

**Recommandations en vue de la pérennisation des interventions évaluées  
dans le cadre du programme financé par le Protocole 3**



Version du 18.08.2017

## Table des matières

1	Introduction.....	2
2	Les portes d'entrée permettant l'identification de personnes pouvant bénéficier des interventions et les prérequis en termes de collaboration inter-organisationnelle et/ou interprofessionnelle .....	3
3	Le diagnostic des besoins, en fonction de caractéristiques populationnelles ou de trajectoire de vie.....	4
4	Les interventions à domicile, leur indication, leur coût et leurs effets.....	5
4.1	Le case management par un case manager professionnel désigné.....	5
4.1.1	Quoi ?.....	5
4.1.2	Le cout de l'intervention ?.....	7
4.1.3	Quand ? Pour qui ? .....	7
4.1.4	Quels effets observés ? .....	9
4.2	Soutien psychologique .....	12
4.2.1	Quoi ? .....	12
4.2.2	Le coût de l'intervention ?.....	12
4.2.3	Quand ? Pour qui ? .....	13
4.2.4	Quels effets observés ? .....	13
4.3	Intervention d'ergothérapie.....	15
4.3.1	Quoi ?.....	15
4.3.2	Le coût de l'intervention ?.....	15
4.3.3	Quand ? Pour qui ? .....	15
4.3.4	Quels effets observés ? .....	16
5	Discussion en fonction des outcomes observés.....	18
6	Conclusion .....	19
7	Liste des tableaux et figure.....	19

Les interventions évaluées dans le cadre du Protocole 3 ciblent des personnes âgées ‘fragiles’ de plus de 60 ans. Celles-ci connaissent différents parcours de vie et de soins durant lesquelles elles peuvent nécessiter ces interventions. L'évaluation a ainsi permis d'identifier des moments-clés au cours de ces parcours, permettant d'identifier les personnes et leurs besoins en soins et d'aide, au travers de l'utilisation du BelRAI et du ‘jugement clinique’ des prestataires-clés.

Pour que la séquence ‘identification – diagnostic de besoins – mise en œuvre de l'intervention’ soit optimale, nous mettons en exergue la nécessité d'une collaboration optimale entre différentes organisations (par exemple l'hôpital et l'organisation d'aide et de soins à domicile), ou entre différents professionnels (par exemple le médecin généraliste, l'infirmier et le case manager). Ces deux éléments (collaboration inter-organisationnelle et interprofessionnelle) sont par ailleurs essentiels à une offre de soins intégrés.

Ce document de synthèse a été élaboré à la demande des membres du comité d'accompagnement scientifique du 16 juin 2017 et s'ajoute aux autres documents déjà remis (rapport intégré, rapport des analyses quantitatives et rapport de l'analyse d'implémentation). Il a pour objectif de proposer des recommandations dans une perspective de pérennisation des interventions évaluées au cours de l'évaluation scientifique des projets-pilote. L'évaluation portait sur l'effet des interventions auprès de différents types de populations âgées fragiles, sur le report de l'institutionnalisation définitive en maison de repos, sur la qualité de vie de son aidant informel, et sur les coûts. Il est divisé en trois parties : (a) les portes d'entrée pour identifier les personnes ; (b) le diagnostic des besoins et (c) les interventions, leur indication, leur coût et leurs effets. Pour ce dernier point, seuls les résultats significatifs sont décrits ici. Pour une lecture plus approfondie, voir les rapports détaillés, disponibles sur simple demande.

L'information qui suit est récapitulée sous la forme de graphique figurant à la fin de ce document (Figure 1).

## 2 Les portes d'entrée permettant l'identification de personnes pouvant bénéficier des interventions et les prérequis en termes de collaboration inter-organisationnelle et/ou interprofessionnelle

---

Quatre types de 'portes d'entrée' permettent d'identifier les personnes âgées fragiles pouvant bénéficier des interventions : l'hôpital (et particulièrement en vue de préparer le retour à domicile), les courts séjours en maison de repos, les soins infirmiers à domicile (à un moment de dégradation de la situation), ou à l'occasion de soins ou d'aide dispensés par d'autres acteurs du domicile (on pense ici particulièrement aux équipes de première ligne avec un médecin généraliste).

Pour que cette identification soit adéquate, il faut tout d'abord que l'ensemble des professionnels de terrain travaillant dans ces quatre portes d'entrée soit sensibilisé et s'intéresse aux problèmes liés à la dépendance (limitations fonctionnelles, incontinence, déficits cognitifs, troubles du comportement) et au fardeau de l'aidant proche afin de pouvoir repérer les situations où certains besoins restent non-couverts.

Pour que l'hôpital, ou le court séjour fonctionne adéquatement comme 'porte d'entrée', il sera nécessaire d'avoir une collaboration optimale avec les organisations et acteurs de soins et d'aide à domicile.

Pour que les infirmiers du domicile ou que les équipes de première ligne (avec le médecin généraliste) identifient les situations où une intervention serait nécessaire, il faut qu'ils aient les compétences, le temps, les outils (dossier partagé, une base de données recensant une liste actualisée des contacts, des moyens financiers pour compenser le manque à gagner, etc.) et les contacts nécessaires avec le réseau (notamment pour susciter la mise en place d'une coordination ou d'un case management).

Enfin, pour que la première ligne puisse être le filet pour 'repêcher', toutes les personnes âgées fragiles se trouvant dans une situation complexe de besoins non-couverts, il faut que celle-ci couvre l'ensemble de la population.

### 3 Le diagnostic des besoins, en fonction de caractéristiques populationnelles ou de trajectoire de vie

---

L'évaluation des interventions a permis d'identifier **5 profils-types de dépendance** à partir des données récoltées via le **BeIRAI-HC**. Ces profils de dépendance correspondent à des niveaux de besoins particuliers en soins de santé, de services d'aide et de soins à domicile.

- **Profil 1** : les bénéficiaires ayant de faibles limitations. Elles obtiennent un score inférieur à 24 sur l'échelle AIVQ (Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne), un score inférieur à 3 sur les échelles CPS (Cognitive Performance Scale) et AVQ (Activités de la Vie Quotidienne).
- **Profil 2** : les bénéficiaires ayant des limitations fonctionnelles pour réaliser les AIVQ et souffrant de déficits cognitifs légers. Elles obtiennent un score supérieur ou égal à 24 sur l'échelle AIVQ et un score inférieur à 3 sur le CPS et sur l'échelle AVQ.
- **Profil 3** : les bénéficiaires ayant des limitations fonctionnelles pour réaliser les AIVQ et les AVQ. Elles obtiennent un score supérieur ou égal à 24 sur l'échelle AIVQ, un score supérieur ou égal à 3 sur l'échelle AVQ et un score inférieur ou égal à 2 sur le CPS.
- **Profil 4** : les bénéficiaires ayant des limitations fonctionnelles pour réaliser les AIVQ et les AVQ et souffrant de déficits cognitifs importants. Elles obtiennent un score supérieur ou égal à 24 sur l'échelle AIVQ et un score supérieur ou égal à 3 sur l'échelle CPS.
- **Profil 5** : les bénéficiaires ayant des limitations fonctionnelles pour réaliser les AIVQ et les AVQ, souffrant de déficits cognitifs importants et présentant des troubles du comportement. Elles obtiennent un score supérieur ou égal à 24 sur l'échelle AIVQ, un score supérieur ou égal à 3 sur l'échelle CPS et un score supérieur à 1 sur l'ensemble des items correspondants aux troubles du comportement<sup>1</sup>.

Les **critères** suivants ont été considérés comme importants dans l'identification des besoins pour le **case management** par un professionnel désigné :

Pour **le profil 2**

- Une dégradation progressive et combinée du statut fonctionnel et cognitif (identifié par un diagnostic posé de maladie neurodégénérative).
- Épisodes aigus (fractures, maladies cardiovasculaires ischémiques, etc.), avec dégradation temporaire du statut fonctionnel (et cognitif), identifié par une hospitalisation dans les deux mois précédant l'inclusion dans les projets Protocole 3.
- Pour **les profils 3, 4 et 5**
  - La présence d'un réseau adéquat autour de la personne âgée fragile. Ce réseau, en dehors des interventions Protocole 3, est constitué de l'entourage informel et professionnel de la personne âgée.

Les **critères** suivants ont été considérés comme importants dans l'identification des besoins de soutien **psychologique** par un psychologue :

• Pour **les profils 2, 3, 4 et 5**

- Une difficulté à accepter des soins (identifiée par une variable du questionnaire BeIRAI-HC).
- Un fardeau important chez l'aidant proche (identifié par un score de 10 et plus, sur l'échelle de fardeau de Zarit (Zarit Burden Inventory, à 12 items), évaluant le fardeau perçu par l'aidant informel).

---

<sup>1</sup> Les troubles du comportement sont les suivants : déambulation, ou agressivité verbale, ou violent physiquement, socialement inadapté (par ex. perturbe par des cris, du bruit, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille ce qui appartient aux autres), ou comportement sexuel inadapté. A noter que les refus de soins, de services ou de traitement médical ne sont pas considérés comme des troubles du comportement.

Trois types d'interventions sont ici recommandés : le case management à domicile, l'ergothérapie à domicile, et le soutien psychologique (par un psychologue) à domicile<sup>2</sup>.

### 4.1 Le case management par un case manager professionnel désigné<sup>3</sup>

#### 4.1.1 Quoi ?

Toute personne étant confrontée à des problèmes de santé chroniques, comme les personnes âgées fragiles, ont besoin de pouvoir gérer la complexité liée aux interventions d'intervenants multiples, de la gestion de leur quotidien, de leurs traitements, de leur environnement, etc... Seules une fraction (5%) parmi celles-ci auront besoin que cette gestion soit confiée temporairement à un case manager professionnel, c'est-à-dire lorsque **l'autonomie** décisionnelle de la personne âgée est insuffisante ou que le **réseau** (in)formel n'est plus à même de gérer cette situation. Ce case management par un professionnel désigné aura lieu pour une durée de **six mois**, période à la suite de laquelle il est nécessaire de revoir la pertinence et l'adéquation à poursuivre de ce type d'intervention. Le présent document ne traite que de ce type de case management.

En plus d'élaborer un plan de soins et d'aide (au centre du rôle du coordinateur de soins), le case manager

- doit être capable de faire un diagnostic initial d'une situation, par définition complexe, afin d'aligner finement la prestation qui correspondra au mieux aux besoins et préférences du bénéficiaire. Pour les personnes âgées, ce case manager doit donc pouvoir organiser une **évaluation** gériatrique globale (BelRAI-HC), réalisée en multidisciplinarité ;
- va accompagner, de manière intensive ou non, la mise en œuvre de ce plan de soins dans des situations où la personne âgée et son entourage sont en perte d'autonomie (rôle de **leadership d'un réseau de soins et d'aide autour de la personne âgée**, en collaboration avec au moins le médecin généraliste) ;
- va s'assurer de l'adéquation, au cours du temps, entre les soins et l'aide, les besoins et préférences de la personne âgée bénéficiaire (rôle **d'avocat**<sup>4</sup>) et de son aidant proche principal<sup>5</sup>. Le rôle de **suivi étroit** est donc primordial. Ce rôle peut être délégué, si les circonstances de la délégation sont bien définies entre le bénéficiaire, le case manager et le prestataire de soins à qui la fonction de suivi a été déléguée.

Deux caractéristiques qui distinguent le case manager du coordinateur sont (1) la population-cible aidée (les personnes en perte d'autonomie décisionnelle) et (2) le rôle très proactif joué par le case manager, qui va évaluer la situation de manière systématique, en s'aidant d'un instrument *validé*.

L'identification d'un besoin de case management par un professionnel désigné peut se faire par n'importe qui dans le réseau. Si possible, (a) la **décision du case management** par un professionnel se fera par le réseau et (b) le bénéficiaire doit pouvoir avoir le **choix du case manager**. Les critères définissant le besoin en case management par un professionnel sont décrits plus loin (*voir partie Quand ? Pour qui ?*): lorsque le BelRAI scree-

---

<sup>2</sup> L'effet des autres interventions financées par le programme Protocole 3 (en centres de soin de jour, les soins de nuit, de répit, de délivrance de médicaments et d'hébergement alternatif) sont décrits dans le rapport d'évaluation des projets du premier appel, disponible sur demande.

<sup>3</sup> Le lecteur intéressé par plus de détails concernant le case management par un professionnel désigné est invité à lire les fiches de bonnes pratiques identifiées lors de l'évaluation, dans le rapport de l'analyse d'implémentation (FR p. 100 et NL p.115).

<sup>4</sup> Ou de conseil de la personne âgée fragile quand celle-ci n'est plus en mesure de se représenter elle-même (malgré le soutien de son aidant informel).

<sup>5</sup> Il portera une attention particulière à la capacité de l'aidant informel à poursuivre son aide, dans la mesure où ce dernier est à risque de surcharge, surtout en présence de déficit cognitif de la personne âgée.

ner indique qu'il faut un BelRAI complet, complété par le jugement clinique des membres du réseau, comprenant au moins un **médecin** ou une **infirmière**. Ce jugement clinique inclura l'évaluation (a) de l'autonomie, (b) des besoins, (c) des prestataires requis et (d) de l'adéquation et les capacités du réseau formel et informel à répondre aux besoins du bénéficiaire.

**Le travail du case manager** commencera par une évaluation gériatrique **multidisciplinaire** globale (au moyen du BelRAI-HC) à l'inclusion<sup>6</sup> qui sera répétée au bout de six mois. Pour s'assurer de la collaboration de l'ensemble des professionnels impliqués, il est vital que tous collaborent à l'évaluation gériatrique.

Cette évaluation aboutira à un **plan de soins et d'aide**, élaboré en accord avec les parties prenantes, à commencer par le bénéficiaire et son aidant informel. C'est l'adéquation de ce plan de soins et d'aide qui devra faire l'objet d'un suivi minutieux, afin de voir si les soins et services sont correctement alignés aux besoins et aux préférences de la personne soignée et de son aidant informel.

Nous avons décrit à la page précédente que le case management **inclut mais ne se limite pas à la coordination**. Nous entendons par coordination, l'agencement chronologique des prestations, de manière à répondre aux besoins des personnes âgées, à assurer une continuité (agencement dans le temps) et une globalité (agencement à un moment donné) de soins.

Dans tous les cas, la **définition minutieuse des rôles** de chacun sera nécessaire. Les résultats du Protocole 3 montrent que le case manager peut **avoir à la fois un rôle clinique** (p.ex. des soins d'hygiène ou de l'éducation) et un rôle de case manager, pour peu que ces rôles soient bien explicités au bénéficiaire et à son réseau. Une collaboration étroite avec le médecin généraliste du patient (ou l'équipe de soins de première ligne dans le cas de Centre de Soins Intégrés) est un atout pour un case management efficace de la personne âgée à domicile. Cette collaboration comprend au minimum un **feedback** régulier quant aux résultats de **l'évaluation** des interventions mises en place.

Pour mener à bien cette gestion de réseau 'ad hoc' autour de la personne âgée, le case manager doit avoir des compétences bien précises, qui sont repris dans le rapport de l'analyse d'implémentation à la page 106 (FR) et 120 (NL). Ces **compétences** doivent permettre une prise en charge centrée sur la personne, qui inclut la fixation d'objectifs qui aient du sens pour le bénéficiaire. Pour acquérir ces compétences et à défaut d'une formation spécifique en Belgique, ce professionnel peut être **infirmier ou travailler dans la même équipe qu'un infirmier** (p.ex. ergothérapeute, psychologue ou assistant social), afin qu'ensemble, ils soient en mesure de bien appréhender la personne dans sa globalité. Une bonne connaissance des pathologies les plus prévalentes du groupe-cible est un atout, ainsi que la maîtrise des outils d'aide à la prise de décision fondés sur les résultats de la littérature. Il doit posséder une bonne connaissance du **contexte local**. Ce sont ces deux atouts (compétences et connaissance du réseau local), qui le rendront **crédible** auprès de la personne soignée et des autres prestataires. Ses compétences seront utilement renforcées par des **interventions** régulières.

### Intensité du case management

**Haute** = 3 visites à domicile par mois, d'une durée d'1h30 (= soins directs), pendant 3 mois maximum et complété par du case management d'intensité faible les 3 mois restants.

**Faible** = Une visite mensuelle à domicile de 2 heures en moyenne (= soins directs).

L'intensité doit se profiler en fonction des besoins. Le besoin de case management sera plus **élevé** lorsqu'il y a un risque de **mauvais alignement** entre les besoins et l'offre en soins et services : souvent au début du case

<sup>6</sup> Ou une mise à jour de cette évaluation, si elle a été réalisée au préalable

management, à la sortie d'hôpital, en cas de désaccord dans le réseau (informel et/ou formel), en cas d'aggravation de l'état de santé (la santé au sens large : physique, psychique, sociale, relationnelle, etc.). Dans ce cas, la moyenne mensuelle des visites à domicile peut aller jusqu'à trois fois par mois sur une période maximum de trois mois consécutifs.

En dehors de périodes de risque de mauvais alignement entre les besoins et l'offre, l'intensité du case management sera plus faible et le suivi à domicile pourra se faire par délégation, par des prestataires fournissant des soins ou de l'aide directs, sous la supervision du case manager.

#### 4.1.2 *Le coût de l'intervention ?*

##### Case management de faible intensité

Le case management représente un total de 4h par mois, soit une visite à domicile par mois (2h de présence à domicile (soins directs) et 2h de temps passé à l'organisation des services d'aides et de soins (soins indirects)). En effet, le volume de soins indirects est estimé équivalent aux soins directs (50%-50%). Les soins indirects d'un case manager professionnel consistent, par exemple, en la préparation des visites à domicile, les contacts avec le réseau, l'organisation de l'évaluation à l'aide du BelRAI, les déplacements, la préparation et la participation aux intervisions, la gestion de la population (ex. statistiques de la population soignée à des fins d'auto-évaluation de ses pratiques), les formations suivies et données).

Le coût moyen observé pour l'INAMI, lors de l'évaluation des interventions de case management de faible intensité dans le Protocole 3, se situe entre 88 euros et 254 euros par personne-mois en fonction du profil de personne âgée bénéficiaire<sup>7</sup>.

##### Case management de haute intensité

Le case management de haute intensité représente environ 3 mois d'intensité élevée à raison de 3 visites par mois (d'une durée de deux heures, hors soins indirects) et 3 mois d'intensité faible (2h de présence à domicile et 2h de temps passé à l'organisation des services d'aides et de soins).

Le coût moyen observé pour l'INAMI, lors de l'évaluation des interventions de case management de haute intensité dans protocole 3, se situe entre 141 euros et 223 euros par personne-mois en fonction du profil de personne âgée bénéficiaire<sup>8</sup>.

#### 4.1.3 *Quand ? Pour qui ?*

Le case management par un professionnel est organisé lorsque la **complexité** de l'organisation des soins et services de la personne âgée sont tels que l'apport d'un professionnel supplémentaire (un case manager) est justifié.

Ceci survient soit :

- quand l'**autonomie** de la personne âgée et de ses aidants proches sont altérés ;
- quand les réseaux informel et formel ne sont plus à même d'organiser les soins pour la personne âgée.

---

<sup>7</sup> L'intervalle de coût des projets Protocole 3 de case management de faible intensité varie entre 59 euros et 393 euros par mois par bénéficiaire.

<sup>8</sup> L'intervalle de coût des projets Protocole 3 de case management de haute intensité varie entre 108 euros et 347 euros par mois par bénéficiaire.

Si l'on dispose du score du **BelRAI screener**, le besoin en case management pour la personne âgée est suspecté lorsque le BelRAI screener montre qu'il faut un BelRAI-HC complet<sup>9</sup>. Dans ce cas, nous recommandons que le questionnaire ZBI-12 mesurant le fardeau perçu par l'aidant proche devra également être complété, pour compléter l'évaluation<sup>10</sup>.

En fonction des résultats du BelRAI-HC ou du BelRAI screener (si le score de la personne reste inférieur à la valeur seuil), on peut identifier les besoins suivants :

- Pour le **profil 2**
  - Ces personnes âgées peuvent bénéficier de case management à intensité faible lorsqu'elles présentent des problèmes d'ordre neurodégénératifs (menant à un déclin progressif de leur état cognitif)<sup>11</sup>.
  - Lorsque c'est nécessaire (notamment en raison de besoin en soins par des prestataires multiples), une coordination peut être indiquée pour ce groupe de personnes âgées n'ayant pas de maladie neurodégénérative diagnostiquée. Les problèmes fonctionnels rencontrés peuvent être associés ou pas à des déficiences cognitives temporaires, à la suite d'un problème aigu (par exemple suite à une anesthésie).
- Pour les **profils 3, 4 et 5**
  - Ces personnes âgées peuvent bénéficier de case management. L'intensité de cette intervention dépendra de l'existence et de l'adéquation du réseau formel/ informel.
  - Lorsque le réseau formel/ informel autour de la personne âgée est inadéquat, l'intensité peut être plus élevée au début de la mise en œuvre des soins et de l'aide, ce qui correspond à un case management de haute intensité. Elle diminuera par la suite, lorsque la situation s'est stabilisée
  - Lorsque le réseau est adéquat, un case management de faible intensité peut être nécessaire en raison du besoin d'intervention de prestataires multiples.

Lorsque les déficiences cognitives sont importantes, la question de la limite du maintien à domicile se pose, surtout lorsque l'aidant est cohabitant. Pour ce profil, et dans le cas où l'institutionnalisation semble effectivement inéluctable, le case management doit également avoir pour rôle la préparation à l'institutionnalisation définitive, afin que cette transition se passe dans les meilleures conditions possibles pour la personne âgée et son aidant proche principal.

---

<sup>9</sup> Le BelRAI complet est nécessaire lorsque le score total est 13/30 ou plus sur le BelRAI screener ou un score de 5/12 et plus dans les dimensions 'cognitives' et 'troubles du comportement'.

<sup>10</sup> Nous avons observé que l'échelle du fardeau était perçue par les prestataires comme ayant une formulation très négative. En même temps, la majorité des professionnels interrogés la trouvaient très utile, car pouvant servir de base de discussion. Pour plus de renseignements sur ce point, voir le rapport d'implémentation à la page 179.

<sup>11</sup> En cas de maladie neurodégénérative et en l'absence de case management, les aidants informels doivent pouvoir bénéficier d'un soutien précoce et régulier de la part des professionnels de première ligne dans le but de permettre un accompagnement individualisé et d'anticiper les difficultés futures.

#### 4.1.4 Quels effets observés ?

##### Note concernant la présentation des résultats dans les tableaux qui suivent

'Amélioration/Diminution/Moins élevé' = différence significative de résultat entre le groupe intervention et le groupe contrôle<sup>12</sup> ;

'☺' = la différence est significative et il s'agit d'un bon résultat ;

'Pas de changement' = pas de différence significative observée avec le groupe contrôle.

##### Pour le profil 2 (pour plus de précisions, voir page 28 du rapport intégré FR (p.25en NL))

Tableau 1. Les résultats observés pour le case management de **faible** intensité pour la population du Profil 2

	Dimension	Résultat	
Clinique	État fonctionnel	Amélioration	☺
	État dépressif	Pas de changement	
	Qualité de vie	Amélioration	☺
	Fardeau de l'aidant cohabitant	Augmentation	
	Fardeau de l'aidant non-cohabitant	Diminution	☺
Recours aux soins	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène	Diminution (en présence de soutien psychologique)	☺
	Risque d'institutionnalisation définitive	Pas de changement <sup>13</sup>	
	Nombre de jours passés à domicile	Diminution	
	Recours aux urgences	Diminution (en présence ou non d'ergothérapie ou de soutien psychologique)	☺
	Recours au généraliste en-dehors des heures	Pas de changement	
	Hospitalisation	Pas de changement	
Coûts	Coût en centre de soins de jour et en maison de repos pour les entités fédérées	Pas de changement	
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Moins élevé	☺
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention <sup>14</sup> , incluant le coût de l'intervention) pour l'INAMI	Pas de changement	☺

<sup>12</sup> Excepté pour les besoins non couverts en soins infirmiers (sans groupe de comparaison, évalués à partir du niveau de limitations fonctionnelles pour les AVQ et de la continence).

<sup>13</sup> Ce résultat peut être attendu, au vu du faible niveau de dépendance de cette population.

<sup>14</sup> P.ex. l'évitement d'une hospitalisation peut être la conséquence d'une intervention, mais pas nécessairement liée à la dépendance.

**Pour le profil 3** (pour plus de précisions, voir page 35 du rapport intégré FR (p. 33 en NL))

Tableau 2. Les résultats observés pour le case management pour la population du Profil 3

	Dimension	Résultat	
Clinique	État fonctionnel	Amélioration	😊
	État dépressif	Amélioration	😊
	Qualité de vie	Pas de changement	
	Fardeau de l'aidant	Pas de changement	
Recours aux soins	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène	Pas de changement	
	Risque d'institutionnalisation définitive	Augmentation <sup>15</sup>	
	Nombre de jours passés à domicile	Moindre	
	Recours aux urgences	Diminution	😊
	Recours au généraliste en-dehors des heures	Diminution	😊
	Hospitalisation	Augmentation de la fréquence et de la proportion <sup>16</sup>	
Coûts	Coût moyen en centre de soins de jour et en maison de repos pour les entités fédérées	Plus élevé	
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI	Moins élevé	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Moins élevé	😊

**Pour le profil 4** (pour plus de précisions, voir page 44 du rapport intégré FR (p. 42 en NL))

Tableau 3. Les résultats observés pour le case management pour la population du Profil 4

	Dimension	Résultat	
Clinique	État fonctionnel	Amélioration	😊
	État dépressif	Amélioration	😊
	Qualité de vie	Amélioration	😊
	Fardeau de l'aidant cohabitant	Amélioration	😊
	Fardeau de l'aidant non-cohabitant	Pas de changement	
Recours aux soins	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène	Diminution	😊
	Risque d'institutionnalisation définitive <sup>17</sup>	Augmentation	😊
	Nombre de jours passés à domicile	Diminution	😊
	Recours aux urgences	Diminution	😊

<sup>15</sup> Ceci est étonnant, car ces personnes ne présentent pas de déficit cognitif ; on pourrait s'attendre à ce qu'elles arrivent à rester chez elles.

<sup>16</sup> Hormis pour le case management sans soutien psychologique

<sup>17</sup> Vu le profil de dépendance de ce groupe, l'institutionnalisation peut être inéluctable et selon les résultats de l'analyse qualitative, le case management va permettre un meilleur accompagnement de cette transition difficile

	Recours au généraliste en-dehors des heures	Augmentation	
	Hospitalisation	Augmentation	
Coûts	Coût moyen en centre de soins de jour et en maison de repos pour les entités fédérées	Plus élevé	
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI	Moins élevé	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Moins élevé	😊

**Pour le profil 5** (pour plus de précisions, voir page 53 du rapport intégré FR (p. 50 en NL))

Tableau 4. Les résultats observés pour le case management pour la population du Profil 5

	Dimension	Résultat	
Clinique	État fonctionnel	Amélioration limitée	
	État dépressif	Pas de changement	
	Qualité de vie	Pas de changement	
	Fardeau de l'aidant cohabitant	Amélioration	😊
Recours aux soins	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène	Diminution	😊
	Risque d'institutionnalisation définitive <sup>18</sup>	Augmentation	
	Nombre de jours passés à domicile	Pas de changement	
	Recours aux urgences	Diminution	😊
	Recours au généraliste en-dehors des heures	Pas de changement	
	Hospitalisation	Pas de changement	
Coûts	Coût moyen en maison de repos et centre de soins de jour pour les entités fédérées	Plus élevé	
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI	Moins élevé ou pas de changement	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Moins élevé ou pas de changement	😊

<sup>18</sup> Vu le profil de dépendance de ce groupe, l'institutionnalisation peut être inéluctable et il est à croire que le case management va permettre un meilleur accompagnement de cette transition difficile

## 4.2 Soutien psychologique

### 4.2.1 Quoi ?<sup>19</sup>

Comme pour le case management, le psychologue à domicile évaluera (a) l'autonomie, (b) les besoins, (c) le nombre de prestataires requis et (d) l'adéquation du réseau. Une attention particulière sera portée à la santé psychologique de l'**aidant informel**, qui est souvent le 'patient caché'. Ceci est d'autant plus caché dans le cas où l'aidant informel est le conjoint d'une personne atteinte de troubles cognitifs, voire de troubles du comportement et que l'aidant informel pense que son aide est 'normale'.

Ce psychologue fera partie d'une équipe **multidisciplinaire**, où des **intervisions** seront organisées.

Contrairement au soutien psychologique pour des personnes plus jeunes, le soutien psychologique pour la personne âgée ne peut pas s'accompagner de recommandations standardisées quant à la durée. Une certaine flexibilité est donc de mise avec, au début de la prise en charge, une intensité moyenne tournant autour de deux visites à domicile mensuelles, pour diminuer lorsque l'état aigu, ayant nécessité l'intervention du psychologue, s'estompe. Le besoin en soutien psychologique devra être réévalué en concertation avec le réseau, dont le médecin généraliste, voire le case manager de manière formelle tous les six mois.

**Intensité** : deux visites à domicile par mois en moyenne, d'une durée moyenne d'une heure et demi par visite, soit 18 heures de soins directs par six mois. Cette intensité sera plus élevée au début.

Afin de garantir une bonne cohérence entre les différents intervenants et éviter la multiplication des visites à domicile, si un case management est nécessaire en plus du soutien psychologique, le case management devra être de faible intensité (1 visite par mois). Il va de soi que le psychologue participera à l'évaluation multidisciplinaire via le BelRAI.

L'analyse qualitative montre que certains projets de 'soutien psychologique' n'étaient en mesure de faire que du tri par rapport au besoin éventuel de soutien psychologique (p.ex. un projet ayant plus de 200 patients en file active par ETP psychologue). D'autres projets affirmaient réaliser du soutien psychologique avec des non-psychologues. Dans ces deux cas, nous avons renommé ces interventions du screening psychologique.

### 4.2.2 Le coût de l'intervention ?

Les interventions par un psychologue au cours des projets du Protocole 3 comportaient deux visites par mois d'une durée de 2h, en moyenne (en ce compris les soins indirects). Dans le cas du soutien psychologique, le volume de soins indirects était de 40% en moyenne, versus 60% de soins directs. Le coût observé pour l'INAMI, lors de l'évaluation des interventions de soutien psychologique parmi les projets du Protocole 3, se situe entre 99 euros et 256 euros par personne-mois en fonction du profil de personne âgée bénéficiaire<sup>20</sup>, mais ceci était indiqué comme étant trop faible par les différents experts interrogés<sup>18</sup>, d'où nos recommandations plus élevées pour ce qui est de l'intensité.

<sup>19</sup> Le lecteur intéressé par plus de détails concernant le soutien psychologique à domicile est invité à lire les fiches de bonnes pratiques identifiées lors de l'évaluation (cf. en NL p. 130 et FR p.140 dans le rapport d'implémentation).

<sup>20</sup> Le coût moyen mensuel observé par personne âgée Protocole 3 varie entre 99 euros à 393 euros (avec deux projets outliers à 443 et 596 euros). La moitié des projets de soutien psychologique ont coûté plus de 179 euros.

#### 4.2.3 Quand ? Pour qui ?

Dans la majorité des cas, l'accompagnement psychologique par un **psychologue à domicile** se fait sur base du **jugement clinique** d'un médecin ou infirmière, voire d'un case manager, qui suspecte la présence d'un besoin (latent ou exprimé). Ce besoin doit être confirmé par le psychologue, qui réalisera l'accompagnement par la suite.

L'évaluation des interventions Protocole 3 a permis de mettre en évidence deux situations particulières dans lesquelles le soutien psychologique devrait faire partie de la boîte à outil du case management :

- Lorsque la personne âgée est dans une situation de refus de soins, souvent accompagnée de déni de la dépendance ;
- Lorsque le fardeau de l'aidant proche est important (un score à l'échelle du fardeau de 10 et plus).

Ces situations particulières peuvent être rencontrées quel que soit le profil de dépendance. Elles étaient toutefois plus fréquentes lorsque le profil de dépendance était élevé.

#### 4.2.4 Quels effets observés ?

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 en cas d'incontinence). Dans cette situation, on observe souvent un besoin d'aide pour des problèmes fonctionnels, ce qui peut entraîner un fardeau majoré pour l'aidant informel.

### **Pour le profil 3**

Tableau 5. Les résultats observés pour le soutien psychologique pour la population du Profil 3

	Dimension	Résultat	
Clinique	État fonctionnel	Pas de changement	
	État dépressif <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si soutien psy seul</li> </ul>	Amélioration	😊
	Qualité de vie si soutien psy seul	Amélioration	😊
	Fardeau de l'aidant non-cohabitant <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si screening psychologique et case management</li> </ul>	Amélioration chez 30% <sup>21</sup>	😊
	Fardeau de l'aidant cohabitant	Augmentation	
Recours aux soins	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène dans les 4 cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si soutien psy avec ou sans case management</li> <li>• Si screening psychologique avec ou sans case management</li> </ul>	Diminution importante	😊
	Risque d'institutionnalisation définitive	Pas de changement	
	Nombre de jours passés à domicile avant l'institutionnalisation	Pas de changement	
	Recours aux urgences	Pas de changement	
	Recours au généraliste en-dehors des heures	Pas de changement	
	Hospitalisation	Pas de changement	

<sup>21</sup> Lorsqu'il n'y a pas de pourcentage, il s'agit de 100%

Coût	Coût moyen en maison de repos et centre de soins de jour pour les entités fédérées	Pas de changement	
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI	Moins élevé ou pas de changement	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Pas de tendance claire	

#### **Pour le profil 4**

Tableau 6. Les résultats observés pour le soutien psychologique pour la population du Profil 4

	Dimension	Résultat	
Clinique	État fonctionnel	Pas de changement	
	État dépressif	Pas de changement	
	Qualité de vie	Amélioration	😊
	Fardeau de l'aidant	Pas de changement	
Recours aux soins	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène	Diminution importante	😊
	Risque d'institutionnalisation définitive	Pas de changement	
	Nombre de jours passés à domicile avant l'institutionnalisation	Pas de changement	
	Recours aux urgences	Pas de changement	
	Recours au généraliste en-dehors des heures	Pas de changement	
	Hospitalisation	Pas de changement	
Coûts	Coût moyen en maison de repos et centre de soins de jour pour les entités fédérées	Pas de changement	
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI	Moins élevé ou pas de changement	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Moins élevé ou pas de changement	

En conclusion, un accompagnement psychologique pourrait être utilement inclus dans la boîte à outils du case manager pour les personnes âgées du profil 3 et 4.

## 4.3 Intervention d'ergothérapie

### 4.3.1 *Quoi ?*<sup>22</sup>

Les interventions sont réalisées par un ergothérapeute, qui fait partie d'une équipe multidisciplinaire où ont lieu des interventions.

**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). En effet, nous distinguons les interventions d'ergothérapie pour un problème aigu (par exemple, après une fracture), des interventions pour des maladies neurodégénératives (ex. mise en place de prothèses mnésiques en cas de Parkinson) ou chroniques (ex. hémiplégié suite à un AVC). Dans tous les cas, trois visites à domicile sont prestées, dans un premier temps, correspondant à 6 heures au total sur 6 mois.

Lorsque le patient bénéficie de case management (faible ou haute intensité), la troisième visite pour évaluer les changements suite à l'intervention de l'ergothérapeute sera effectuée par le case manager lors de sa visite mensuelle (ou plus régulière en cas de haute intensité), ceci afin d'éviter la possible redondance des interventions des différents prestataires au domicile et favoriser la concertation entre intervenants. 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 (p.ex. infirmière, médecin, psychologue ou assistant social).

Les résultats montrent que l'ergothérapie est insuffisamment connue des professionnels de l'aide et des soins à domicile. Par conséquent, et au vu de l'efficacité de cette intervention, des efforts de sensibilisation doivent être réalisés auprès des médecins généralistes et des infirmières à domicile, pour qu'ils pensent à prescrire cette intervention auprès des personnes à risque de chute ou de perte d'autonomie.

### 4.3.2 *Le coût de l'intervention ?*

Les interventions d'ergothérapie avaient lieu à raison d'une moyenne de 3 visites de 2 heures (soins directs), étalées sur 6 mois. Ici également, le volume de soins indirects équivaut à 40% (versus 60% de soins directs). Le coût moyen observé pour l'INAMI, lors de l'évaluation des interventions d'ergothérapie dans le Protocole 3, se situe entre 46 à 68 euros par personne-mois en fonction du profil de personne âgée bénéficiaire<sup>23</sup>.

### 4.3.3 *Quand ? Pour qui ?*

L'identification du besoin d'ergothérapie se fera sur la base du **jugement clinique** d'un médecin ou infirmière, voire d'un case manager. Les résultats du BelRAI screener mais certainement encore plus du BelRAI-HC peuvent guider les interventions de l'ergothérapeute. Il va de soi que le l'ergothérapeute participera à l'évaluation multidisciplinaire via le BelRAI. Les critères pour compléter le jugement clinique sont les suivants (ils ne constituent pas une liste limitative) :

- Un risque de chute significatif et/ou des limitations fonctionnelles significatives (AVQ $\geq$ 3 & AIVQ  $\geq$ 24)
- Et/ou des troubles cognitifs significatifs ou des troubles cognitifs débutants s'il y a un diagnostic de maladie neurodégénérative.

---

<sup>22</sup> Le lecteur intéressé par plus de détails concernant l'ergothérapie à domicile est invité à lire les fiches de bonnes pratiques identifiées lors de l'évaluation (FR p. 150 et NL p.163 dans le rapport d'implémentation).

<sup>23</sup> Ce niveau de coût se situe dans l'intervalle qui a été estimé pour chacun des projets d'ergothérapie du Protocole 3. En effet, celui-ci varie entre 21 et 147 euros par mois, par personne âgée (les projets qui se situent aux extrêmes constituent des contre-exemples de ce qui devrait être financé).

#### 4.3.4 Quels effets observés ?

##### **Pour le profil 2**

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 améliorer les scores AIVQ à court terme et prévenir le fardeau de l'aidant informel.

Tableau 7. Les résultats observés pour l'ergothérapie pour la population du Profil 2

	Dimension	Résultat	
Clinique	État fonctionnel	Pas de changement	
	État dépressif	Pas de changement	
	Qualité de vie	Amélioration	😊
	Fardeau de l'aidant non-cohabitant	Amélioration	😊
	Fardeau de l'aidant cohabitant	Pas de changement	
Recours aux soins	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène	Diminution	😊
	Risque d'institutionnalisation définitive	Pas de changement	
	Nombre de jours passés à domicile avant l'institutionnalisation	Pas de changement	
	Recours aux urgences	Pas de changement	
	Recours au généraliste en-dehors des heures	Pas de changement	
	Hospitalisation	Pas de changement	
Coûts	Coût moyen en centre de soins de jour et en maison de repos pour les entités fédérées	Moins élevé	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI	Moins élevé	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés pour (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Pas de changement	

##### **Pour le profil 3**

Ici, l'ergothérapie peut se justifier pour adapter le domicile de la personne, pour donner des conseils aux aidants formels et informels, ... nous observons les associations suivantes :

Tableau 8. Les résultats observés pour l'ergothérapie pour la population du Profil 3

	Dimension	Résultat	
Clinique	État fonctionnel et risque de chute	Amélioration	😊
	État dépressif	Pas de changement	
	Qualité de vie	Pas de changement	
	Fardeau de l'aidant cohabitant	Augmentation	
	Fardeau de l'aidant non-cohabitant	Diminution	😊
Re-	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène	Pas de changement	
	Risque d'institutionnalisation définitive	Pas de changement	

	Nombre de jours passés à domicile avant l'institutionnalisation	Pas de changement	
	Recours aux urgences	Légère diminution	😊
	Recours au généraliste en-dehors des heures	Pas de changement	
	Hospitalisation	Pas de changement	
Coûts	Coût moyen en centre de soins de jour et en maison de repos pour les entités fédérées	Pas de changement	
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI	Moins élevé	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Pas de changement	

#### **Pour le profil 4**

Tableau 9. Les résultats observés pour l'ergothérapie pour la population du Profil 4

	<b>Dimension</b>	<b>Résultat</b>	
Clinique	État fonctionnel	Amélioration	😊
	État dépressif	Pas de changement	
	Qualité de vie	Pas de changement	
	Fardeau de l'aidant	Pas de changement	
Recours aux soins	Besoins non couverts en soins infirmiers pour des soins d'hygiène	Diminution	😊
	Risque d'institutionnalisation définitive	Pas de changement	
	Nombre de jours passés à domicile avant l'institutionnalisation	Pas de changement	
	Recours aux urgences	Diminution	😊
	Recours au généraliste en-dehors des heures	Pas de changement	
	Hospitalisation	Pas de changement	
Coûts	Coût moyen en centre de soins de jour et en maison de repos pour les entités fédérées	Pas de changement	
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour l'INAMI	Pas de changement	😊
	Coût total moyen des soins de santé remboursés (liés à la dépendance ou susceptibles d'être modifiés suite à l'intervention) pour le patient	Pas de changement	

*Par souci de concision, nous ne discuterons ici que de six outcomes*

L'institutionnalisation définitive en maison de repos

En réponse à la question de recherche relative à l'effet des interventions du Protocole 3 sur l'institutionnalisation définitive en maison de repos, qui était l'outcome principal, nous observons des résultats relativement mitigés, vu qu'aucune diminution significative du risque d'institutionnalisation définitive a été observée chez les personnes âgées fragiles. Vu le niveau de fragilité des personnes incluses dans les projets, ceci n'est guère surprenant. Néanmoins, les résultats de l'analyse qualitative montrent que, lorsque l'institutionnalisation semble inéluctable, en regard du profil de dépendance (cognitive) des bénéficiaires, les interventions du Protocole 3 permettent que l'institutionnalisation se passe dans de meilleures conditions. Pour évaluer les conséquences des interventions, la réduction du risque d'institutionnalisation ne suffit pas. D'autres outcomes secondaires ont permis d'avoir une vision plus large des conséquences des interventions sur la personne âgée elle-même, son entourage, le système de santé et les coûts. En complément, d'autres outcomes secondaires mais néanmoins importants pour la personne âgée et son aidant proche ont été évalués.

La qualité de vie du bénéficiaire et le fardeau perçu par son aidant informel

En effet, pour ce qui est des outcomes secondaires, nous observons des effets positifs sur la qualité de vie et le fardeau de l'aidant, suite aux trois types d'interventions étudiés. Premièrement, la **qualité de vie est améliorée** chez les personnes âgées présentant des profils 2 et 4 qui ont bénéficié de case management par un professionnel (peu importe l'intensité), ainsi que les personnes âgées du profil 3 bénéficiant de soutien psychologique. De même, les personnes âgées du profil 2 voient également leur qualité de vie améliorée suite à l'ergothérapie.

Deuxièmement, l'effet positif du case management se marque par un **fardeau diminué** des aidants informels des personnes ayant un profil 4 et 5. Dans le cas des personnes appartenant au profil 4, nous observons que ce fardeau perçu ne semble moins lourd que lorsque l'aidant informel cohabite avec la personne aidée. Ceci est un résultat particulièrement intéressant car il est avéré que le fardeau lié à l'aide risque d'être nettement plus lourd pour l'aidant cohabitant, par rapport à l'aidant non-cohabitant. Pour ce qui est de l'effet du soutien psychologique sur le fardeau, nous n'avons observé qu'un effet favorable du soutien psychologique que pour les aidants non-cohabitants des bénéficiaires appartenant au profil 3. Pour finir, l'ergothérapie est associée à une amélioration du fardeau perçu par les aidants non-cohabitants des personnes âgées appartenant au profil 2 et 3.

Diminution du recours aux urgences mais pas le recours au médecin généraliste en-dehors des heures de bureau

Un des effets positifs les plus constants des interventions du Protocole 3 se marque au niveau de la diminution du recours aux urgences dans quasiment tous les cas (hormis en cas de soutien psychologique ou, en cas d'ergothérapie, pour les bénéficiaires présentant un profil 2). À l'inverse, nous observons qu'à l'exception des personnes du profil 3 recevant du case management de faible intensité, les bénéficiaires des interventions du Protocole 3 ne consultent pas moins leur médecin généraliste en-dehors des heures de bureau.

Un soin à haute valeur ajoutée : le recours aux soins infirmiers de manière justifiée

L'autre effet positif constant se marque sur le recours justifié aux soins infirmiers, notamment en cas de dépendance fonctionnelle importante, associé ou non avec des problèmes de continence. Ici aussi, nous observons une tendance nettement positive au niveau des résultats, vu que toutes les interventions recommandées

sont associées à une augmentation du recours aux soins infirmiers de manière justifiée. Les deux exceptions sont le case management et l'ergothérapie pour le profil 3. Il est d'ailleurs probable que l'augmentation appropriée du recours aux soins infirmiers permet d'éviter la dégradation des situations vers des moments de crise, qui mènent à un usage inapproprié des services d'urgences.

## 6 Conclusion

---

Nous n'avons pas pu mettre en évidence une diminution significative de l'institutionnalisation définitive en maison de repos, à la suite des interventions du Protocole 3. Néanmoins, nous avons pu observer des résultats positifs et importants pour la qualité des soins des personnes âgées et leurs aidants informels. Même mis en œuvre de manière imparfaite, ces interventions sont souvent associées à des effets favorables. Par conséquent, il est probable que, si les conditions et prérequis d'implémentation s'améliorent à l'avenir, notamment en raison de meilleurs incitants à la collaboration interprofessionnelle et la mise à disposition de dossiers partagés et des recommandations de bonnes pratiques fondées sur des données probantes, les résultats des interventions seront encore plus positifs.

L'implémentation des interventions et leurs résultats devraient faire l'objet d'un suivi continu afin d'une part, garantir un bon niveau de qualité des soins quels que soient les différents contextes locaux mais aussi anticiper les conséquences du vieillissement futur de la population.

## 7 Liste des tableaux et figure

---

### Figure

Figure 1. Algorithme pour sélectionner une intervention du Protocole 3 pour les personnes âgées fragiles selon les différentes portes d'entrée..... 20

### Tableaux

Tableau 1. Les résultats observés pour le case management de faible intensité pour la population du Profil 29	
Tableau 2. Les résultats observés pour le case management pour la population du Profil 3 .....	10
Tableau 3. Les résultats observés pour le case management pour la population du Profil 4 .....	10
Tableau 4. Les résultats observés pour le case management pour la population du Profil 5 .....	11
Tableau 5. Les résultats observés pour le soutien psychologique pour la population du Profil 3 .....	13
Tableau 6. Les résultats observés pour le soutien psychologique pour la population du Profil 4 .....	14
Tableau 7. Les résultats observés pour l'ergothérapie pour la population du Profil 2 .....	16
Tableau 8. Les résultats observés pour l'ergothérapie pour la population du Profil 3 .....	16
Tableau 8. Les résultats observés pour l'ergothérapie pour la population du Profil 4 .....	17

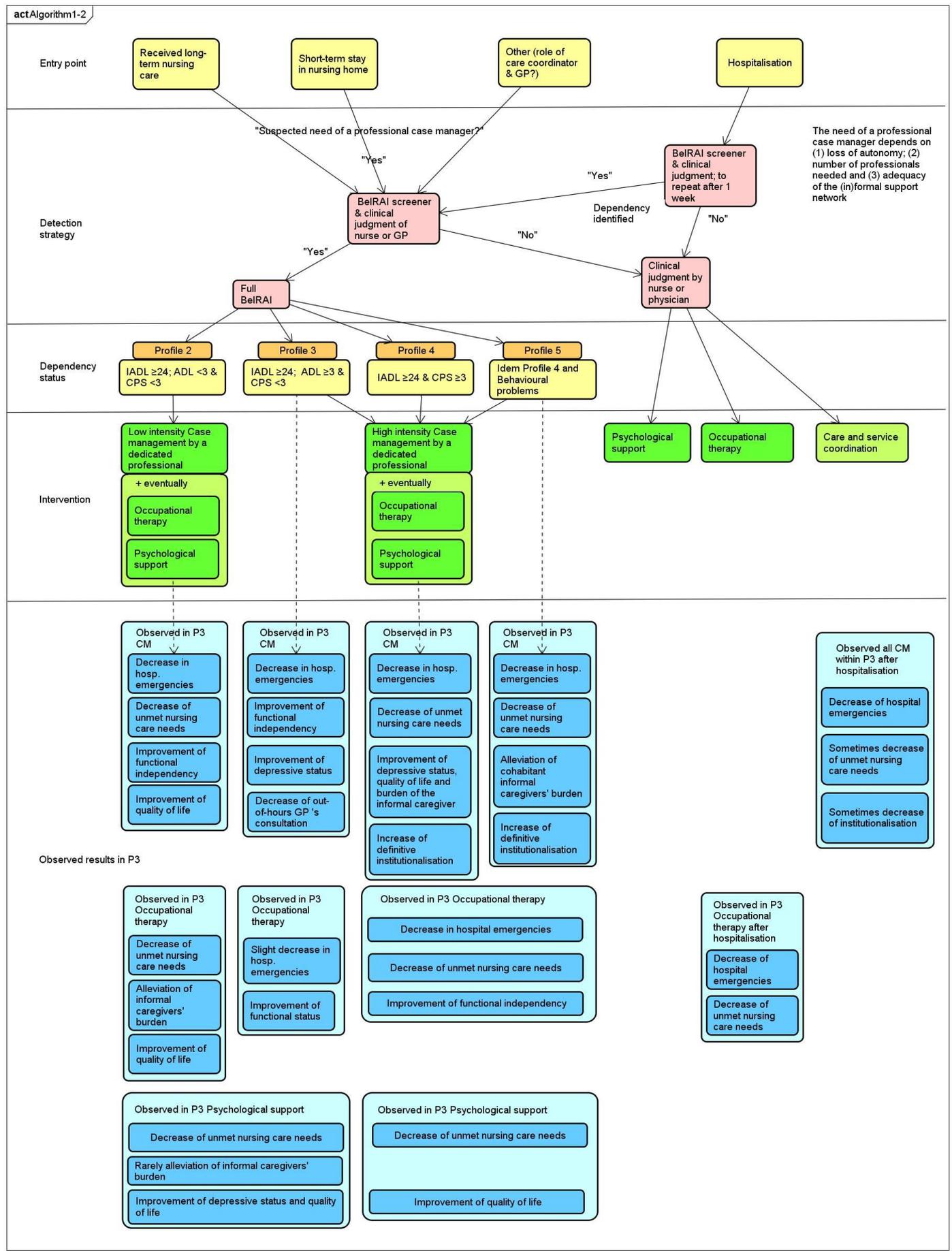


Figure 1. Algorithme pour sélectionner une intervention du Protocole 3 pour les personnes âgées fragiles identifiées dans différents lieux de soins