
UCL

Université
catholique
de Louvain

Vers des soins intégrés pour accompagner la
personne âgée ayant des besoins en soins complexes
à domicile: quelle coordination pour qui ?

Rencontres

Infirmières

10-05-2016

UCL

**Université
catholique
de Louvain**



Thérèse Van Durme

therese.vandurme@uclouvain.be

Marlène Karam

Jean Macq

Institut de Recherche Santé et Société

Université catholique de Louvain

Xavier Ledent

Mireille Goemans

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

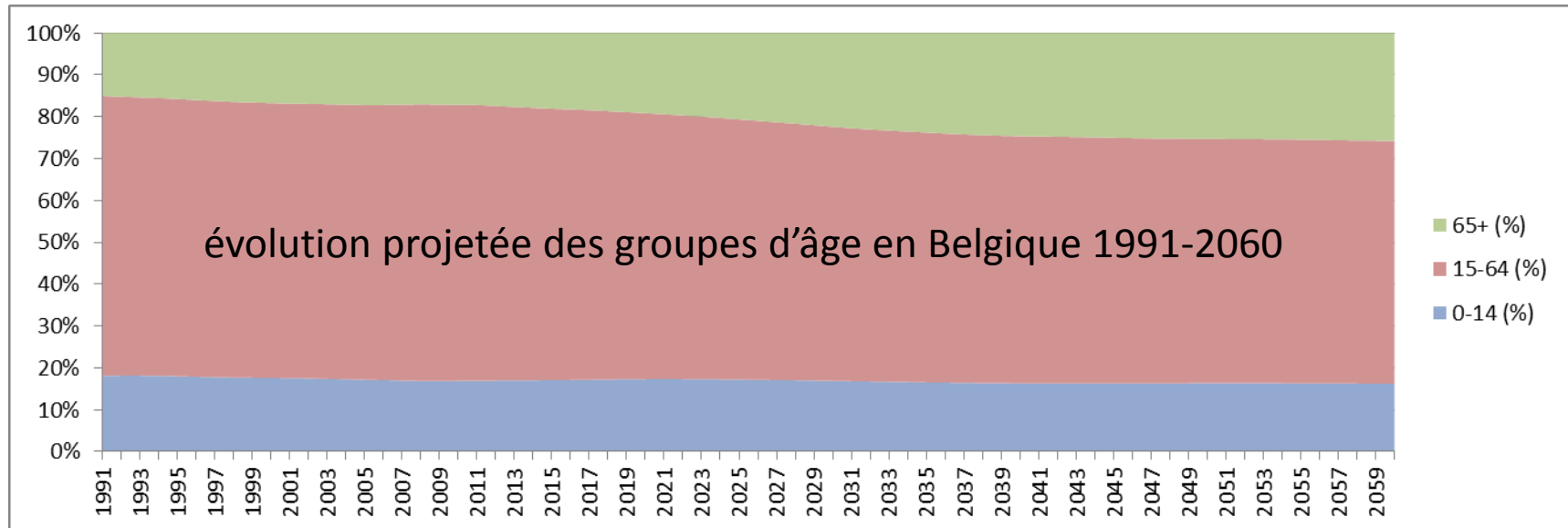
Plan

- Introduction
 - Perspective épidémiologique
 - Le système de soins de santé belge
- Réponse à notre défi démographique
 - Protocole 3
 - Le devis de recherche
 - Les différents types de projets
 - L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au travers du modèle de Danielle D'Amour
- Discussion et perspectives

Introduction

Changement démographique de la population

- 2014:
 - 17.2% de la population belge avait > 65a (moyenne OCDE 15% en 2013) ;
 - 5% de la population avait > 80 a (moyenne OCDE 4% en 2013).
- D'ici 2050:
 - 24.5% aura > 65 a ;
 - 9.6% aura > 80 a



[Bureau Fédéral du plan (2010); OECD Historical Population Data and Projections Database (2013)].

Population

- La population prend de l'âge
- Le nombre de maladies chroniques et la multimorbidité augmente avec l'âge [Barnett et al., 2012]
- Lien entre la multimorbidité, l'état fonctionnel, la fragilité et la qualité de vie

Caractéristiques du système de soins de santé belge (1)

- Modèle mixte bismarckien-beveridgien, financé via
 - Les contributions de la sécurité sociale;
 - L'impôt;
 - Le paiement individuel
 - avec des mécanismes de correction : ex. MAF, BIM
- Basé sur des principes d'égalité d'accès et de liberté de choix – et d'équité;
- Pluraliste.

Caractéristiques du système de soins de santé belge (2)

Au niveau des soins de santé primaires:

- Les **soins infirmiers** sont délivrés en majorité par des infirmières et aides-soignantes travaillant pour des organisations dépendant des mutuelles d'obédiences diverses (catholiques, socialistes, libérales, ...), des municipalités.
 - Une minorité travaille
 - Comme indépendants
 - Pratiques groupées et cette partie s'accroît
- Les **soins de santé médicaux** sont délivrés principalement par des médecins généralistes travaillant seuls
 - Une minorité travaille en
 - Maisons médicales
 - Pratiques groupées et cette partie s'accroît également
- Les **services d'aide aux personnes** sont délivrés par des organisations entretenant des relations à des degrés divers avec des mutualités ou municipalités
- **Régulation des soins de santé:**
 - Le gouvernement fédéral est responsable de la législation. Le financement des prestataires se fait via l'INAMI.
 - Les gouvernements régionaux sont responsables pour les aspects relatifs aux soins à la personne âgée (depuis la 6^{ième} réforme de l'état)

Caractéristiques du système de soins de santé belge (3)

- Fragmenté,
 - Centré sur la maladie,
 - Réactif,
 - Hospitalo-centré, [Gerkens et al., 2010]
 - Est le reflet d'un modèle médical (versus modèle de santé) [OCDE, 2013]
-
- ✓ Nécessité de bouger vers un modèle de soins
 - Intégré,
 - Centré sur le patient (versus centré sur l'organisation),
 - Centré sur des objectifs (versus centré sur une maladie),
 - Proactif,
 - Guidé par des stratégies de santé publique [Paulus et al., 2012]
 - ✓ La **gestion de cas** de première ligne des soins de santé primaires est supposée fournir une des réponses opérationnelles dans le cadre de ce changement [Anderson et al., 2011]

Protocole 3: soutien à domicile

- Financement **d'alternatives** de soins et de soutien aux soins pour soutenir des personnes âgées fragiles souhaitant vivre chez elles.
- Deux appels à projets à l'attention des prestataires des secteurs ambulatoires et résidentiels
 - 1^{er} appel (2010-2014) : 67 projets pilotes « bottom up », financés durant 4 ans par l'INAMI
 - 2^{ème} appel (2014-2017): 25 projets pilotes financés, l'accent est mis sur ***l'intégration*** des soins
- But de l'évaluation
 - Identifier **l'impact** des interventions innovantes dans la perspective de proposer de financer celles qui auront démontré une plus-value suffisante

L'évaluation de ces projets se fait par un consortium d'universités



Jean Macq

Sophie Cès

Anne-Sophie
Lambert

Olivier Schmitz

Caroline
Jeanmart

Thérèse Van
Durme



Christiane Gosset

Patrick Maggi

Sam Delye



Anja Declercq

Johanna Mello



Roy Remmen

Sibyl Anthierens

Maja Lopez-
Hartmann

Hilde Bastiaens

Question de recherche générale

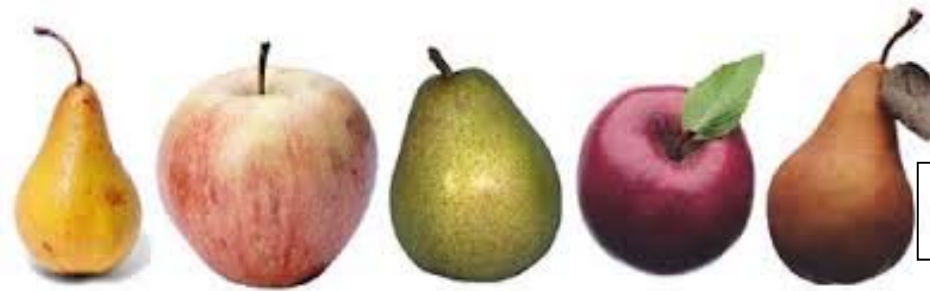
- Quels types de projets alternatifs de soins et de soutien aux soins contribuent au report de l'institutionnalisation?
- **Efficience** du projet par rapport au report de l'institutionnalisation définitive en maison de repos (et de soins) pour la personne âgée fragile: risque d'institutionnalisation définitive et coût
- Nombreux outcomes secondaires :
 - Qualité de vie,
 - État de santé,
 - Fardeau de l'aidant proche,
 - Consommation de soins, ...

Devis de recherche global

1 Analyse d'implémentation (*qualitative*)

- Description précise de l'intervention
- Description des mécanismes pouvant expliquer le succès ou l'échec d'un projet

Projets *bottom-up* diversifiés



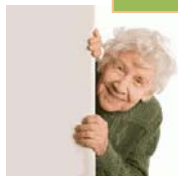
Estimation des coûts de l'intervention (*quantitatif*)

3 Analyse économique

Impact de l'intervention pour les parties prenantes principales

Estimation des coûts additionnels

2 Analyse de l'efficacité



Personnes âgées



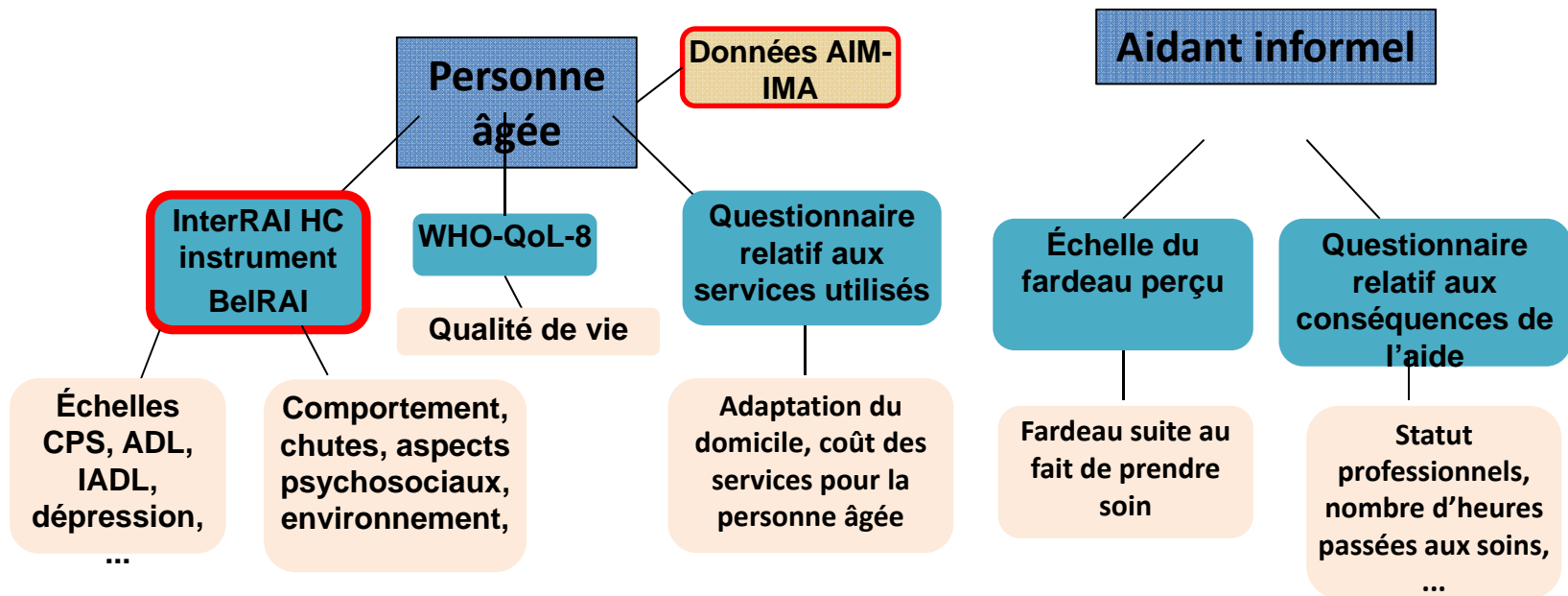
Aidants informels



Autres

Collecte de données quantitatives

- Instruments et résultats



- Mesures



Collecte de données qualitatives

- Analyse documentaire
 - Dossiers de soumission, conventions, rapports de réunion
- Interviews et focus groups des professionnels des projets
 - Pour le deuxième appel
 - Interviews des personnes bénéficiaires et de leurs aidants informels
 - Interviews des personnes dans le réseau local, mais en-dehors des projets

Point de départ

- Le case management pour les personnes âgées fragiles mène à des résultats plus favorables
 - si le case manager travaille en collaboration étroite avec le médecin généraliste du patient [Hickam et al., 2013]
- Inciter les médecins généralistes à collaborer est souvent un processus difficile, en particulier dans des contextes où la fonction de case management est nouvelle [Vedel et al., 2013].

Étude exploratoire

Comment les projets nouvellement implémentés s'y prennent-ils pour inviter les médecins généralistes des personnes âgées fragiles à faire partie du processus de case management?

Pour quelles personnes âgées?

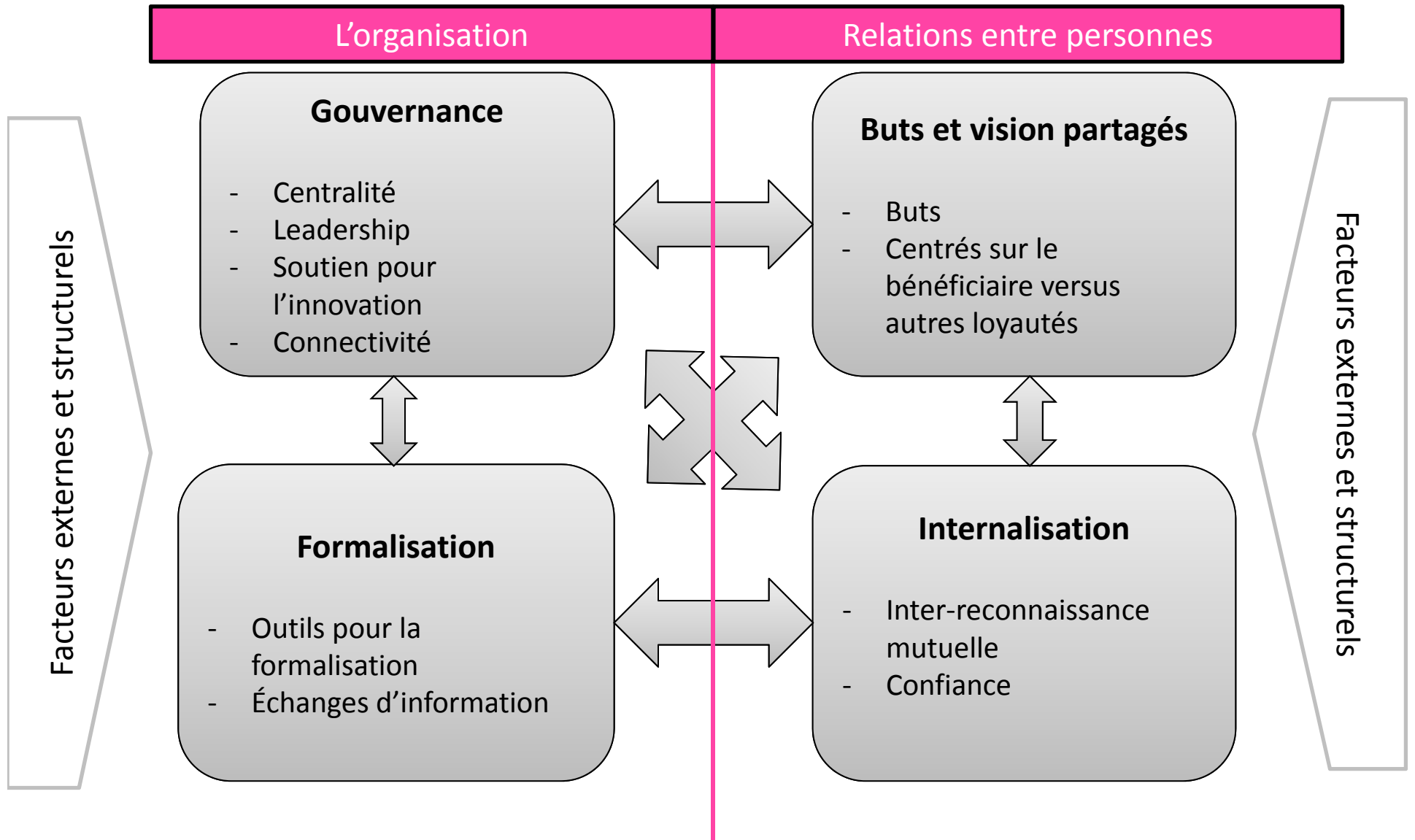
Avec quels résultats?

→ processus: indicateurs de la collaboration interprofessionnelle

Analyse des données

- Analyse secondaire de données
- Méthodes mixtes
- Guidé par le modèle structurel de collaboration interorganisationnelle de D'Amour [D'Amour et al., 2008]

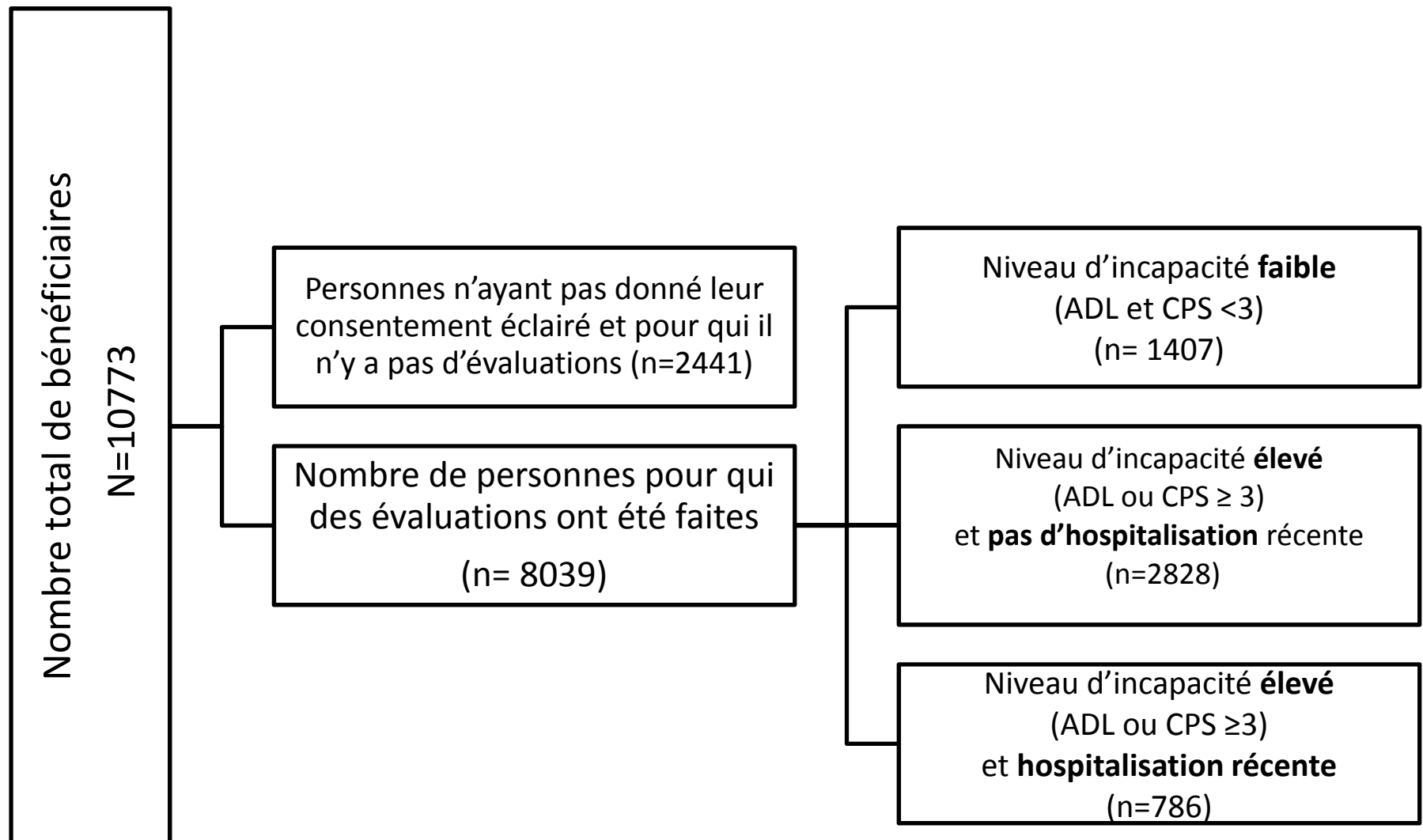
Modèle de collaboration interprofessionnelle



[D'Amour et al. 2008]

RESULTATS

Personnes incluses dans les 62 projects

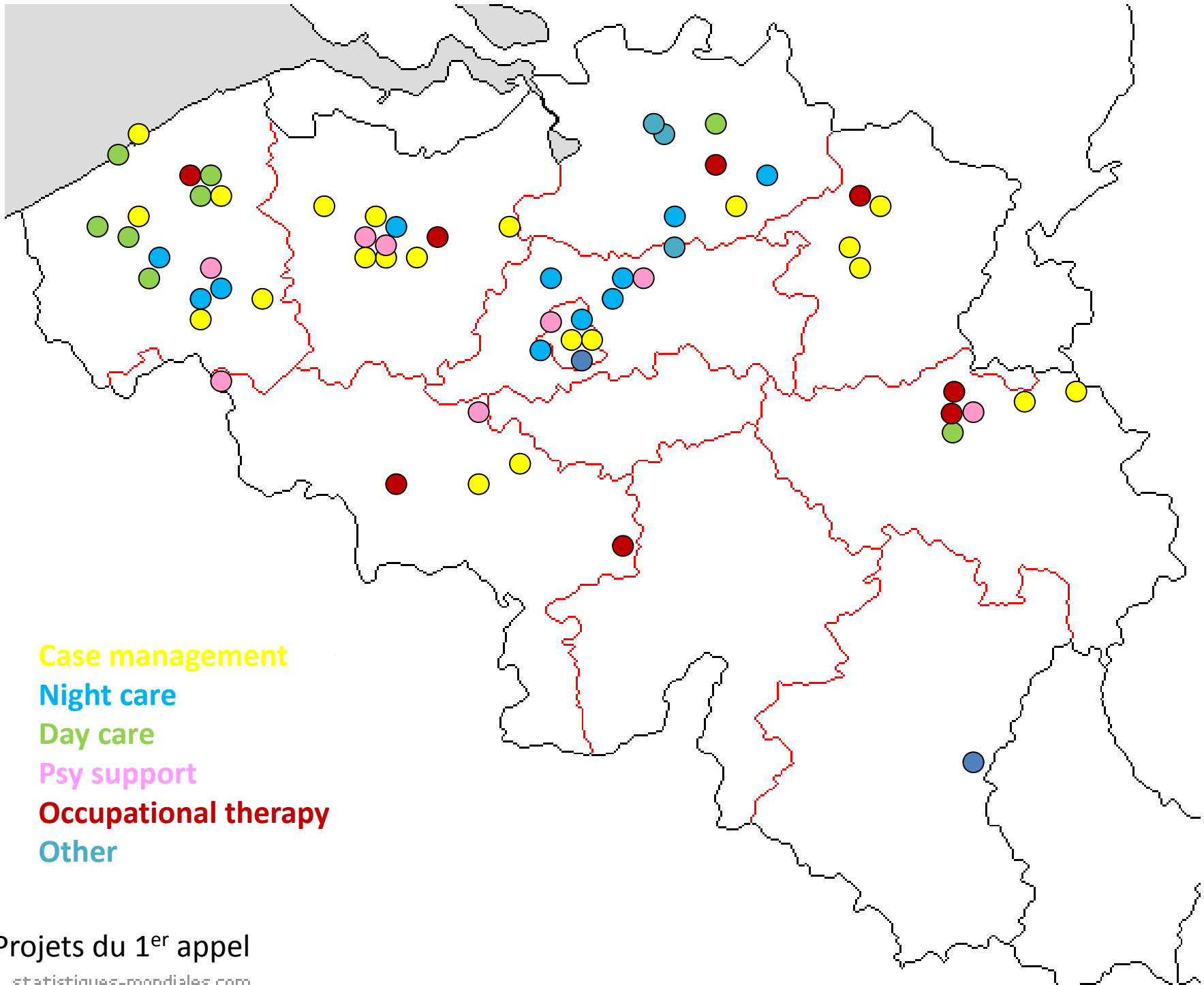


Age médian: 81 (76-86)

Âge moyen: 79.95 ±7.67

68.2% femmes

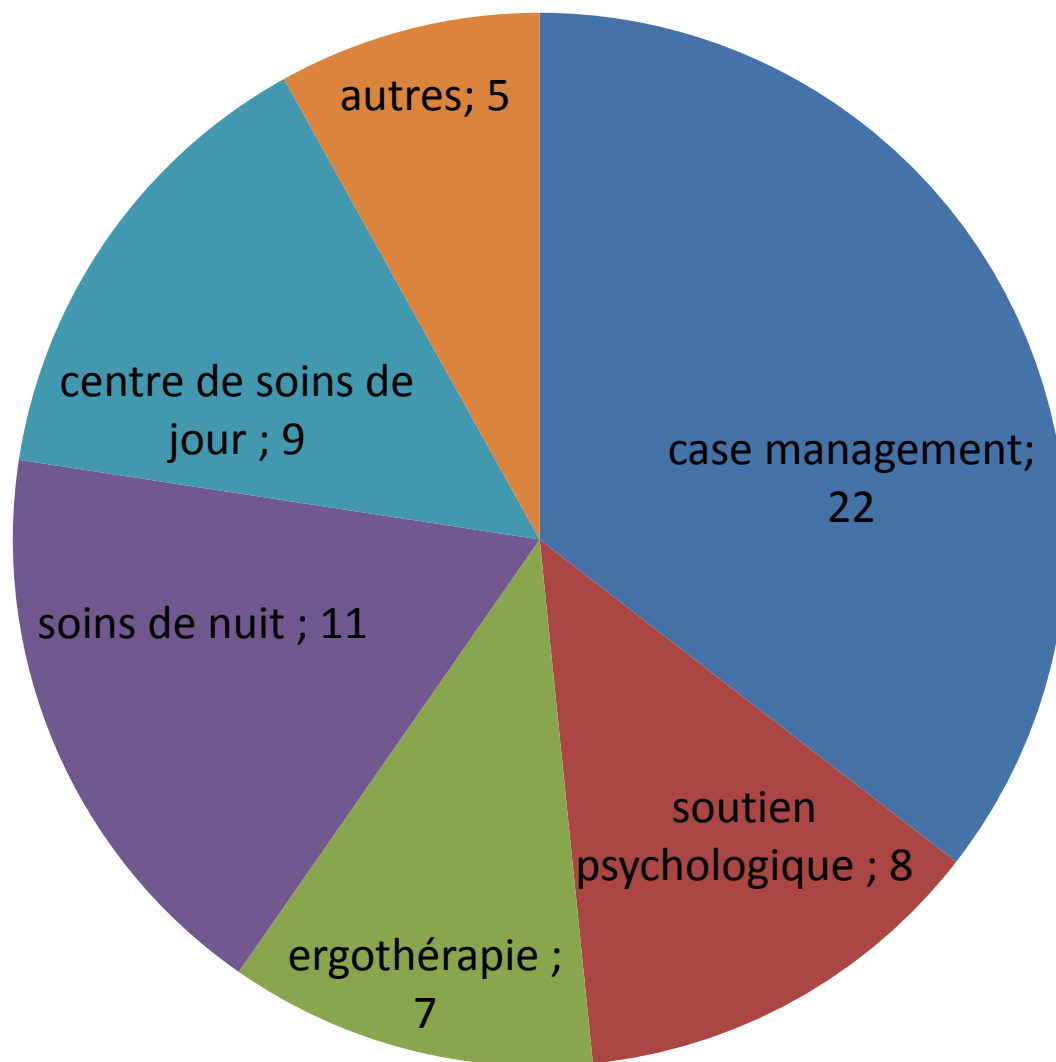
53.1% vit seule



- Case management
- Night care
- Day care
- Psy support
- Occupational therapy
- Other

Projets du 1^{er} appel

Classification des 62 projets du 1^{er} appel



La gestion de cas

case management

“Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation and advocacy for options and services to meet an individual’s and family’s comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes”

- [Case management Society of America, 2010, p.8]

Case management dans le P3



- (1) évaluation des besoins, (2) planification des soins, (3) coordination et concertation, (4) suivi de la situation et(5) évaluation
- Quelquefois combiné à d'autres services (ergothérapie, kiné, logo,)
- Pour qui? Personnes âgées ayant des besoins en soins **complexes**
 - Il n'existe pas de consensus pour identifier cette complexité
 - Signaux d'alerte:
 - Déficience cognitive sévère;
 - Troubles du comportement;
 - Absence de l'aidant informel ou l'aidant informel est dépassé;
 - Conflits entre la personne âgée et son entourage (professionnel)
- Quand gérer la situation n'est plus possible
 - Par la personne elle-même
 - Sa famille
 - Son généraliste

... l'intervention par un case manager peut se justifier
- Quel professionnel? Une équipe de case managers (comprenant des infirmières ou non)
- Coût: de 6,4 à 7,6€/ jour pour toute la durée d'inclusion dans le projet



Les case managers professionnels

- “Gestionnaire de cas”

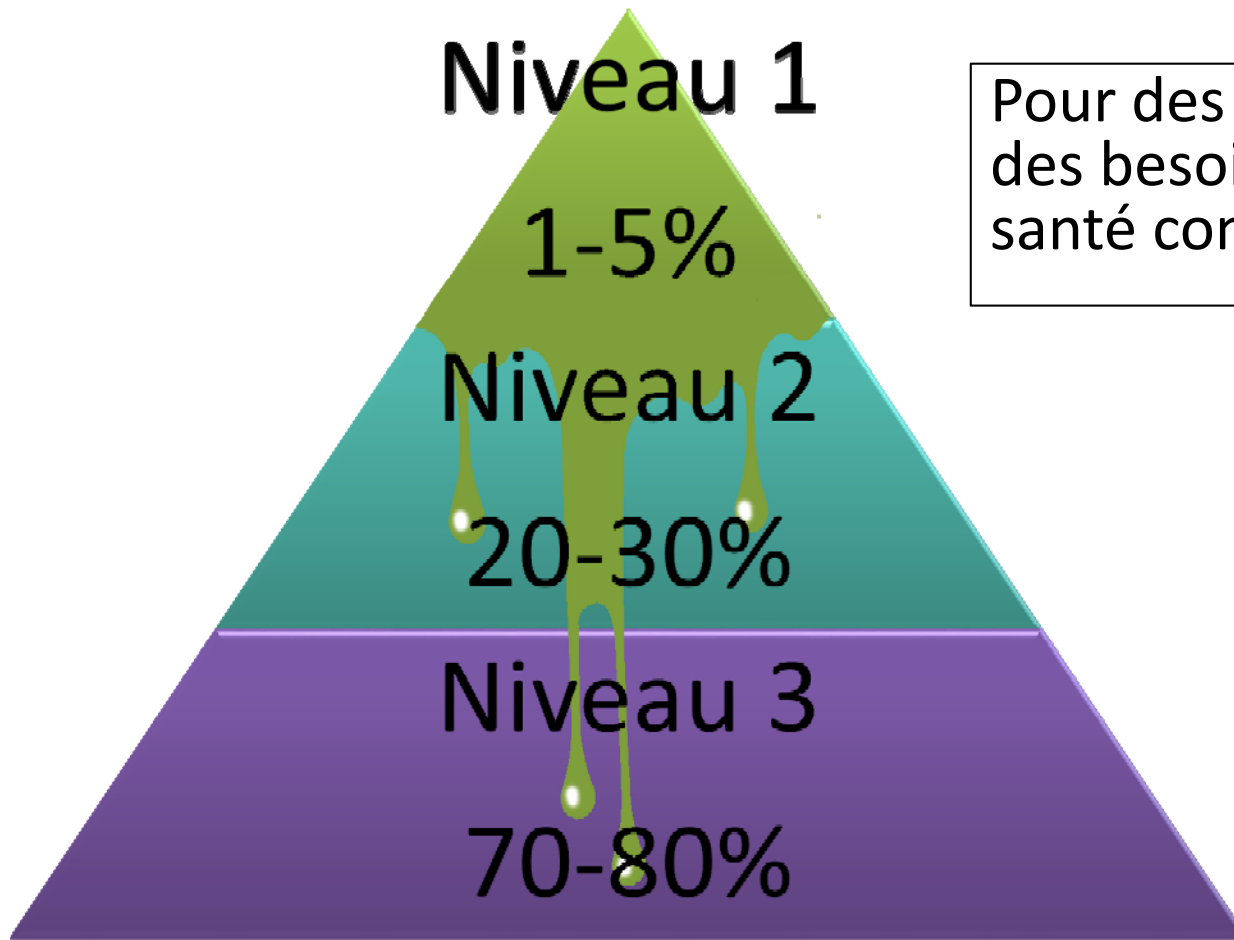
Profil des gestionnaires de cas	
Équipe d’infirmières	7
Équipe d’infirmières et autres professionnels	8
Équipe d’assistants sociaux et autres professionnels*	7

(*) ergothérapeute ou psychologue

Les infirmières sont impliquées dans 15/22 projets (68%)

- Formation au case management?
 - pas de formation spécifique en Belgique
- Caseload par ETP case manager
 - 4-...314 (médiane:71) → suggère que différentes formes de case-management sont délivrées

Case management



Pour des personnes ayant des besoins en soins de santé complexes

Soins de nuit



3 types:

- « Tournées » de nuit (1 à 2 passages par nuit) par une infirmière ou aide-soignante
- Hébergement en MRS/MRPA pour une durée déterminée (1 nuit/semaine ou 7 nuits consécutives)
- 1 professionnel reste au domicile toute la nuit (1 -2 nuits: semaine) : bénévole ou aide-soignante



Personnes âgées bénéficiant déjà d'un nombre de soins importants



De 10,8 à 16,3€/nuit

Soutien psychologique à domicile



Sessions durant les visites à domicile

- Parfois, des sessions avec les aidants informels (interviews séparées – ou non)



Personnes présentant des problèmes psychologiques ou psychosociaux modérés

- P.ex. stade précoce de démence, dépression, deuil, anxiété, ... au sein d'un réseau social réduit ou inexistant



- Psychologue



- 5,9€/ jour

Ergothérapie à domicile



Adaptation du domicile
Revalidation



Pour les personnes vivant avec un déficit fonctionnel ou cognitif

- Pour les aidants – professionnels ou informels



- Ergothérapeute (parfois avec le kinésithérapeute)



2,7€/jour

Resultats: stratégies mises en œuvre pour inciter les MG à participer au case management

- Point de départ= Aide au remplissage du BelRAI (partie diagnostic et traitement) pour “permettre l’évaluation scientifique des projets”
 - Mais aussi pour promouvoir l’utilisation du BelRAI
- Dans un monde idéal, chaque professionnel de la santé devrait remplir la part du BelRAI qui le concerne séparément.
 - Dans la réalité, c’est souvent le case manager qui interroge les autres professionnels et centralise le remplissage du BelRAI

Résultats: collaboration avec les MG (1)

Gouvernance

Centralité : peu d'incitants perçus par l'autorité centrale (Fédérale ou Regionale) pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle.

- Utilisation du remboursement possible actuel (4/22 projets);

Leadership est divisé entre différents partenaires (excepté pour 1)

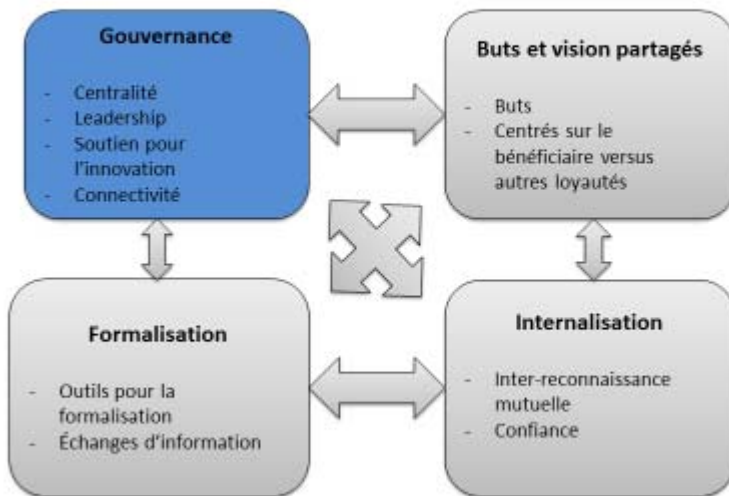
Soutien à l'innovation :

- La formation des différents professionnels impliqués n'est pas orientée vers des pratiques de collaboration;
- Financement prévu par les projets pour que les MG participant aux réunions de concertation et à l'élaboration du plan de soins (30€-134€) : 10/22 projets.

30

- **Connectivité** :

- Des réunions avec des MG ont lieu dans 15/22 projets



Résultats: collaboration avec les MG (2)

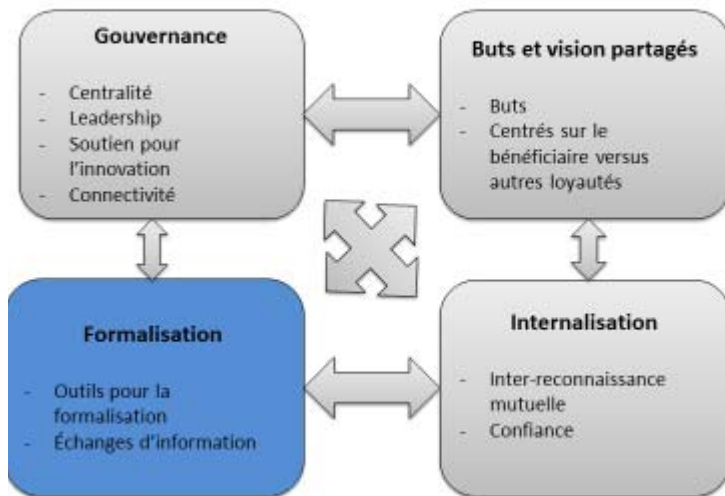
Formalisation

Outils pour la formalisation :

- Accords formels avec les cercles de MG dans 13/22 projets
 - Pas d'information quant au fait que cette formalisation était connue des MG
- Le MG est inclus comme personne de référence dans le plan de soins auprès de 18/22 projets

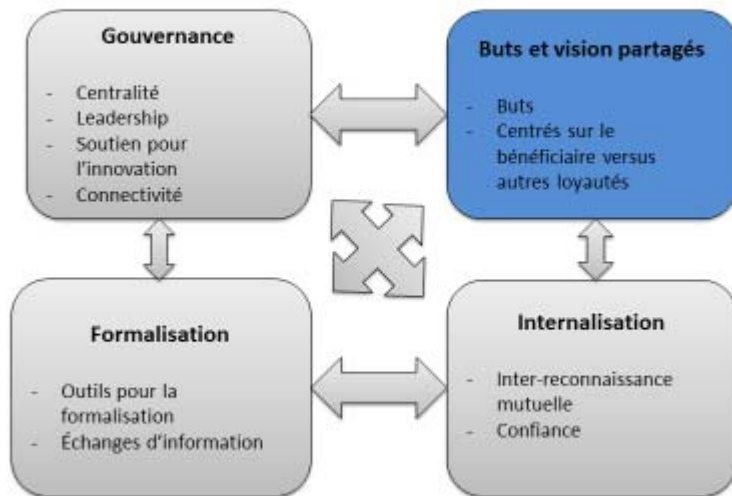
Échange d'informations:

- Un feedback des résultats de l'intervention est communiquée au MG
 - À propos des résultats du BelRAI (11/22)
 - Uniquement en cas d'exacerbation (5/22)
 - Uniquement lorsque le bénéficiaire quitte le projet (2/22)
 - En temps réel (case management résidentiel: 2/22)
- L'information du MG vers le case manager: difficile ("par manque de temps")



Résultats: collaboration avec les MG

(3)



Buts et vision partagés

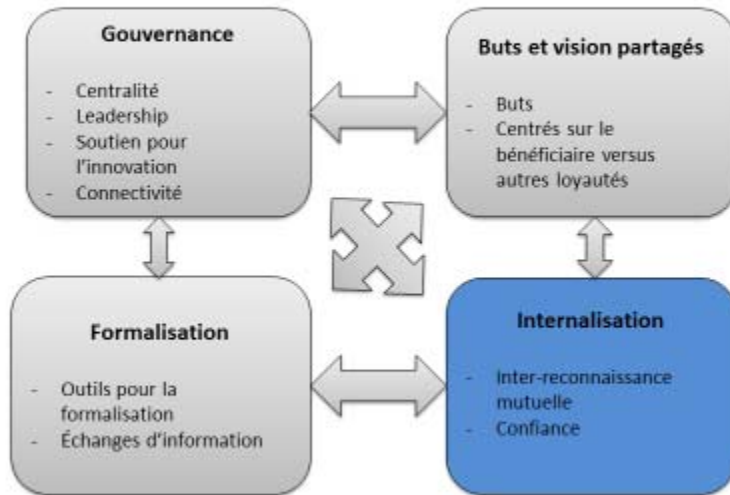
Buts: les buts communs sont rarement explicités entre les MG et les projets;

L'orientation centrée sur le bénéficiaire: ceci n'est que rarement exprimé entre les MG et les projets, ce qui ne laisse pas la place à la négociation

32

Résultats: collaboration avec les MG

(4)



33

Internalisation

- **Inter-reconnaissance mutuelle:** les conditions pour soutenir la collaboration ne sont pas bonnes et les projets semblent s'appuyer fortement sur la diffusion via des folders et autres média pour promouvoir leur projet
 - Besoin d'au moins un contact en vis-à-vis;
- **Confiance:** nous n'avons pas recueilli le point de vue de la part des MG dans cette partie d'évaluation

DISCUSSION

Discussion

- L'utilisation du modèle de D'Amour, relatif aux indicateurs de la collaboration interprofessionnelle, s'est avéré pertinent pour guider la collecte et l'analyse des domaines d'action au niveau des stratégies des projets.
- Les données mettent en évidence le faible niveau de collaboration interprofessionnelle avec les MG, en ce qui concerne
 - L'élaboration des plans de soins;
 - La participation aux réunions multidisciplinaires.
- Nous observons que la conception, l'opérationnalisation et implémentation des projets était davantage centrée sur l'organisation que sur le bénéficiaire
 - Se voit notamment au flux d'information essentiellement monodirectionnel;
- Les stratégies identifiées ciblaient surtout **l'organisation** et pas tellement les **relations interpersonnelles**
 - Des **leaders locaux** devraient être soutenus dans leur action de promotion de ce type de collaboration – ils seraient les mieux placés pour éliminer les barrières à la collaboration);
 - Développer une relation de **confiance** (défini ici par la **perception de la compétence d'autrui**) reste un défi considérable

Limites

- Analyse secondaire de données (informations manquantes)
- Certains éléments du contexte n'ont pas été pris en compte
 - Bénéficiaires,
 - Aidants informels,
 - Autres professionnels de la première ligne, en ce compris ceux relatifs aux soins de bien-être,
 - Aptitude des professionnels des projets à s'ancrer dans le tissu de prestataires déjà présent
 - ...

qui peuvent moduler la collaboration interprofessionnelle entre les projets offrant de la gestion de cas et les MG.

Perspectives

- Évolution favorable observée dans les projets du deuxième appel
- La collaboration interprofessionnelle
= **changement de paradigme** dans la relation soignant-soigné (versus colloque singulier soignant-soigné).
 - Ce changement de paradigme prend du temps et les projets du 2^{ème} appel profitent de la publicité faite aux projets du 1^{er} appel.
- Les critères de sélection des projets pour inclure des bénéficiaires s'affinent avec le temps
 - Davantage de bénéficiaires pour qui les interventions proposées par le projet est une réelle plus-value
 - L'identification de ces bénéficiaires reste un défi majeur.

CONCLUSION

Conclusion

- La collaboration constitue une **partie essentielle des soins de santé**, surtout dans les situations (“cas”) complexes;
- Rendre les **composantes individuelles** de la collaboration interprofessionnelle plus visibles devrait aider les cliniciens et gestionnaires à prendre les mesures adéquates pour améliorer le niveau de collaboration ;
- Les stratégies mises en œuvre doivent tenir compte de **l’ensemble des dimensions du système**, à tous les niveaux;
- Les données de l’évaluation des projets du Protocole3 montrent que les stratégies qui renforcent les domaines **liés à l’individu** (buts et visions partagés & internalisation) requièrent plus d’attention

Question au workshop

- Les infirmières sont-elles en position d'exprimer ces visions?
- Quelles interventions pourraient améliorer la réflexivité des infirmières dans ce domaine?
 - Au niveau de la formation de base?
 - Au niveau de la formation continue?
 - Sur le lieu de travail: quelles ressources?
 - Analyse SWOT
 - Quelles forces, faiblesses, opportunités et menaces?