayant été institutionnalisées en court séjour au cours des six mois précédant l'inclusion

Coûts	Patients				Entités fédérées				INAMI		Ensemble des acteurs	
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ	Maison de repos		Coût de l'intervention	Coût net incrémental	Coût net incrémental	Jours à domicile
			Séjour temporaire	Séjour définitif			Séjour temporaire	Séjour définitif				
F0P0			-	40€ vs 838€	-	0€ vs 13€	0€ vs 25€	47€ vs 457€	106€	NotC.	NotC.	-
F1I0			74€ vs 197€	82€ vs 546€	>50%	-	-	94€ vs 462€	247€	NotC. < 50%	NotC.	-
FII1			32€ vs 256€	201€ vs 597€	>70%	-	35€ vs 230€	255€ vs 592€	178€	NotC. <75%	NotC. > 15%	-

Légende

CSJ : centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20% : une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe control dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, le coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20% : pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56€ vs 7€ : 56€ en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7€ dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- Le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'implémentation de l'intervention : soins les infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipement spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence) l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatre, et les hospitalisations. Les coûts pour les services sociaux d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).*
- Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos*

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).*
- L'INAMI*
- Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).*

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

Les cellules en gris indiquent qu'aucune donnée n'est disponible pour ce groupe contrôle.

5.2.5 Les personnes âgées fragiles utilisant des soins infirmiers et ayant été hospitalisées avant leur inclusion au sein des interventions du Protocole 3 ou dans les groupes de comparaison

Les caractéristiques de la dépendance à l'inclusion au sein des interventions du Protocole 3, groupées par type d'intervention sont les suivantes :

- La population bénéficiant de F111 comporte plus de personnes âgées fragiles du groupe ayant des limitations fonctionnelles. Ceci peut mener à un besoin augmenté en soins infirmiers.
- La population bénéficiant de F110 ou de l'ergothérapie seule comporte plus de personnes âgées fragiles du groupe ayant des limitations fonctionnelles. Ceci peut mener à un risque augmenté d'institutionnalisations à 12 mois.
- Nous observons les éléments suivants :
 - o Quelle que soit l'intervention, la proportion et la fréquence du recours aux urgences était plus faible dans le groupe interventions.
 - o Les bénéficiaires du groupe intervention ayant reçu des soins infirmiers au cours des six mois et au moins une hospitalisation endéans les deux mois précédant l'inclusion décédaient plus fréquemment que ceux du groupe contrôle. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les bénéficiaires du groupe intervention étaient plus fragiles que ceux du groupe contrôle. Hormis pour le groupe d'interventions F1P0, nous n'avons pas pu observer de différences sur la proportion et la fréquence d'hospitalisation.
 - o Un case management adéquat était associé à un niveau adéquat de soins infirmiers, avec seulement 5% de besoins non couverts, malgré une augmentation significative de soins infirmiers (démonstré pour le groupe d'interventions F1P1). Dans le groupe d'interventions sans case management adéquat, 28% des personnes ayant arrêté de recevoir des soins infirmiers avaient encore des limitations pour les soins d'hygiène ou présentaient des problèmes d'incontinence.
 - o Nous n'avons pas observé de différences en termes de risque d'institutionnalisation, malgré que le groupe intervention était probablement plus fragile que le groupe contrôle.
 - o Il n'y a pas de différence significative sur les coûts pour le case management non-adéquat (F0P0)
 - o Le coût estimé moyen, par bénéficiaire, par mois, varie entre 104 et 138€ pour le case management de forte intensité.
 - o Le coût moyen des séjours en maison de repos (pour les bénéficiaires et les entités fédérées) est plus élevé toutes les interventions pour le case management de faible intensité.
 - o Pas de calcul possible de la différence du coût total net entre le groupe intervention et contrôle.
 - o Le coût total moyen pour l'INAMI est plus élevé dans le groupe qui a bénéficié d'intervention de case management avec une forte intensité pour 40% des bénéficiaires.
 - o Pour 20% des bénéficiaires qui reçoivent du case management de forte intensité, le nombre de jours passés à domicile est moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.
- En conclusion, la contribution du case management pour les personnes recevant des soins infirmiers avant l'inclusion était limitée. Cependant, si du case management est proposé, il faut que ce soit du case management adéquat (F1), afin de pouvoir proposer de manière pertinente

des soins infirmiers ou du répit. D'après les résultats du groupe recevant des soins infirmiers durant les six mois précédant l'inclusion, un case management adéquat, d'intensité même faible était suffisant pour des personnes recevant déjà des soins infirmiers avant l'inclusion.

Table 23. Consommation de soins par les personnes âgées fragiles ayant reçu des soins infirmiers et qui ont été hospitalisés avant l'inclusion

Soins infirmiers & hospitalisation								
	Soins infirmiers	Court-séjour	Centre de soins de jour	Urgences	Médecin généraliste	Hospitalisation	Institutionnalisation	Décès
F0PO	↓6-12m (BNC) 0-28%	-	-	↓prop & freq 6-12m	-	-	- (SNJ 63%) (GI) 25%; (GC) 18%	↑6m (GI) 13%; (GC) 11%
F1IO	- (BNC) 0-10%	-	-	↓prop & freq 6-12m	-	↓prop & freq 6-12m	- (GI) 17%; (GC) 17%	↑6m (GI) 23%; (GC) 14%
F111	↓6-12m (BNC) 0-5% ; SNJ 3%	↑6-12m ↑2*	-	↓prop6-12m ↓2*	-	-	- (GI) 18%; (GC) 21%	↑6-12m (GI) 18%; (GC) 13%
Ergo	↓12m (BNC) 0-14% ; SNJ 0%	/	/	↓prop & freq 12m	↓freq 12m	-	- (GI) 17%; (GC) 29%	- (GI) 19%; (GC) 12%

Légende : (BNC)= Besoins non couverts ; (SNJ) : Soins non-justifiés ; (GI) = Groupe Intervention ; (GC) : Groupe Contrôle. Les résultats sont décrits pour deux périodes : au cours des six mois après l'inclusion (6m) et au cours de l'année après l'inclusion (12m).

(1) Le tableau 23 présente les résultats significatifs de la régression logistique. Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de la proportion d'utilisation des services dans le groupe d'intervention (GI), par rapport au groupe contrôle. Pour ce qui est de l'utilisation des soins infirmiers, cette augmentation ou diminution est accompagnée par une description des besoins non couverts (BNC) et des soins non-justifiés. Le besoin non couvert est défini par la proportion des personnes âgées présentant des limitations au niveau des soins d'hygiène avec ou sans problème d'incontinence associés et qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Le premier chiffre indique le besoin non couvert dans le groupe

d'intervention à l'inclusion ; le second indique le besoin non couvert six mois après l'inclusion. Les services non-justifiés (SNJ) sont définis par la proportion de personnes âgées n'ayant pas de limitation au niveau de l'hygiène et sans problème de continence et qui reçoivent des soins infirmiers. Cette proportion est décrite au cours des six mois après l'inclusion. (c.-à-d. : ↓6-12m ; (BNC) 0-5% ; SNJ :3% : La proportion d'utilisation de soins infirmiers est plus faible dans le groupe intervention, par rapport au groupe contrôle ; les besoins non couverts représentaient 0% du groupe intervention à l'inclusion et 5% à six mois après l'inclusion) ; les soins non-justifiés concernaient 3% du groupe intervention.

(2) Ce tableau synthétise également les résultats des régressions quantiles avec l'information suivante : Les flèches vers le haut ou vers le bas indiquent une augmentation ou une diminution de l'utilisation des services dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p.ex. : ↓freq : diminution de la fréquence d'utilisation des services).

(3) Pour finir, ce tableau inclut l'augmentation ou la diminution du risque d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle et décrit la proportion d'institutionnalisation et de décès dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle. Ceci est complété par la description des soins non-justifiés, définis ici comme étant des institutionnalisations de personnes âgées fragiles qui ont peu de limitations, ou des limitations fonctionnelles légères. (c.-à-d. : - (SNJ 63%); (GI) 25%; (GC) 18%: le risque d'institutionnalisation n'est pas significativement différent dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle à six mois et à un an après l'inclusion, 25% du groupe intervention a été institutionnalisé, contre 18% au sein du groupe contrôle) et les institutionnalisations n'étaient pas justifiées dans 63% des cas.

Table 24. Coûts des soins pour les personnes âgées fragiles qui bénéficiaient déjà de soins infirmiers endéans les 6 mois précédant l'inclusion

Coûts	Patients					Entités fédérées			INAMI		Ensemble des acteurs	
	Aide familiale	Aide informelle	Maison de repos		Coût total net	CSJ	Maison de repos		Coût de l'intervention	Coût net incrémental	Coût net incrémental	Jours à domicile
			Séjours temporaires	Séjours définitifs			Séjours temporaires	Séjours définitifs				
F0P0			-	-	-	-	-	180€ vs 129€ (12 mois)	68€	NotC.	NotC.	-
F1I0			-	113€ vs 41€	-	-	-	134€ vs 52€	104€	NotC.	NotC.	-
FIP1			82€ vs 43€	-	-	-	-	-	138€	NotC. < 40%	NotC.	>20%
Ergo			-	7€ vs 105€	-	-	-	6€ vs 121€	67€	NotC.	NotC.	-

Légende :

CSJ : centres de soins de jours

- = Aucune différence entre le groupe traité et le groupe contrôle n'a été observée.

> 20% : une différence significative du coût (pour du nombre de jours) a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe control dans les 6 mois qui ont suivi l'intervention : pour 20% des bénéficiaires, le coût était significativement moins élevé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle.

< 20% : pour 20% des bénéficiaires, le coût était plus élevé dans le groupe intervention relativement au groupe contrôle.

56€ vs 7€ : 56€ en moyenne par mois, par bénéficiaire dans le groupe intervention versus 7€ dans le groupe contrôle, la différence observée était statistiquement significative.

Le coût total net pour les bénéficiaires (par mois, par bénéficiaire) inclut :

- le coût de tous les services et soins de santé remboursés liés à la dépendance ou susceptible de varier suite à l'implémentation de l'intervention : soins les infirmiers, kinésithérapie, logopédie, équipement pour l'aide à la mobilité, d'autres équipement spécifiques (p.ex. pour la gestion de l'incontinence) l'audiologie, l'optique, les consultations médicales (médecins généralistes, de certains*

spécialistes tels que le gériatre, neurologue, psychiatres ou neuropsychiatre, et les hospitalisations. Les coûts pour les services sociaux d'aide à domicile n'ont pas pu être intégrés en raison du nombre élevé de valeurs manquantes (les calculs de coût moyen se trouvent néanmoins présentés dans le rapport concernant l'analyse quantitative).

- *Le coût des centres de soins de jour et des séjours en maison de repos.*

Pour l'INAMI, le calcul du coût incrémental net porte sur les mêmes prestations de soins de santé que pour les bénéficiaires (sans maison de repos et CSJ).

Le calcul du coût net incrémental pour l'ensemble des acteurs inclut le coût total pour :

- *Les bénéficiaires (tels que décrits précédemment).*
- *L'INAMI*
- *Les entités fédérées (les centres de soins de jour et les séjours en maison de repos).*

Le nombre de jours à domicile se définit par le nombre total de jours en vie – le nombre total de jours en maison de repos – le nombre total de jours à l'hôpital.

Les cellules en gris indiquent qu'aucune donnée n'est disponible pour ce groupe contrôle.

6. Liste des références

1. Guise, J.M., et al., *Systematic Reviews of Complex Multicomponent Health Care Interventions*. 2014, Rockville MD.
2. Beswick, A.D., et al., *Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet*, 2008. **371**(9614): p. 725-35.
3. Monsen, K.A., et al., *Linking home care interventions and hospitalization outcomes for frail and non-frail elderly patients*. *Res Nurs Health*, 2011. **34**(2): p. 160-8.
4. van Hout, H.P., et al., *Prevention of adverse health trajectories in a vulnerable elderly population through nurse home visits: a randomized controlled trial [ISRCTN05358495]*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2010. **65**(7): p. 734-42.
5. Eklund, K. and K. Wilhelmson, *Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials 10*. *Health Soc Care Community*, 2009. **17**(5): p. 447-458.
6. Köpke, S., McCleery, J., *Systematic reviews of case management: Too complex to manage?* *Cochrane Database Syst Rev*, 2015. **1**: p. Ed000096.
7. Lyngso, A.M., et al., *Instruments to assess integrated care: a systematic review*. *Int J Integr Care*, 2014. **14**: p. e027.
8. Van Durme, T., Schmitz O., Maggi P., Delye S., Gosset C., Lopez-Hartmann M., Remmen R., Macq J., *Scientific evaluation of projects of alternative forms of care or support of care for frail elderly, in order to allow them to maintain their autonomy and to live independently in their homes: "Protocol 3" - Contextual description of projects' components and implementation analysis*. 2014, National Institute of Health and Disability Insurance: Brussels. p. 320.
9. Van Durme, T., et al., *A comprehensive grid to evaluate case management's expected effectiveness for community-dwelling frail older people: results from a multiple, embedded case study*. *BMC Geriatr*, 2015. **15**: p. 67.
10. Paulus, D., et al., *Development of a national position paper for chronic care: example of Belgium*. *Health Pol*, 2013. **111**(2): p. 105 - 109.
11. Zarit, S.H., K.E. Reever, and J. Bach-Peterson, *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. *Gerontologist*, 1980. **20**(6): p. 649-655.

7. Liste des tableaux

TABLE 1. TABLEAU COMPARATIF DE QUELQUES DONNÉES DE CINQ PROJETS DE CASE MANAGEMENT ET/OU SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	24
TABLE 2. NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES INCLUSES DANS LES PROJETS DU PROTOCOLE 3, PAR TYPE D'INTERVENTION ET SELON LES TYPES DE DONNÉES DONT NOUS DISPOSONS.....	25
TABLE 3. OUTCOMES CLINIQUES DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 2, SUR BASE DES RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION QUANTILE OU LOGISTIQUE, DANS LE GROUPE INTERVENTION, PAR RAPPORT AU GROUPE CONTRÔLE	30
TABLE 4. UTILISATION DES SERVICES DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 2	31
TABLE 5. COÛTS DES SERVICES DE SOINS ET DE L'AIDE POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 2...	33
TABLE 6. OUTCOMES CLINIQUES DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 3, SUR BASE DES RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION QUANTILE OU LOGISTIQUE, DANS LE GROUPE INTERVENTION, PAR RAPPORT AU GROUPE CONTRÔLE	38
TABLE 7. UTILISATION DE SERVICES DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 3	40
TABLE 8. COÛTS DES SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 3	42
TABLE 9. OUTCOMES CLINIQUES DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 4, SUR BASE DES RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION QUANTILE OU LOGISTIQUE, DANS LE GROUPE INTERVENTION, PAR RAPPORT AU GROUPE CONTRÔLE	47
TABLE 10. UTILISATION DES SERVICES PAR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 4	49
TABLE 11. COÛT DES SOINS ET DE L'AIDE POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 4	51
TABLE 12. OUTCOMES CLINIQUES DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 5, SUR BASE DES RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION QUANTILE OU LOGISTIQUE, DANS LE GROUPE INTERVENTION, PAR RAPPORT AU GROUPE CONTRÔLE	55
TABLE 13. UTILISATION DES SERVICES PAR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DU PROFIL 5	56
TABLE 14. COÛTS DE L'AIDE ET DES SOINS POUR LES PERSONNES ÂGÉES DU PROFIL 5	58
TABLE 15. CONSOMMATION DE SOINS PAR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES N'AYANT EU AUCUN ÉVÈNEMENT MENANT À DES CONSOMMATIONS DE SOINS DE SANTÉ-CLÉ AU COURS DES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION	62
TABLE 16. LES COÛTS DE SOINS DE SANTÉ ET DE L'AIDE POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES QUI N'AVAIENT AUCUN ÉVÈNEMENT DE SOINS REMBOURSÉS DURANT LES 6 MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION	63
TABLE 17. CONSOMMATION DE SOINS PAR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES AYANT BÉNÉFICIÉ DE SOINS INFIRMIERS AU COURS DES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION.....	66
TABLE 18. COÛT DES SOINS ET DE L'AIDE POUR LES PERSONNES ÂGÉES AYANT REÇU DES SOINS INFIRMIERS ENDÉANS LES 6 MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION DANS LE PROJET	68
TABLE 19. CONSOMMATION DE SOINS PAR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉES AU COURS DES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION	72
TABLE 20. COÛT DES SOINS ET DE L'AIDE POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES QUI ONT ÉTÉ HOSPITALISÉES AU COURS DES 6 MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION	74
TABLE 21. CONSOMMATION DE SOINS PAR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES AYANT ÉTÉ INSTITUTIONNALISÉ EN COURT SÉJOUR AU COURS DES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION	77
TABLE 22. COÛTS DES SOINS ET DE L'AIDE SOINS POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES AYANT ÉTÉ INSTITUTIONNALISÉES EN COURT SÉJOUR AU COURS DES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION	78
TABLE 23. CONSOMMATION DE SOINS PAR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES AYANT REÇU DES SOINS INFIRMIERS ET QUI ONT ÉTÉ HOSPITALISÉS AVANT L'INCLUSION	82
TABLE 24. COÛTS DES SOINS POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES QUI BÉNÉFICIAIENT DÉJÀ DE SOINS INFIRMIERS ENDÉANS LES 6 MOIS PRÉCÉDANT L'INCLUSION.....	84

8. Liste des figures

FIGURE 1. DIAGRAMME POUR SÉLECTIONNER UNE INTERVENTION DU PROTOCOLE 3 POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES DANS DIFFÉRENTS LIEUX DE DE SOINS	10
FIGURE 2. TRAJECTOIRES POSSIBLES POUR DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES	13
FIGURE 3. LES DIFFÉRENTS PROFILS HISTORIQUES DE LA CONSOMMATION DE SOINS	13
FIGURE 4. LES 5 PROFILS DE PERSONNES ÂGÉES EN FONCTION DE LEURS DÉFICITS EN AVQ, AIVQ, TROUBLES COGNITIFS ET DE COMPORTEMENT	27
FIGURE 5. PROFIL 2: LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES AU NIVEAU DES AIVQ ET DES LÉGERS TROUBLES COGNITIFS	28
FIGURE 6. PROFIL 3: LES PERSONNES AYANT DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES.....	35
FIGURE 7. PROFIL 4: LES PERSONNES ÂGÉES AYANT À LA FOIS DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES (AVQ ET AIVQ) ET COGNITIVES.....	44
FIGURE 8. PROFIL 5 : LES PERSONNES ÂGÉES AYANT À LA FOIS DES DÉFICITS SUR LE PLAN FONCTIONNEL (AVQ ET AIVQ), COGNITIF (CPS) ET DES TROUBLES DU COMPORTEMENT.....	53