

## SYNTHÈSE

# INTÉGRATION DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES FRAGILES EN BELGIQUE : UNE ÉVALUATION DE LA TROISIÈME PHASE DU PROTOCOLE 3





## **SYNTHÈSE**

# INTÉGRATION DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES FRAGILES EN BELGIQUE : UNE ÉVALUATION DE LA TROISIÈME PHASE DU PROTOCOLE 3

JUSTIEN CORNELIS, MELISSA DESMEDT, ESTHER CHEVALIER, OLIVIER CAMALY, WENDY CHRISTIAENS





## ■ AVANT-PROPOS

Ce n'est pas nouveau, notre population vieillit. Depuis les années 1990, les responsables politiques cherchent des solutions créatives pour faire face à la vague grise qui s'annonce. Toutes sortes de mesures ont été proposées au fil des ans en matière de soins aux personnes âgées, et une idée qui fait son chemin est que ces personnes devraient pouvoir rester chez elles le plus longtemps possible – ce qui correspond d'ailleurs au souhait de bon nombre d'entre elles.

En 2009, les conventions « Protocole 3 » ont été lancées pour susciter des projets adaptés aux personnes âgées fragiles présentant des besoins complexes. Un financement temporaire a été mis en place pour permettre une offre de soins intégrés et multidisciplinaires ; cette offre devait être innovante et ne bénéficier d'aucun autre financement dans le système national d'assurance maladie. Les soins proposés devaient permettre d'éviter ou de retarder l'admission dans une structure de soins résidentielle. L'appel n'est pas tombé dans l'oreille d'un sourd : des formes inédites d'accompagnement ont pu être mises en place pour ce groupe-cible vulnérable et pour ses aidants proches, comme par exemple du soutien psychologique à domicile ou des conseils en ergothérapie pour rendre l'environnement domestique plus sûr et prévenir les chutes.

Nous en sommes à présent, depuis avril 2019, à la troisième phase de ces conventions et il a été demandé au KCE de procéder rapidement à une évaluation des projets de cette phase, afin d'alimenter la réflexion sur leur financement ultérieur. L'objectif initial était de déterminer leur efficacité et leur rapport coût-efficacité sur la base de données quantitatives sur les résultats des soins dispensés, tant pour les personnes âgées qui en ont bénéficié que pour un groupe témoin qui n'en aurait pas reçus, mais cela s'est avéré irréalisable. Une telle étude aurait posé de nombreux défis méthodologiques et ses résultats n'auraient été disponibles que dans bien longtemps. La présente étude se concentre donc sur une enquête qualitative menée auprès des différents partenaires impliqués dans les projets Protocole 3 ; elle décrit leur expérience de ces projets et les impressions qu'ils en ont retirées.

C'est donc dans cette optique que les conclusions de ce rapport doivent être lues. Malgré l'absence de preuves tangibles, on peut en tirer des conclusions intéressantes sur les facteurs de réussite et les limitations des soins intégrés tels que proposés dans les projets Protocole 3. Nous espérons que cela contribuera à ce que davantage de personnes âgées ayant des besoins de soins complexes puissent continuer à vivre chez elles dans de bonnes conditions.

Christophe JANSSENS  
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSSSEN  
Directeur Général a.i.



## ■ MESSAGES- CLÉS

- L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité belge (INAMI) soutient depuis 2010 des projets-pilotes innovants dans le domaine des soins à domicile pour les personnes âgées présentant des besoins de soins complexes. Cette initiative porte le nom de « convention Protocole 3 » ; son objectif est de permettre aux personnes âgées fragiles de mener plus longtemps une vie de qualité à leur domicile et d'éviter, de retarder ou à tout le moins d'adoucir la transition vers une structure de soins résidentiels.
- En parallèle, il s'agit également de limiter le plus possible la charge pour les aidants proches en veillant à soutenir également leur qualité de vie. Les soins dispensés doivent reposer sur une vision holistique de l'état de santé du bénéficiaire. Dans une optique de prévention, il est par ailleurs important d'assurer la sécurité de l'environnement familial (tant en journée que la nuit) et d'éviter ainsi les situations de crise au niveau du bénéficiaire (p.ex. chutes).
- Il était prévu d'emblée que la convention serait limitée dans le temps et que la décision d'un éventuel ancrage structurel des projets Protocole 3 serait prise en 2012. Cette décision a été reportée en raison du retard pris dans la formation du nouveau gouvernement et une deuxième phase de la convention Protocole 3 a été lancée en 2013, qui s'est finalement prolongée jusqu'en 2019. Dans l'intervalle, le contexte politique a évolué, avec notamment la 6<sup>e</sup> Réforme de l'État et un nouveau ministre de la Santé. Une nouvelle décision concernant les projets Protocole 3 a dû être prise par un gouvernement de transition. C'est alors qu'a été lancée la troisième phase de la convention.
- La présente étude du KCE est une évaluation de cette troisième phase à la lumière des objectifs de la convention. Cette évaluation se base sur une enquête qualitative réalisée auprès de nombreux acteurs impliqués dans les projets Protocole 3, à savoir les membres du comité d'accompagnement de l'INAMI, les coordinateurs de ces projets, des soignants impliqués dans ces projets, ainsi que des bénéficiaires et aidants proches. Dans l'ensemble, ces personnes estiment que les objectifs de la convention ont été rencontrés au cours des différentes phases. Ils soulignent néanmoins que leur faisabilité a été fortement mise sous pression au cours de la troisième phase, ce qui compromet la durabilité des projets.
- En particulier, l'accès aux projets Protocole 3 est fortement entravé par des déséquilibres géographiques liés au fonctionnement « par projets » du Protocole 3. Les acteurs interrogés estiment en outre que les critères d'admission sont devenus trop sélectifs depuis le lancement de la troisième phase de la convention. D'après eux, ces critères ne correspondent plus à la réalité clinique et accordent trop peu de possibilités d'approches préventives. Par ailleurs, ils se focalisent principalement sur les « Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne » des bénéficiaires, alors que celles-ci ne représentent qu'une facette limitée de leur état de santé global.



- La troisième phase du Protocole 3 s'est accompagnée du remplacement d'un financement par enveloppes par un financement à l'acte assorti de conditions imposées par les autorités. D'après les répondants, ceci a généré une charge administrative supplémentaire pour laquelle les pouvoirs publics n'ont accordé que peu ou pas de moyens, et que les organisations de soins ont donc dû assumer seules. Les participants à l'enquête ont déclaré vouloir en revenir à un mode de financement permettant de mieux soutenir les principes fondateurs des projets-pilotes Protocole 3.
- Les coordinateurs et dispensateurs de soins estiment que les unités de temps utilisées dans la troisième phase de la convention sont en décalage avec les besoins des bénéficiaires très dépendants. La limitation à six mois leur semble en outre insuffisante pour parvenir à une amélioration durable de la qualité de vie des bénéficiaires et de leurs aidants proches. Les coordinateurs des projets ont le sentiment de devoir se montrer extrêmement créatifs pour pouvoir offrir un niveau de soins élevé dans le cadre de la convention.
- Les personnes interrogées soulignent également que la dispensation de soins multidisciplinaires et la collaboration interprofessionnelle nécessitent des interventions et un soutien que le Protocole 3 ne prévoit plus depuis la troisième phase. Elles estiment aussi que les moyens dévolus aux activités éducatives et à la formation des soignants sont insuffisants. En outre, l'avenir incertain des projets Protocole 3 génère un sentiment de précarité professionnelle et des conditions de travail peu concurrentielles, ce qui contribue – toujours d'après les sondés – à un roulement de personnel plus important, à un manque de continuité des soins, à une démotivation des équipes et à une perte de connaissances et de compétences au sein des projets. On observe également qu'un nombre croissant d'organisations de soins ont décroché dans le décours du Protocole 3 ou ont l'intention de le faire.
- Nonobstant ce qui précède, les acteurs interrogés estiment que le Protocole 3 répond fondamentalement à au moins quatre piliers du modèle du quintuple objectif (*Quintuple Aim*) pour l'intégration des soins, à savoir (1) l'amélioration de l'expérience des bénéficiaires, (2) l'amélioration de l'état de santé de la population, (3) la création d'une plus-value pour les professionnels des soins et (4) l'équité et l'inclusion. La méthodologie utilisée ne permettait pas de se prononcer sur le cinquième pilier, qui concerne l'efficience/le rapport coût-efficacité des projets et/ou la création de « valeur (économique) ».
- Enfin, les coordinateurs et professionnels des soins estiment que les projets Protocole 3 les ont menés à innover, à apprendre à se connaître et à développer une collaboration étroite dans un climat de confiance par-delà les limites des professions et des lignes de soins. Ceci leur a permis de proposer des soins adaptés répondant aux besoins des bénéficiaires et de rencontrer les objectifs de la convention Protocole 3. Ils estiment avoir investi pleinement dans la valeur ajoutée d'une collaboration interprofessionnelle et d'une intégration des soins. Tous les acteurs des soins concernés plaident donc en faveur d'un ancrage structurel de ce type d'intégration des soins pour les personnes âgées à domicile confrontées à des besoins complexes.



## TABLE DES MATIÈRES

■	<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>1</b>
■	<b>MESSAGES- CLÉS</b> .....	<b>2</b>
1.	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
1.1.	LES DÉFIS D'UNE POPULATION VIEILLISSANTE .....	6
1.2.	UNE INTÉGRATION DES SOINS AXÉE SUR L'INDIVIDU.....	6
1.3.	CONVENTION ET PROJETS PILOTES .....	7
1.3.1.	Protocoles d'accord et premier appel à projets Protocole 3 .....	7
1.3.2.	Phases suivantes .....	7
1.4.	OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE DU KCE .....	8
1.5.	CONTENU ET CONDITIONS DE LA CONVENTION PROTOCOLE 3 AU COURS DE LA PHASE 3	8
1.6.	CARACTÉRISTIQUES DES PROJETS PROTOCOLE 3 APPROUVÉS AU COURS DE LA TROISIÈME PHASE.....	9
2.	<b>CADRE DE CETTE ÉTUDE</b> .....	<b>11</b>
2.1.	UNE ÉTUDE QUALITATIVE .....	11
2.2.	GUIDES D'ENTRETIEN .....	11
2.3.	DESCRIPTION NARRATIVE DES ENQUÊTES PAR GROUPE ET ANALYSES SUPPLÉMENTAIRES .....	12
2.4.	LIMITATIONS DE CETTE ÉTUDE .....	12
2.4.1.	Sélection des répondants.....	12
2.4.2.	Recherches sur les structures et processus .....	12
3.	<b>ANALYSE ET COMMENTAIRE DES RÉSULTATS</b> .....	<b>13</b>
3.1.	POLITIQUE ET PROTOCOLE 3 .....	13
3.1.1.	Évolution au fil des différentes phases .....	13
3.1.2.	Autres initiatives favorables à l'intégration des soins .....	13





3.2.	INTERRELATIONS ENTRE LES VARIABLES FONDAMENTALES DU PROTOCOLE 3 À L'ÉCHELON DU SYSTÈME, DES SERVICES ET DES BÉNÉFICIAIRES .....	14
3.2.1.	Défauts au niveau du système.....	14
3.2.2.	La collaboration interprofessionnelle sous pression .....	16
3.2.3.	Les leviers d'un revirement .....	16
3.3.	CONSTATS ET CONDITIONS PRATIQUES POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DES SOINS DISPENSÉS À UNE POPULATION ÂGÉE CONFRONTÉE À DES BESOINS COMPLEXES ET VIVANT À DOMICILE.....	16
3.3.1.	Critères d'inclusion dans un projet Protocole 3.....	16
3.3.2.	Un plan de soins sur mesure mettant l'accent sur la collaboration interprofessionnelle .....	17
3.3.3.	Case-management et éducation aux soins.....	18
3.3.4.	Visites de contrôle de nuit.....	18
3.3.5.	Ergothérapie.....	18
3.3.6.	Suivi psychologique .....	19
3.3.7.	Sessions de groupe pour les aidants proches .....	19
3.3.8.	Prendre en compte l'effet global .....	20
3.4.	ÉVALUATION DU PROTOCOLE 3 À L'AIDE D'UN OUTIL DE MÉTA-ÉVALUATION.....	20
3.4.1.	Le cadre d'évaluation .....	20
3.4.2.	Efficacité, efficience et effectivité du Protocole 3.....	21
3.5.	LE PROTOCOLE 3 DANS LE CADRE DU 'QUINTUPLE AIM OF HEALTH CARE' .....	22
■	<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>24</b>
■	<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>26</b>



## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Les défis d'une population vieillissante

Le vieillissement de la population représente un défi majeur pour la société et pour les soins de santé. D'après une projection démographique récente du Bureau Fédéral du Plan, la part des plus de 67 ans dans la population belge devrait passer d'environ 17 % en 2019 à 24 % en 2070.<sup>1</sup>

Si l'espérance de vie a fortement progressé ces dernières décennies, « l'espérance de vie en bonne santé » a par contre augmenté beaucoup moins rapidement, ce qui se traduit par un nombre accru de personnes confrontées de façon plus prolongée à des limitations et/ou maladies (chroniques).<sup>2</sup> En Belgique, 21 % des plus de 65 ans vivent aujourd'hui avec une ou plusieurs maladies chroniques.<sup>3</sup> Nombre de personnes âgées sont par conséquent confrontées à des besoins de soins complexes, nécessitant un encadrement de longue durée assuré par un large éventail de prestataires, que ce soit à domicile ou au sein d'une structure de soins (maison de repos et de soins ou hôpital).

Beaucoup d'entre elles souhaitent néanmoins continuer à vivre le plus longtemps possible à la maison, comme en témoigne notamment une enquête réalisée par la Fondation Roi Baudouin auprès d'un échantillon représentatif de plus de 2 000 Belges âgés de 60 à 85 ans.<sup>4</sup> Les répondants avaient du mal à accepter l'idée de quitter leur environnement familial pour un logement plus petit ou pour une autre forme d'hébergement (p. ex. maison de repos, maison de repos et de soins – MR/MRS) et préféraient rester vivre chez eux, même s'ils avaient besoin d'aide et de soins.

#### Ageing in Place

Face au défi du vieillissement et au désir des personnes âgées dépendantes de rester le plus longtemps possible dans leur environnement familial, il est nécessaire de développer de nouveaux concepts et programmes de soins et de nouveaux services de soutien.

Dans cette optique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé en 2004 le concept « *Ageing in place* »,<sup>5</sup> qu'elle définit comme « *le fait de répondre par des aides et des services adaptés au souhait et à la capacité des individus de continuer à mener une vie relativement autonome au sein de la communauté dans leur logement actuel* ». <sup>6</sup> Cette notion a été largement adoptée par les professionnels des soins et les gouvernements partout dans le monde.

### 1.2. Une intégration des soins axée sur l'individu

La réalisation de l'objectif de maintien à domicile des personnes âgées confrontées à des besoins complexes nécessitera l'intervention de divers professionnels de la santé et du bien-être par-delà les différentes lignes de soins, le plus souvent en combinaison avec l'intervention des aidants proches<sup>3</sup> – comprenez, des intervenants non professionnels tels que des membres de la famille, amis, voisins...

Ce soutien partagé est désigné par le terme d' « *intégration des soins* », également défini comme « *la gestion et la dispensation de services de soins de santé d'une manière telle que les bénéficiaires puissent bénéficier d'un continuum de services préventifs et curatifs correspondant à l'évolution de leurs besoins au fil du temps et par-delà les différents niveaux du système de santé.* »<sup>7</sup>

L'OMS aussi appelle à une transition fondamentale vers des services de santé davantage intégrés et axés sur la personne. Un système de soins intégré semble mieux à même de répondre adéquatement aux défis liés en particulier aux maladies chroniques et d'offrir un soutien approprié aux personnes âgées confrontées à des besoins de soins complexes.<sup>7, 8</sup>



## 1.3. Convention et projets pilotes

### 1.3.1. Protocoles d'accord et premier appel à projets Protocole 3

Dans le but de parvenir à une politique cohérente en matière de soins aux personnes âgées, le gouvernement fédéral et ceux des entités fédérées (régions et communautés) ont conclu trois protocoles d'accords consécutifs (en 1997, 2003 et 2005). Celui de 2005 se focalisait plus particulièrement sur la reconversion de 28 000 lits MR/MRS et sur la volonté d'attribuer 20 % des moyens à la mise en place de formules alternatives de soins et de soutien pour les personnes âgées fragiles.<sup>9</sup>

Sur la base de ce troisième protocole d'accord, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a lancé en 2009 un programme de financement, le « Protocole 3 », doublé d'un appel aux prestataires de soins<sup>10</sup> à mettre en place des initiatives pour élaborer des interventions destinées aux personnes âgées fragilisées par des maladies chroniques et nécessitant une approche multidisciplinaire. Les interventions proposées ne pouvaient pas bénéficier par ailleurs d'un financement de l'assurance obligatoire et devaient avoir pour objectif de prévenir ou de retarder l'admission en MR/MRS ou dans une autre structure de soins résidentiels.

Pour la première phase de la convention, les autorités avaient fait le choix d'une approche <sup>10</sup>« *bottom-up* » et les prestataires et organisations de soins avaient la possibilité d'adopter ou d'élaborer par eux-mêmes les interventions qu'ils jugeaient utiles pour leur groupe-cible, sur la base de leur expérience de terrain. La volonté des autorités était d'encourager l'innovation dans les soins, de renforcer l'intégration des soins et la collaboration entre soignants et, finalement, de tirer les enseignements de ces initiatives greffées sur la pratique.

Les projets ont été soutenus par l'INAMI sur la base du cadre légal pour les projets pilotes (Art. 56) via un financement par enveloppes.

Ce concept a fortement motivé les prestataires et organisations de soins à collaborer et à mettre en place des approches innovantes. Ils ont noué des contacts, découvert le mode de fonctionnement des autres, développé une relation de confiance mutuelle et avec les autorités. La collégialité a été

stimulée ; la collaboration interprofessionnelle et l'intégration des soins ont été renforcées.

Au total, 66 projets ont été financés au cours de cette première phase. Ils recouvraient des interventions diverses telles que des visites de nuit, de l'ergothérapie, du soutien psychologique et du *case management*.

Pendant trois ans, ces projets ont permis d'apporter des soins à plus de 10 000 bénéficiaires et ont impliqué plus de 270 équivalents temps plein (ETP). Treize projets ont été interrompus et deux autres ont été fusionnés.

### 1.3.2. Phases suivantes

La durée de la convention était toutefois limitée dans le temps, l'idée étant de décider en 2012, sur la base d'une évaluation scientifique <sup>11</sup>, d'un éventuel ancrage structurel des projets Protocole 3. Mais cette décision a été reportée suite au retard pris dans la formation du nouveau gouvernement, et les projets ont finalement été prolongés dans le cadre d'une seconde phase pilote<sup>12, 13</sup>, avec des conditions comparables à celles de la première. Au début de cette seconde phase, une nouvelle date de fin a été fixée et une évaluation a été lancée pour mesurer l'efficacité et le rapport coût-efficacité des différents projets.

Mais dans l'intervalle, le contexte politique a évolué avec, en 2014, la 6<sup>e</sup> réforme de l'État et sa redistribution des compétences en matière de soins de santé. En outre, un nouveau ministre de la Santé a pris ses fonctions à l'échelon fédéral.

L'avenir des projets Protocole 3 devait à nouveau être examiné fin 2017 sur la base de l'évaluation scientifique et d'une série de recommandations pour les améliorer.<sup>14, 15</sup> Là encore, cette décision s'est inscrite dans le contexte d'un gouvernement de transition.

Les expériences et perceptions des acteurs interrogés sur la réalisation des objectifs du Protocole 3 étaient positives. Les bénéficiaires avaient eux aussi le sentiment que les interventions de soins réalisées répondaient à leurs besoins. Mais l'objectivation de ces résultats par des recherches quantitatives – et donc l'évaluation de leur efficacité et de leur rapport coût-efficacité – s'est avérée difficile.<sup>14-17</sup>



Sur la base de ces conclusions, un groupe de travail au sein du Comité de l'Assurance de l'INAMI a recommandé de ne pas prolonger l'initiative mais d'élaborer une nouvelle proposition en concertation avec la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé. Ceci a finalement débouché sur la troisième phase du Protocole 3, qui a débuté en avril 2019 et aurait dû se terminer en juin 2021, mais qui a été prolongée jusqu'à fin 2022 dans l'attente de la présente évaluation.

Les conditions de la convention Protocole 3 ont toutefois été profondément modifiées. En particulier, le cadre légal a été adapté (de l'Art. 56 à un « contrat » relevant des Art. 22 & 23), de même que les conditions et la forme du financement (voir sections 1.5 et 3.1).

#### 1.4. Objectif de cette étude du KCE

Dans cette étude demandée par l'INAMI, le KCE a évalué la troisième phase de la convention Protocole 3 à la lumière des objectifs de celle-ci, en se basant sur les expériences et perceptions de différents acteurs impliqués, à savoir les membres du comité d'accompagnement de l'INAMI, les coordinateurs des projets Protocole 3, les professionnels des soins travaillant dans ces projets, les bénéficiaires et leurs aidants proches.

Le KCE formule également un avis en réponse à la question de savoir si la convention devrait ou non être maintenue sous sa forme actuelle et quelles seraient les conditions à satisfaire pour continuer à soutenir les interventions des projets Protocole 3.

#### 1.5. Contenu et conditions de la convention Protocole 3 au cours de la phase 3

Dans la troisième phase de la convention Protocole 3, quatre interventions de base entrent en ligne de compte pour un financement :

- **Un module initial** d'évaluation et d'inclusion du bénéficiaire sur la base de critères prédéfinis, avec notamment l'obligation d'utiliser l'outil BelRAI.<sup>1</sup>
- **Un *case-management* intensif ou non** tout au long de l'intervention. Ce *case management* doit être assuré par un généraliste ou infirmier chez au moins 50 % des bénéficiaires, le reste pouvant être assuré par un travailleur social.
- **Une intervention d'ergothérapie à domicile**, au départ d'une perspective de prévention et/ou de réadaptation.
- **Un suivi psychologique à domicile**, visant à apporter un soutien psychologique spécialisé.

Ces quatre interventions de base doivent être proposées dans chaque projet, mais cela ne signifie pas qu'elles s'appliqueront toutes à chaque bénéficiaire.

Lors du passage de la deuxième à la troisième phase, les responsables des projets ont sollicité un remboursement spécifique pour certaines interventions supplémentaires. Après évaluation, ce remboursement a été approuvé pour les interventions suivantes dans le cadre de la nouvelle convention Protocole 3 :

- **Visites de contrôle de nuit**

---

<sup>1</sup> BelRAI est un instrument conçu pour aider les prestataires et organisations de soins à évaluer et suivre de manière scientifiquement validée les besoins et le fonctionnement des personnes qui se trouvent en situation de soins complexe (<https://www.belrai.org>).



- **Éducation aux soins pour le bénéficiaire**
- **Sessions de groupe pour les aidants proches des bénéficiaires souffrant de démence**
- **Séances d'ergothérapie en groupe**
- **Séances de suivi psychologique en groupe**

Les conditions d'introduction des demandes ont également été sensiblement modifiées : seuls les projets déjà en cours ont pu participer à la troisième phase ; les limites géographiques ont été levées ; les projets devaient prévoir au moins deux équivalents temps plein et reprendre dans leur offre au minimum l'ensemble des interventions de base (évaluation, *case-management*, ergothérapie à domicile et suivi psychologique à domicile) ; les critères d'inclusion des bénéficiaires ont été affinés ; les profils professionnels ont été limités pour certaines interventions et le financement est passé d'un système d'enveloppes à un système de paiement à l'acte.

Pour une présentation détaillée des conditions auxquelles les interventions ont été soumises au cours de la troisième phase du Protocole 3, nous vous invitons à consulter la section 2.1 du [rapport scientifique](#).

### 1.6. Caractéristiques des Projets Protocole 3 approuvés au cours de la troisième phase

Pour la troisième phase de la convention Protocole 3, des accords ont été signés pour 19 projets (12 en Flandre, 2 à Bruxelles, 4 en Wallonie et 1 en Communauté germanophone). Le nombre de bénéficiaires inclus varie de 75 à 685 par projet (en février 2021).

La coordination administrative des projets est généralement assurée par une maison de repos et de soins, un service de soins infirmiers ambulatoires, une asbl ou une structure de services de santé à domicile.

Tous les projets proposent les quatre interventions de base, onze d'entre eux y ajoutent une ou plusieurs interventions complémentaires.

Vous trouverez un aperçu des projets, des interventions qu'ils proposent et du nombre de bénéficiaires concernés à la section 2.3 du [rapport scientifique](#).

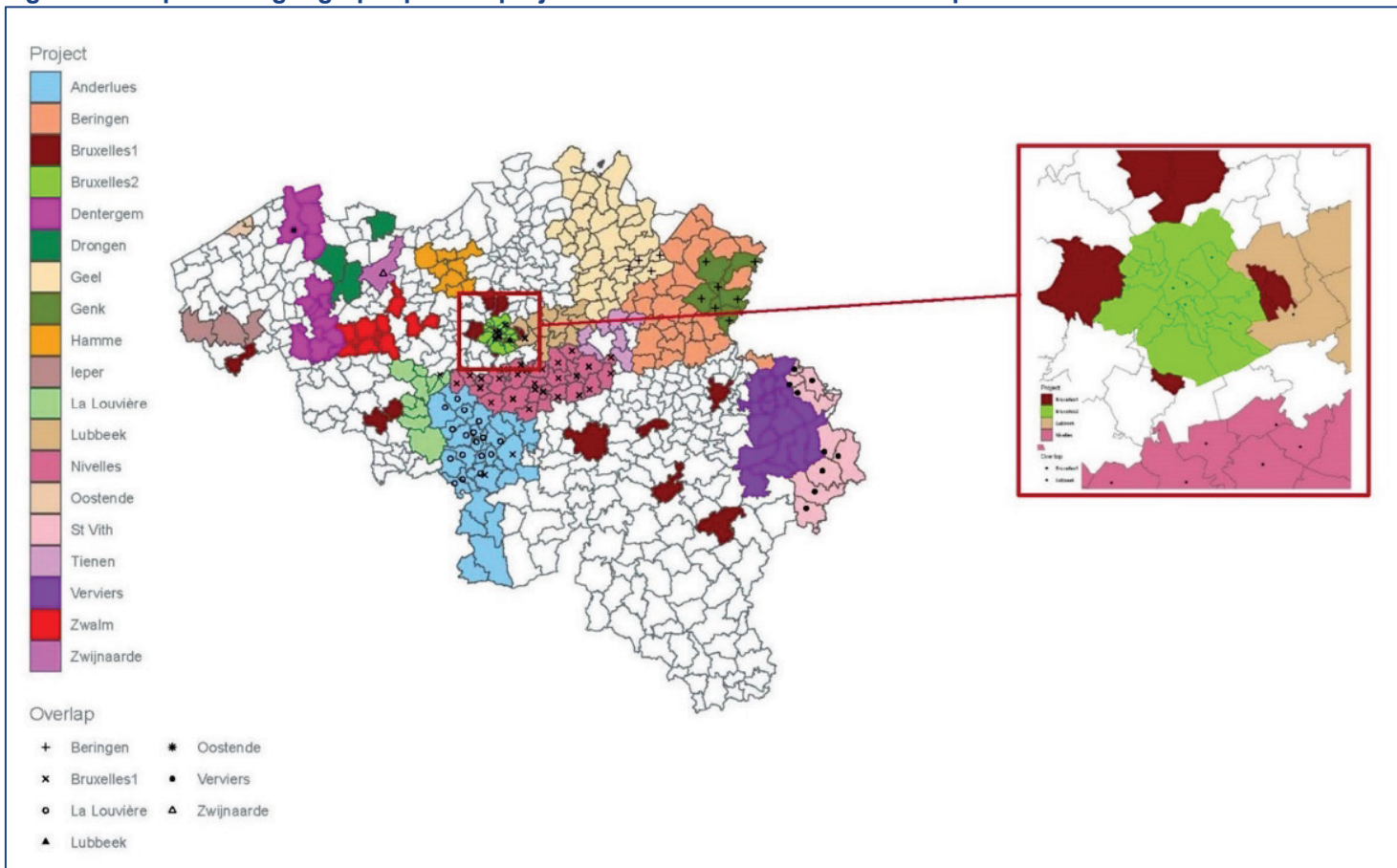
La figure 1 propose un aperçu de la répartition géographique des 19 projets Protocole 3. On notera que le territoire belge n'est pas entièrement couvert et que l'offre proposée aux bénéficiaires diffère d'un projet à l'autre, indépendamment des critères d'inclusion imposés/utilisés.

En 2019, 2 592 bénéficiaires ont été inclus dans les projets Protocole 3. Les bénéficiaires déjà inclus au cours de la deuxième phase ont dû être réinscrits au cours de la troisième. Il ressort des données disponibles que le *case-management* n'est que très rarement assuré par un médecin généraliste : dans 80 % des cas, c'est un infirmier qui s'en charge. Les séances de groupe de suivi psychologique sont moins souvent proposées que les séances de groupe en ergothérapie, alors que c'est l'inverse pour les interventions de base (davantage de suivi psychologique individuel, moins d'ergothérapie individuelle). Le plus grand nombre d'unités de facturation et les dépenses les plus importantes concernent les visites de contrôle de nuit. Les bénéficiaires peuvent en bénéficier durant une période illimitée, avec possibilité de rémunérer une à trois unités par nuit.

Depuis 2015, les moyens dégagés pour les projets Protocole 3 diminuent d'année en année. Au cours de la dernière convention, on a toutefois constaté une sous-utilisation des moyens disponibles ; en 2020, par exemple, à peine 67 % ont effectivement été utilisés. Ceci peut s'expliquer notamment par le manque de souplesse dans les règles, prescriptions et critères de prise en charge des bénéficiaires et par des difficultés de recrutement de personnel (nous y reviendrons plus en détail au chapitre 3 de cette synthèse).



Figure 1 – Répartition géographique des projets Protocole 3 dans la troisième phase







## 2. CADRE DE CETTE ÉTUDE

### 2.1. Une étude qualitative

Dans la présente étude, le KCE s'attache à évaluer la troisième phase de la convention Protocole 3 à la lumière des objectifs de cette dernière.

En concertation avec l'INAMI, qui a élaboré la convention, il a été décidé de recueillir la vision et les expériences des différents acteurs concernés par les projets Protocole 3 via des entretiens en face à face (en ligne), des interviews semi-structurées, et des *focus groups* (en ligne) pour les prestataires de soins.

Quatre catégories d'acteurs ont été interrogées :

- **Les membres du comité d'accompagnement de l'INAMI** (7 membres, 5 interviews) – ils peuvent fournir des informations générales sur le lancement et l'évolution des projets. Ils ont assuré le suivi stratégique des projets, y ont apporté les ajustements nécessaires et dispensé des conseils sur les règles et le financement dans le cadre de la convention.
- **Les coordinateurs des projets Protocole 3** (35 participants, 19 interviews) – ils peuvent fournir des informations plus détaillées sur les projets individuels, la gestion des professionnels de santé qui y sont impliqués et les besoins des bénéficiaires pris en charge. Leur éclairage est également précieux quant aux relations avec les pouvoirs publics.
- **Les professionnels des soins impliqués dans les projets Protocole 3** (42 participants, 9 *focus groups*) – ils peuvent fournir de plus amples informations sur l'expérience quotidienne sur le terrain, la collaboration avec d'autres professionnels des soins et le contenu des interventions de soins par rapport aux besoins des bénéficiaires.
- **Les bénéficiaires et leurs aidants proches** (13 binômes, 13 interviews) – ils peuvent expliquer quels sont leurs besoins et comment ils estiment que les interventions Protocole 3 y ont apporté une réponse.

Les 37 interviews et les discussions des 9 focus groups ont été enregistrés, transcrites et analysées suivant les méthodes couramment utilisées en recherche qualitative. Pour une présentation détaillée des profils des répondants et des méthodes de recherche utilisées, vous nous invitons à consulter les sections 3.2 et 3.3 du [rapport scientifique](#).

### 2.2. Guides d'entretien

Les thèmes suivants ont été abordés avec les personnes interrogées :

- Comment sont perçues les interventions proposées dans le cadre du Protocole 3 ? Permettent-elles de satisfaire les besoins des bénéficiaires et des aidants proches ?
- Quels sont les facteurs de réussite des projets Protocole 3 ?
- Les interventions proposées correspondent-elles aux objectifs de la convention ?
- Quelles sont les limitations des projets Protocole 3 et les difficultés rencontrées ?
- Des mesures ont-elles été prises pour améliorer certains aspects, et comment ? Existe-t-il des solutions pour améliorer la qualité des soins, leur intégration et/ou la collaboration interprofessionnelle en vue de réaliser les objectifs de la convention ?

Les guides d'interview utilisés figurent dans les annexes du [rapport scientifique](#).



### 2.3. Description narrative des enquêtes par groupe et analyses supplémentaires

Les chapitres 4, 5, 6 et 7 du rapport scientifique rapportent les résultats concernant les facteurs de réussite, les difficultés et les lacunes rapportées par les différents groupes d'interviewés, ainsi que de nombreuses idées suggérées pour remédier aux problèmes observés.

Il n'est pas possible de détailler ces aspects dans le cadre de cette synthèse, mais ces données forment la base des analyses résumées au chapitre 3 du présent document.

### 2.4. Limitations de cette étude

#### 2.4.1. Sélection des répondants

Cette étude du KCE se base sur les perceptions et expériences des différents acteurs impliqués dans des projets Protocole 3 – une approche qui rejoint la tendance innovante consistant à tirer les enseignements de l'expérience concrète des acteurs de terrain pour organiser les soins de santé.<sup>18, 19</sup>

Les interviews des bénéficiaires et aidants proches ont été réalisées en duo. Dans près de la moitié des cas, le bénéficiaire n'était toutefois guère en mesure d'apporter une contribution au contenu de la discussion en raison de sa fragilité (p. ex. patients palliatifs, post-AVC, atteints de démence, etc.).

Le fait que seulement 13 binômes bénéficiaire/aidant proche aient pu être interrogés peut être considéré comme une limitation. De nombreuses actions ont été entreprises pour en impliquer davantage, mais le processus de sélection a été fortement compliqué par la fragilité et l'âge des bénéficiaires et par les restrictions imposées par le COVID-19 (interviews en ligne).

Certains professionnels des soins étaient moins bien représentés dans la composition des *focus groups* (p. ex. les éducateurs thérapeutiques).

En dépit de ces limitations, toutes les personnes interrogées ont évoqué des thèmes comparables qui ont été développés sous différents angles. En dépit d'un nombre limité d'interviews et de participants, nous pensons donc que la saturation des données a été atteinte.

Nous n'avons pas posé de questions spécifiques concernant les première et deuxième phases de la convention, mais de nombreux acteurs ont fait spontanément la comparaison.

#### 2.4.2. Recherches sur les structures et processus

La présente étude n'a pas évalué le rapport coût-efficacité des projets Protocole 3 parce que sa conception et la méthodologie ne le permettaient pas. Une telle analyse aurait en effet imposé d'évaluer et de comparer divers résultats et critères d'appréciation (tels que la qualité de vie et les coûts) chez des bénéficiaires ayant ou non bénéficié d'une ou plusieurs interventions, afin de pouvoir juger de leur impact. Il eût fallu pour cela définir et mettre en place un protocole d'évaluation avant le lancement des projets, ce qui n'avait pas été fait. De ce fait, les données nécessaires à une analyse du rapport coût-efficacité n'étaient pas disponibles.

Les conclusions que nous formulons ici doivent être vues dans ce contexte. En d'autres mots, nous n'avons pas de preuves tangibles à présenter quant aux résultats des interventions Protocole 3, ce qui signifie également que nous ne sommes pas en mesure d'objectiver leur efficacité en termes d'amélioration de la qualité de vie ou d'institutionnalisations différées/évitées. Nous avons par contre recherché les convergences et divergences entre les différents acteurs interrogés, ce qui nous a permis de recueillir des informations quant aux structures et processus adaptés pour fournir des soins appropriés, continus et intégrés aux personnes âgées fragiles.





### 3. ANALYSE ET COMMENTAIRE DES RÉSULTATS

Sur la base des données issues des interviews et des *focus groups*, nous avons effectué quatre analyses :

- L'identification des variables fondamentales du Protocole 3 à l'échelon du système, du service et du patient, ainsi que des interrelations entre ces variables (section 3.2)
- L'analyse d'une série d'interventions et de leurs conditions pratiques pour une meilleure intégration des soins aux personnes âgées avec des besoins complexes vivant à domicile (section 3.3)
- Une évaluation du Protocole 3 à l'aide d'un outil de méta-évaluation des conventions INAMI (section 3.4)
- L'évaluation du Protocole 3 dans le cadre du « *Quintuple Aim of health care* » (section 3.5)

Afin de permettre une meilleure compréhension des résultats et du commentaire de ces analyses, nous proposons à la section 3.1 un bref aperçu de l'évolution du Protocole 3 telle qu'elle a été vécue par les personnes interrogées, ainsi que des nouvelles initiatives des autorités en matière d'intégration des soins.

#### 3.1. Politique et Protocole 3

##### 3.1.1. Évolution au fil des différentes phases

Au cours des premières phases du Protocole 3, les projets étaient libres de proposer les interventions qu'ils jugeaient adéquates pour répondre aux besoins des bénéficiaires et des aidants proches. Cela leur offrait donc une marge de manœuvre pour innover et proposer des soins adaptés à leurs bénéficiaires. Dans la mesure où, en présence de besoins complexes, de tels soins nécessitent souvent l'implication de plusieurs professionnels, il y a eu une prise de conscience accrue, par les organisations et prestataires

concernés, de la plus-value de l'intégration des soins et de la collaboration interprofessionnelle.

Lancée en 2019, la troisième convention Protocole 3 était passablement différente des précédentes. Non content d'imposer une sélection d'interventions, l'INAMI a en effet introduit un nombre considérable de conditions supplémentaires par rapport aux phases antérieures, notamment sur le plan de l'évaluation (p. ex. l'utilisation de l'outil BelRAI dans le module d'évaluation), des critères d'inclusion des bénéficiaires (sur la base des scores BelRAI) ou encore des prestations et interventions fournies (p. ex. une limitation de la durée des interventions, un nombre limité d'unités de facturation pour une prestation donnée, certains professionnels autorisés à/obligés de réaliser une intervention donnée) (voir également section 1.5)

Les participants ont eu le sentiment que les autorités étaient passées d'une approche *bottom-up* au cours des deux premières phases à une approche *top-down* imposant un certain nombre de conditions et d'interventions spécifiques. Ceci s'est accompagné de l'abandon du financement par enveloppes au profit d'un paiement à l'acte.

##### 3.1.2. Autres initiatives favorables à l'intégration des soins

Indépendamment de leurs idéologies politiques ou compétences, les autorités belges se montrent disposées à investir dans l'intégration des soins. En 2018 ont ainsi été lancés divers projets-pilotes de « soins intégrés pour les patients chroniques ». <sup>20</sup> Par ailleurs, la 6<sup>e</sup> réforme de l'État a entériné la réforme des soins de première ligne en Flandre, au départ de laquelle ont été créées les *eerstelijnszones* (zones de première ligne).

Nous mentionnons ces deux pistes parce que tous les acteurs interrogés plaident en faveur d'un ancrage structurel des soins Protocole 3 et que celles-ci ont été suggérées. Il existe toutefois d'autres initiatives en Belgique qui visent à favoriser une meilleure intégration des soins (voir Figure 4 du [rapport scientifique](#)) et qui pourraient être ouvertes à l'incorporation des soins Protocole 3. Nos recherches ne nous permettent toutefois pas de nous prononcer sur la ou les initiatives existantes à privilégier pour cet ancrage.

Ceci d'autant plus que l'INAMI a l'intention de continuer à investir dans l'intégration des soins et la collaboration interprofessionnelle. Dans un



communiqué de presse daté du 3 août 2021, l'Institut met ainsi en avant les objectifs de soins de santé interdisciplinaires comme base du budget pluriannuel (2022-2024).<sup>21</sup> Il cite également cinq domaines dans lesquels il estime nécessaire d'investir de façon prioritaire : (i) l'accessibilité des soins, (ii) les soins préventifs et les maladies chroniques, (iii) les trajets de soins multidisciplinaires, (iv) l'intégration des soins et (v) les soins de santé mentale.

### 3.2. Interrelations entre les variables fondamentales du Protocole 3 à l'échelon du système, des services et des bénéficiaires

Dans une première analyse, nous nous sommes efforcés de visualiser les variables fondamentales du Protocole 3 et leurs interrelations au niveau du système, des services et des bénéficiaires. Le schéma de la Figure 2 reflète la dynamique qui existe entre ces facteurs à chacun de ces trois niveaux.

#### 3.2.1. Défauts au niveau du système

Les répondants ont formulé quatre constats majeurs qui touchent au niveau du système (numérotés de 1 à 4 dans la Figure 2) :

- **La communication et la collaboration (1)** entre les coordinateurs des projets Protocole 3 et les pouvoirs publics se borne, d'après les répondants, à l'échange de factures et de données administratives. La communication autour de la prolongation de la convention et des nouveaux développements ou exigences est également perçue comme insuffisante.

D'après les répondants, cette situation débouche sur un manque de transparence, une perte de confiance entre les deux parties et une occasion manquée d'échanger des informations et de s'entraider pour remédier aux problèmes. Elle représente en outre un obstacle à une planification à long terme et complique la gestion quotidienne des projets.

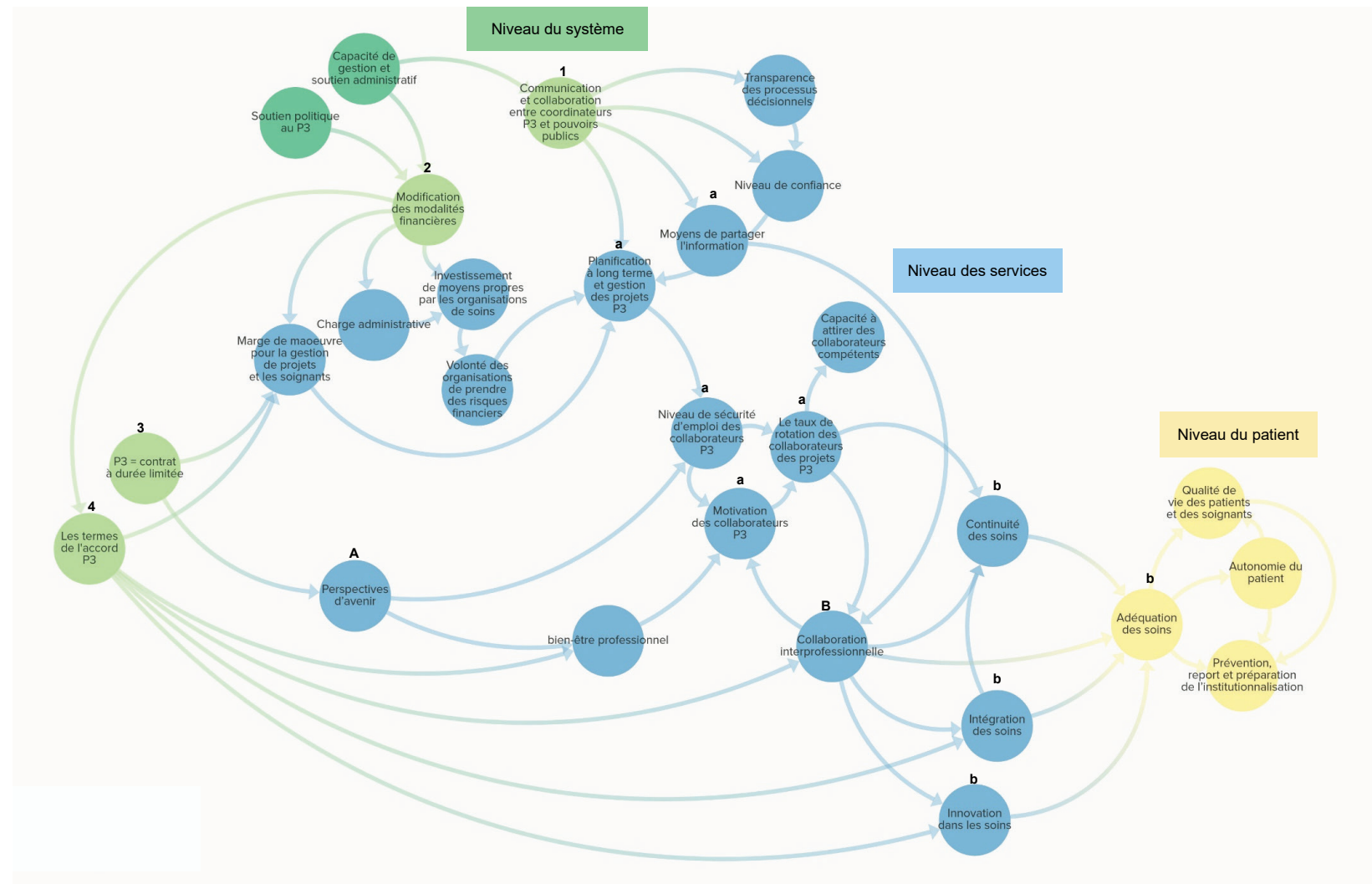
Ces déficiences se propagent aussi à d'autres facettes du système, freinant l'innovation dans les soins et limitant la marge de manœuvre

dont disposent les organisations pour gérer leur projet et leurs prestataires. Ce phénomène est encore renforcé par le fonctionnement « par projets » du Protocole 3 (qui suppose une durée limitée) et par les conditions de la convention Protocole 3 (voir les variables fondamentales suivantes).

- Au cours de la troisième phase du Protocole 3, le **financement est assuré par un système de paiement à l'acte (2)** qui génère une lourde charge administrative supplémentaire, sans aucune compensation pour la mobilisation de collaborateurs administratifs, le support informatique et la coordination. Les organisations participantes rapportent qu'elles ont dû investir des moyens propres pour compenser ce soutien financier insuffisant. Les répondants estiment en outre que cet état de fait nuit également à la collaboration interprofessionnelle et au caractère intégré des projets Protocole 3, faute de moyens suffisants.
- Non seulement **la durée limitée des conventions Protocole 3 (3)** a des répercussions sur la marge de manœuvre des gestionnaires des projets, mais elle limite aussi, d'après les répondants, les perspectives d'avenir des collaborateurs. Ceci entraîne une boucle de rétroaction négative entre sécurité d'emploi et motivation. Par conséquent, toujours d'après les répondants, les projets Protocole 3 sont confrontés à un important roulement de personnel et à des difficultés à attirer et à former des professionnels de santé compétents. Au niveau des bénéficiaires, ceci compromet évidemment la continuité et la qualité des soins.
- À la grande frustration des soignants, **les conditions restrictives de l'actuelle convention Protocole 3 (4) débouchent sur des « soins non réalisés »**, en ce sens qu'ils ont le sentiment que certaines personnes qui auraient besoin d'interventions Protocole 3 n'en bénéficient pas. Ils estiment en outre que ces conditions font obstacle à l'intégration et à l'innovation dans les soins en compliquant la collaboration interprofessionnelle. Le stress qui en découle affecte négativement le bien-être des professionnels de santé, le plaisir qu'ils trouvent dans leur travail et leur fierté professionnelle. Cette situation se ressent jusqu'au niveau des bénéficiaires, parce que cela entraîne un risque de diminution de l'efficacité et de l'adéquation des soins.



Figure 2 – Interrelations entre les variables fondamentales du Protocole 3





### 3.2.2. *La collaboration interprofessionnelle sous pression*

Les personnes interrogées soulignent que les quatre observations posées au niveau du système ont, dans leur globalité, d'importantes répercussions aux niveaux des services et des bénéficiaires. La **boucle de rétroaction « sécurité d'emploi-motivation »** (labels **A et a** dans la Figure 2) représente une menace pour la collaboration interprofessionnelle, qui est encore davantage mise sous pression par les conditions de la convention Protocole 3, les possibilités limitées d'échanger des informations et l'absence de financement de la concertation interprofessionnelle.

Cette **collaboration interprofessionnelle restreinte** (labels **B et b** dans la Figure 2) menace à son tour la continuité et l'intégration des soins ainsi que l'innovation dans les soins – autant d'éléments que les personnes interrogées jugent indispensables pour pouvoir dispenser des soins adéquats et de qualité. Ce qui débouche en aval sur une perte d'autonomie et de qualité de vie pour les bénéficiaires et leurs aidants proches et accroît la nécessité d'une institutionnalisation... soit un résultat diamétralement opposé à l'objectif premier de la convention Protocole 3.

### 3.2.3. *Les leviers d'un revirement*

Les variables fondamentales reprises à la Figure 2 peuvent être considérées comme autant de leviers susceptibles d'être modifiés dans un sens aussi bien positif que négatif. D'après les répondants, il est évident que, en agissant au niveau systémique sur les quatre variables de départ (1-2-3-4 dans la Figure 2), il serait possible de déclencher une dynamique positive dans l'ensemble du système.

#### **Adaptation des variables fondamentales au niveau du système**

Nous pouvons conclure des entretiens que nous avons menés que l'ensemble de la dynamique du Protocole 3 pourrait évoluer vers un système capable de s'auto-renforcer et qui déboucherait sur des résultats positifs au niveau des bénéficiaires, pour peu que les conditions de la convention puissent être assouplies et davantage axées sur la collaboration interprofessionnelle, que le mode de financement offre les stimulants adéquats, que le dialogue entre pouvoirs publics (INAMI) et

gestionnaires de projets soit transparent et qu'une vision à long terme du Protocole 3 soit développée.

### 3.3. **Constats et conditions pratiques pour une meilleure intégration des soins dispensés à une population âgée confrontée à des besoins complexes et vivant à domicile**

Il ressort de ce qui précède qu'il existe un fossé entre d'une part la vision de l'intégration des soins destinés aux personnes âgées fragiles vivant à domicile, telle qu'exposée dans les accords de la troisième phase des projets Protocole 3, et d'autre part l'expérience de terrain des soignants, des bénéficiaires et de leurs aidants proches. Les entretiens ont mis en avant une série de conditions qui pourraient, d'après les intéressés, déboucher sur une meilleure intégration des soins pour ce groupe-cible. Nous précisons également dans quelle mesure ces conditions sont ou non prises en compte à la phase actuelle de la convention Protocole 3.

#### 3.3.1. *Critères d'inclusion dans un projet Protocole 3*

Dans la pratique, la majorité des bénéficiaires aboutissent dans un projet Protocole 3 après avoir été confrontés à une situation de crise nécessitant une hospitalisation ou une admission dans un centre de court séjour. Lorsque ces personnes souhaitent rentrer chez elles, une évaluation à l'aide de l'outil BelRAI permet de déterminer si elles ont droit à une ou plusieurs interventions Protocole 3.

L'évaluation BelRAI poursuit trois objectifs : déterminer si le bénéficiaire répond aux critères d'inclusion de la convention Protocole 3, dresser le tableau du contexte et des besoins du bénéficiaire (et de ses aidants proches) et offrir une base pour l'élaboration d'un plan de soins (voir section suivante).



### Points d'amélioration concrets du Protocole 3 au niveau de la phase d'inclusion

Les prestataires de soins voient dans BelRAI un instrument utile pour apprendre à connaître le contexte et les besoins du bénéficiaire. Néanmoins, le BelRAI-HC est perçu comme complexe et le BelRAI-screener simplifié comme trop peu spécifique pour jauger de façon précise les besoins individuels des bénéficiaires.

Les critères d'inclusion repris dans les conditions de la convention Protocole 3 sont jugés trop stricts, ce qui débouche sur une impression de « soins non réalisés » et de besoins non rencontrés chez les bénéficiaires et limite les possibilités d'une action préventive. Les répondants réclament clairement plus de flexibilité au niveau de l'inclusion.

#### 3.3.2. *Un plan de soins sur mesure mettant l'accent sur la collaboration interprofessionnelle*

Après l'inclusion du bénéficiaire, un plan de soins interprofessionnel est élaboré sur mesure, avec des interventions sélectionnées en fonction des besoins du bénéficiaire (définis sur la base du BelRAI). Tous les bénéficiaires ne reçoivent donc pas automatiquement toutes les interventions.

Dans la pratique toutefois, les professionnels de soins impliqués dans le Protocole 3 évaluent les besoins des bénéficiaires et aidants proches sur la base, par exemple, du concept de base de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF)<sup>22</sup>, qui repose sur une approche holistique. Ils prennent donc en compte non seulement les fonctions et structures corporelles (p. ex. amélioration de la forme physique, entraînement cognitif...), mais aussi des aspects comme les activités (p. ex. capacité à passer un coup de téléphone, à cuisiner, à manger...) et la participation (p. ex. autonomie, implication sociale, participation à la communauté locale...).

Dans ce cadre, on tient compte de facteurs intrinsèques propres au bénéficiaire (p. ex. statut socio-économique, sexe, ethnicité, personnalité,

préférences) et de facteurs de son environnement (p. ex. présence et capacité de résistance des aidants proches, habitat, adaptation du logement, transport, etc.).

Les interventions de soins fournies ont aussi pour but d'améliorer l'état de santé global de l'aidant proche et de prendre en compte sa qualité de vie (p. ex. sentiment d'être soutenu(e), possibilité de dormir la nuit, attention à ses propres besoins...).

Sur la base des principes de la collaboration interprofessionnelle et de l'intégration des soins, les prestataires vont élaborer et organiser une offre de soins intégrale, qui va bien au-delà des actions et interventions prévues dans le cadre du Protocole 3.

### Points d'amélioration concrets du Protocole 3 au niveau du plan de soins

En imposant un financement à l'acte, la troisième phase de la convention Protocole 3 s'accompagne de nombreuses conditions et prescriptions qui compliquent l'élaboration d'un plan de soins sur mesure. Ceci limite la marge de manœuvre disponible pour répondre vraiment aux besoins des bénéficiaires. Ce manque de flexibilité est un obstacle à l'innovation dans les soins et à leur adaptation aux besoins du bénéficiaire.

En outre, certaines prestations pourtant cruciales dans le cadre de soins intégrés et adéquats – comme par exemple les réunions d'équipe multidisciplinaires – ne sont pas financées.

Tout ceci a considérablement restreint la collaboration et la communication interprofessionnelles. Les professionnels interrogés ajoutent qu'ils ont eu le sentiment d'être moins bien familiarisés avec le travail et les compétences des autres, ce qui a généré un environnement plus compétitif plutôt que de renforcer la collégialité.





### 3.3.3. Case-management et éducation aux soins

Le *case manager* se charge de l'organisation et de la coordination de l'ensemble des interventions de soins dans le cadre du Protocole 3. D'après les personnes interrogées, il s'efforce d'offrir une approche holistique, ce qui l'amène généralement à assumer également la coordination et l'exécution de l'ensemble du plan de soins, en ce compris les interventions qui sortent du champ du Protocole 3. Lorsque le bénéficiaire/aidant proche n'a pas de *case manager* (ou n'en a pas besoin), il bénéficiera d'une éducation aux soins appropriée.

La majorité des bénéficiaires/aidants proches interrogés déclarent pouvoir contacter 24h/4, 7j/7 un professionnel de soins faisant office de personne de contact (souvent le *case manager*). Le fait d'avoir toujours quelqu'un à qui s'adresser en cas de besoin représente pour eux un énorme soulagement et leur donne l'impression d'être réellement soutenus.

Enfin, il ressort de notre enquête qualitative que, au-delà de leurs fonctions de coordinateurs et de points de contact, les *case managers* et/ou les éducateurs thérapeutiques se chargent aussi d'informer et de sensibiliser les bénéficiaires et aidants proches aux possibilités à leur disposition dans le cadre du système de santé belge. Ils leur offrent également un soutien administratif pour l'introduction des demandes de soutien financier ou de dispositifs d'aide.

#### **Le case manager : organisateur, coordinateur et point de contact**

Les personnes interrogées estiment que le recours à un *case manager* et/ou un éducateur thérapeutique permet de mieux organiser et adapter les soins aux besoins et desiderata des bénéficiaires et de leurs aidants proches. Le fait que le bénéficiaire, les aidants proches, la famille et les autres prestataires de soins disposent d'un point de contact fixe représente une énorme plus-value.

### 3.3.4. Visites de contrôle de nuit

Tous les répondants considèrent les visites de contrôle dans le cadre des soins de nuits comme l'une des interventions les plus précieuses pour prévenir ou retarder l'institutionnalisation. La nuit est associée, chez les personnes âgées fragiles, à un risque accru de situations de crise et donc de morbi-mortalité. Il ressort des interviews que les prestataires sont capables d'anticiper une crise liée à un état de somnolence ou de confusion et que leurs visites nocturnes débouchent par conséquent sur une situation à domicile (plus) sûre.

À côté de cet aspect préventif, les visites de nuit contribuent aussi directement à la qualité de vie et à la santé des bénéficiaires. Elles abaissent le risque de comorbidités grâce aux mesures d'hygiène supplémentaires, à la prévention des plaies de décubitus, aux changements de position réguliers, etc. La santé et la qualité de vie des aidants proches s'en trouvent également améliorées : s'ils peuvent dormir la nuit, ils auront d'autant plus d'énergie pour assurer les soins au cours de la journée.

#### **Les visites de contrôle de nuit, une intervention-clé pour prévenir l'institutionnalisation**

Les acteurs concernés voient les visites de contrôle de nuit comme l'une des interventions les plus importantes – si pas la plus importante – pour prévenir ou retarder l'institutionnalisation.

### 3.3.5. Ergothérapie

D'après les répondants, l'**ergothérapie à domicile** a un impact positif sur les facultés cognitives des bénéficiaires. En apportant des adaptations au logement, en proposant des aides utiles et en encadrant des exercices visant à permettre la poursuite des activités quotidiennes, l'ergothérapeute améliore aussi l'indépendance et l'autonomie des bénéficiaires et contribue à un environnement familial (plus) sûr. Le fait que l'ergothérapie et le suivi psychologique puissent être prodigués à domicile augmente leur accessibilité.



Les répondants rapportent que les **séances de groupe en ergothérapie** mènent à des améliorations des fonctions corporelles (p. ex. condition physique) et des aptitudes cognitives des bénéficiaires, ainsi qu'à une augmentation de l'activité physique (p. ex. se promener dehors, manger avec des couverts) et à un accroissement de la participation sociale.

Le fait d'organiser ces séances de groupe dans une maison de repos et de soins peut aussi être une manière de familiariser les bénéficiaires avec cette nouvelle forme d'habitat et de faciliter ainsi un éventuel déménagement ultérieur.

#### **Ergothérapie : créer un environnement sûr à la maison**

Les personnes interrogées ont le sentiment que l'ergothérapeute joue un rôle utile pour préserver l'indépendance et l'autonomie des bénéficiaires – en première instance en créant une situation sûre à leur domicile, mais aussi en entretenant leurs aptitudes cognitives et physiques et en stimulant la participation sociale.

#### **3.3.6. Suivi psychologique**

Le **suivi psychologique à domicile** vise à prévenir les situations de crise liées à des problèmes psychologiques et à contribuer ainsi à une situation plus sûre au domicile. Nombre de bénéficiaires souffrent de longue date de problèmes de ce type, d'autres sont confrontés à un deuil, à une perte de capacités fonctionnelles (p. ex. incontinence) ou d'autonomie, ou encore ont sombré dans l'isolement social. S'y ajoute la peur d'un avenir incertain, d'une possible institutionnalisation ou de la fin de vie qui approche. D'après les personnes interrogées, le psychologue contribue grandement à leur fournir les outils nécessaires pour gérer ces situations, reprendre de l'assurance et retrouver leur dignité et leur autonomie.

En outre, les interventions psychologiques améliorent aussi la qualité de vie et le bien-être des aidants proches en leur enseignant des stratégies de « coping » – comprenez, des approches qui leur permettront de mieux gérer la situation et les problèmes. De ce fait, elles contribuent aussi grandement à accroître leur faculté de résistance.

Les **séances de suivi psychologique en groupe** ont souvent été organisées dans une MR/MRS. Là aussi, elles permettent de familiariser les bénéficiaires et les aidants proches avec une structure de soins résidentielle proche de chez eux. Les acteurs concernés soulignent que ces séances sont aussi l'occasion, pour les bénéficiaires, de rencontrer des personnes confrontées à des pathologies similaires aux leurs, ce qui contribue à les sortir de leur isolement social et à améliorer leur bien-être et leur image de soi.

Ces séances de groupe contribuent également à la qualité de vie des aidants proches en leur permettant d'avoir un peu de temps pour eux ou, s'ils choisissent d'y participer, de rencontrer d'autres personnes confrontées à des situations similaires.

#### **Un soutien psychologique pour mieux gérer les problèmes et les deuils**

Le soutien d'un psychologue aide les bénéficiaires et aidants proches à mieux s'armer contre les défis liés à leur environnement de vie et à leur dépendance vis-à-vis des soins, estiment les répondants. Nombre de bénéficiaires souffrent de longue date de problèmes psychologiques, d'autres sont confrontés au deuil, à l'incertitude et/ou à la perte de leurs capacités fonctionnelles.

#### **3.3.7. Sessions de groupe pour les aidants proches**

Les **séances de groupe pour les aidants proches** ne sont proposées que lorsque le bénéficiaire suit une trajectoire de soins en lien avec la démence. Elles sont perçues comme un soutien précieux et offrent aux aidants proches la possibilité de se rencontrer, de discuter et d'apprendre les uns des autres.



### Sessions de groupe : rencontrer d'autres aidants et garder les rênes en main

Les aidants proches témoignent que ces sessions de groupe améliorent leur qualité de vie en leur apprenant à mieux comprendre et gérer la situation, ce qui leur permet de garder les rênes en main.

#### 3.3.8. Prendre en compte l'effet global

Certains répondants soulignent qu'il faut également tenir compte de l'effet conjoint des interventions mises en place aussi bien dans le cadre du Protocole 3 qu'en-dehors. Toutes ces interventions contribuent en effet à une offre de soins globale, importante aux yeux des bénéficiaires et de leurs aidants proches ; un résultat donné ne peut jamais être couplé à une intervention unique.

Il est donc très difficile d'établir l'efficacité et le rapport coût-efficacité d'une intervention comme par exemple le *case-management*, dont les professionnels mais aussi et surtout les bénéficiaires et aidants proches affirment toutefois qu'il leur apporte une réelle valeur ajoutée. Ils définissent cette valeur ajoutée par la coordination/harmonisation de toutes les interventions et par la mobilisation de tous les professionnels et organisations de soins autour du bénéficiaire afin de dispenser les soins les plus adéquats. Au-delà de l'harmonisation et de l'ajustement des soins aux besoins, les *case managers* ont aussi un rôle d'*empowerment* : l'aide qu'ils apportent aux bénéficiaires et aidants proches pour déterminer quels sont les autres soins et mesures de soutien auxquels ils ont droit dans le cadre du système de santé belge est très appréciée.

Un second exemple : lorsque l'on considère une intervention comme les visites de contrôle de nuit au départ d'un modèle d'évaluation « classique » de l'efficacité et du rapport coût-efficacité, on s'intéressera par exemple à une action et à un critère d'évaluation précis (p. ex. le fait de retourner le bénéficiaire deux fois au cours de la nuit dans le cadre de la prévention des plaies de décubitus). Mais si l'on se base sur ce que rapportent les prestataires de soins et aidants proches, la principale valeur ajoutée des visites de nuit est la prévention des situations de crise et l'amélioration du bien-être des aidants (en leur assurant un meilleur repos nocturne).

### En quoi les projets Protocole 3 font la différence, d'après les personnes interrogées

Les bénéficiaires et aidants proches perçoivent les soins dispensés dans le cadre des projets Protocole 3 comme « holistiques » ou « complets » et laissent entendre que, sans ces interventions, il aurait été impossible d'éviter l'institutionnalisation.

Les personnes interrogées estiment que les projets Protocole 3 permettent de prévenir les situations de crise. Les principaux leviers pour ce faire sont la mise à disposition de diverses aides, l'amélioration de la condition physique et cognitive du bénéficiaire, le soutien psychologique, la création d'un environnement sûr au domicile et la prévention des comorbidités, notamment par des adaptations du logement et des visites de contrôle de nuit.

Les projets tiennent grandement compte des souhaits et de l'autonomie du bénéficiaire.

Les professionnels des soins impliqués dans les projets Protocole 3 ciblent non seulement le bénéficiaire lui-même, mais également la santé, la qualité de vie et la faculté de résistance des aidants proches, qui sont pour eux des partenaires de soins placés sur un pied d'égalité.

## 3.4. Évaluation du Protocole 3 à l'aide d'un outil de méta-évaluation

### 3.4.1. Le cadre d'évaluation

Faute d'un cadre d'évaluation prédéfini pour la convention Protocole 3, nous avons eu recours à un outil de méta-évaluation développé pour l'évaluation des conventions de réadaptation de l'INAMI.<sup>23, 24</sup> Cet instrument a été volontairement conçu d'une façon générique afin de pouvoir s'adapter à d'autres systèmes de soins.

L'outil recouvre 12 questions regroupées en cinq dimensions : stratégie, qualité, finances, pratique et innovation. À chaque question est associé l'un des trois critères de performance suivants :





- **L'efficacité** (*efficacy*) des soins à l'échelon du bénéficiaire,
- **L'efficience** (*efficiency*) au niveau du prestataire,
- **L'effectivité** (*effectiveness*) au niveau du système.

Dans le cadre de cette étude, l'outil de méta-évaluation a fait l'objet d'une application *post hoc*. Les guides d'entretien s'en sont inspirés au niveau des thèmes à investiguer, et il a aussi servi de fil conducteur pour intégrer les résultats de l'étude qualitative d'une manière cohérente. Pour un commentaire plus détaillé des résultats pour chacune des dimensions examinées, nous vous invitons à consulter le [rapport scientifique](#) (chapitre 8).

### 3.4.2. Efficacité, efficience et effectivité du Protocole 3

Au terme d'une analyse reposant sur l'outil de méta-évaluation des conventions INAMI, nous sommes parvenus aux conclusions suivantes :

#### En ce qui concerne l'efficacité (au niveau du bénéficiaire) :

- L'immense majorité des répondants concernés par les projets Protocole 3 sont convaincus que ceux-ci apportent une valeur ajoutée pour le groupe-cible en termes de qualité de vie, de soins adaptés et adéquats, de prévention des situations de crise et de report ou de prévention de l'institutionnalisation, ou au minimum d'une transition plus douce vers les soins résidentiels.
- Il ressort de nos nombreux entretiens que les prestataires de soins visent à offrir au bénéficiaire une approche holistique. Plus spécifiquement, ils considèrent l'état de santé du bénéficiaire dans sa globalité, ce qui rejoint le modèle CIF biopsychosocial.<sup>22</sup> En d'autres termes, une intervention peut contribuer à améliorer plusieurs paramètres de résultats touchant au fonctionnement, aux activités et à la participation du bénéficiaire, en tenant compte des facteurs personnels qui lui sont propres et de son environnement. L'octroi d'interventions Protocole 3 met beaucoup (trop) l'accent sur les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ) – un défaut qui débouche, d'après plusieurs participants, sur des « soins non réalisés ».

L'efficacité à l'échelon du bénéficiaire – qui correspond aux résultats cliniques et fonctionnels des interventions Protocole 3 – est perçue comme satisfaisante. Les personnes interrogées soulignent néanmoins que, à cause du caractère très strict des critères d'inclusion, on passe souvent « à côté » de soins qui auraient pu accroître l'efficacité du Protocole 3. La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude ne permet toutefois pas d'objectiver ce constat de façon plus approfondie.

#### En ce qui concerne l'efficience (au niveau des organisations de soins) :

- Au-delà des résultats qu'ils permettent d'obtenir, les structures et processus ont aussi leur importance pour le bon fonctionnement des organisations de soins. D'après les personnes interrogées, le financement actuel n'est pas suffisant pour couvrir les besoins touchant au personnel, au support administratif, aux infrastructures et à la collaboration. Les organisations sont donc forcées d'y investir des moyens propres.
- En d'autres termes, les projets se débrouillent comme ils peuvent au niveau de la prestation de services. Il ressort d'une large consultation des prestataires que, depuis le début de la troisième phase, le bon fonctionnement et les résultats des projets Protocole 3 semblent avoir été assurés plutôt en dépit de la convention que grâce à elle.

Bien que tous les acteurs concernés soient désireux d'assurer la réussite des projets, ils indiquent devoir se battre pour survivre. Il serait urgent pour eux que les autorités leur offrent de réelles perspectives d'avenir et décident de l'ancrage structurel ou non des projets Protocole 3, avec des conditions, un soutien et un financement adaptés.



### En ce qui concerne l'effectivité (au niveau du système) :

- À l'échelon du système, on observe que la troisième phase du Protocole 3 ne rejoint pas suffisamment les valeurs de base, qui mettent l'accent sur une intégration des soins axée sur les besoins.
- L'implication et la motivation des professionnels des soins sont menacées par le manque de perspectives d'avenir que leur offre la convention. Par ailleurs, en troisième phase, le financement insuffisant limite fortement la place dévolue à la collaboration interprofessionnelle et au travail d'équipe.
- Les critères d'inclusion draconiens et la durée limitée de la plupart des interventions (six mois maximum pour la plupart d'entre elles) réduisent fortement la marge de manœuvre pour adapter les soins proposés à la demande des bénéficiaires.

En comparaison avec les phases précédentes, les conditions et le financement à l'acte imposés au cours de la troisième phase de la convention Protocole 3 sont perçus comme un retour en arrière dans les efforts pour parvenir à des soins intégrés et adaptés pour les personnes âgées vivant à domicile et confrontées à des besoins complexes. Elles mettent également sous pression le bon fonctionnement des équipes de soins concernées et ont pour effet que la collaboration interprofessionnelle est trop peu stimulée.

### 3.5. Le Protocole 3 dans le cadre du 'Quintuple Aim of health care'

En 2002, l'*Institute of Health Improvement* américain a formulé le concept du « *Triple Aim of health care* » ou triple objectif – un cadre auquel la littérature internationale se réfère volontiers pour la dispensation de soins efficaces, efficaces et économiquement viables. Il met l'accent sur l'amélioration de l'expérience du bénéficiaire, la promotion de la santé de la population et la réduction (ou la maîtrise) des coûts. Le concept du triple objectif a été développé face à la nécessité de tirer davantage de valeur des moyens consacrés aux soins de santé par les pouvoirs publics et la collectivité. Les concepteurs du triple objectif mettent tout particulièrement en avant les défis mondiaux du vieillissement de la population et de l'allongement de l'espérance de vie en combinaison avec les problèmes de santé chroniques, qui placent les services médicaux et sociaux devant des exigences nouvelles.<sup>25</sup>

Plus récemment, ce triple objectif a été élargi à deux objectifs supplémentaires (quintuple objectif), qui touchent respectivement au bien-être des professionnels des soins (quatrième objectif) et à l'équité et l'inclusion (cinquième objectif).<sup>26</sup> Selon ce modèle, une attention suffisante doit être accordée à chacun des cinq objectifs.

Il ressort des résultats de nos interviews que les projets Protocole 3 apportent une contribution substantielle à au moins quatre de ces cinq objectifs de soins de santé intégrés (étant donné que le rapport coût-efficacité n'a pu être calculé dans cette étude).

**1<sup>er</sup> objectif : expérience du bénéficiaire**

L'expérience des bénéficiaires interrogés et de leurs aidants proches révèle que les soins qu'ils reçoivent dans le cadre du projet Protocole 3 sont de haute qualité et adaptés à leurs besoins. Sans ces soins à domicile, l'admission dans une structure de soins résidentiels serait inéluctable.

Il convient néanmoins de souligner que ces personnes ne savent pas précisément quelles interventions relèvent ou non du Protocole 3 et considèrent plutôt l'offre de soins dans son ensemble. Nous avons aussi l'impression que la plupart des bénéficiaires et aidants proches interrogés ne sont pas au courant qu'ils n'ont droit à ces interventions que pendant six mois.

Par ailleurs, cette étude s'est limitée aux bénéficiaires et aidants proches inclus dans un projet Protocole 3. Les personnes qui n'ont pas eu accès aux interventions Protocole 3 en raison des critères d'inclusion n'ont pas été interrogées.

**2<sup>e</sup> objectif : santé de la population**

Étant donné la spécificité du groupe-cible (les personnes âgées fragiles vivant à domicile et confrontées à des besoins de soins complexes), les projets Protocole 3 sont susceptibles d'avoir un impact considérable sur la santé et le bien-être de la population de ce groupe-cible. Comme nous le soulignons dans l'introduction de cette synthèse, il s'agit en effet d'un groupe-cible qui sera amené à se développer fortement dans le futur.

**3<sup>e</sup> objectif : efficacité et rapport coût-efficacité**

Bien que la valeur des projets Protocole 3 soit évidente aux yeux de tous les acteurs interrogés, la méthodologie utilisée dans cette étude ne permet pas d'évaluer leur rapport coût-efficacité (voir également section 3.5.2).

**4<sup>e</sup> objectif : bien-être des professionnels des soins**

Les responsables ont souvent toutes les peines du monde à trouver suffisamment de personnel en raison de l'approche « par projets » du Protocole 3 et de la faible sécurité d'emploi. Les entretiens révèlent en

outre que les conditions imposées au cours de la troisième phase compliquent passablement la vie professionnelle des soignants.

**5<sup>e</sup> objectif : équité et inclusion**

D'après les répondants, les projets Protocole 3 contribuent à des soins de santé équitables (remboursement intégral pour une population vulnérable) et accessibles (soins dispensés à domicile, coordination de l'ensemble des soins proposés). Le Protocole 3 reste toutefois tributaire d'une approche « par projets » et ne s'inscrit ni dans les soins de santé ordinaires, ni dans les structures de soins existantes. De ce fait, les soins Protocole 3 sont encore loin d'être disponibles dans toutes les communes de Belgique (quoique les limitations géographiques aient été abandonnées au cours de la troisième phase). Ceci débouche sur un net déséquilibre géographique dans l'offre de soins destinée aux personnes âgées vivant à domicile et confrontées à des besoins complexes.

Nos répondants octroient un score satisfaisant au Protocole 3 pour au moins quatre des cinq piliers du quintuple objectif, tout en soulignant – comme nous l'avons déjà fait dans les chapitres précédents et sur la base d'autres méthodes d'analyse – qu'il reste une marge d'amélioration conséquente.

Les résultats positifs du Protocole 3 reposent sur l'expertise des professionnels et organisations de soins et sur leur motivation à proposer des soins de qualité dans l'esprit de la philosophie de base initiale du Protocole 3.

Néanmoins, comme nous l'avons déjà expliqué plus haut, les principes de l'intégration des soins et de la collaboration interprofessionnelle sont sous pression depuis le début de la troisième phase du Protocole 3.

Nos répondants estiment que les objectifs de la convention continuent malgré tout à être atteints, mais il ressort clairement des interviews que la troisième phase s'écarte de la philosophie initiale au niveau de la structure des soins et du système qui les sous-tend.

Tous les acteurs restent convaincus de la valeur ajoutée d'une collaboration intégrée et interprofessionnelle, mais celle-ci doit pouvoir s'inscrire dans un cadre adéquat et transparent reposant sur une vision claire de l'avenir de l'intégration des soins.



## ■ RECOMMANDATIONS<sup>b</sup>

*Aux responsables politiques fédéraux et des entités fédérées en charge de la santé publique, du bien-être et des affaires sociales, aux administrations concernées et à l'INAMI :*

1. Nous recommandons que les soins proposés dans le cadre de la convention du Protocole 3 soient transformés en un modèle généralisé de soins intégrés dans un cadre structurel et stable.
2. Afin de développer un cadre structurel et stable, et sur la base des informations recueillies auprès des stakeholders dans le cadre de cette étude, les conditions suivantes devraient prises en considération :
  - Utiliser un mode de financement adapté, ce qui implique :
    - de faciliter l'intégration des soins et la collaboration interprofessionnelle,
    - de limiter au minimum les tâches administratives pour les organisations et les prestataires de soins,
    - de stimuler la flexibilité nécessaire pour adapter les soins aux besoins des patients,
  - Garantir la transparence par une communication et une collaboration adéquates entre les autorités et les prestataires de soins.
  - Mettre en place des applications informatiques efficaces pour faciliter les soins intégrés, comme un système de gestion des données et un dossier-patient électronique intégré.
  - Prévoir un enregistrement systématisé de critères d'évaluation prédéfinis autorisant un monitoring de la qualité.
  - Impliquer les acteurs de terrain dans la réflexion sur les modalités de la poursuite à long terme, mais aussi dans le développement d'une vision commune de la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'intégration des soins.
  - Veiller à une coordination efficace entre les instances compétentes en matière de santé et de bien-être pour la population-cible afin de simplifier l'ancrage structurel.

---

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



- **Élaborer un plan pour accroître la couverture géographique et l'accessibilité de l'offre de soins. Investir dans sa promotion auprès de la population, des prestataires de soins et des organisations.**
  - **Prévoir une capacité de gestion suffisante pour garantir les conditions susmentionnées.**
- 3. Si la convention Protocole 3 est amenée à s'inscrire dans un cadre plus large d'intégration des soins, nous recommandons de prévoir des mesures de transition afin de permettre aux organisations d'adapter leur fonctionnement et leur personnel et de garantir la continuité des soins.**
- 4. Dans l'attente d'un ancrage structurel, et sur la base des informations recueillies auprès des stakeholders dans le cadre de cette étude, il convient de prendre en considération les adaptations suivantes aux conditions des projets Protocole 3 actuellement en cours :**
- **Veiller à rendre les interventions accessibles au maximum pour les populations-cibles qui ont des besoins en soins tels que ceux offerts dans le cadre du Protocole 3, p. ex. en ajustant les critères d'inclusion ;**
  - **Revoir les limites temporelles des interventions afin de rendre plus réalisables les objectifs mis en avant dans la convention et de garantir la continuité des soins ;**
  - **Faciliter la concertation interprofessionnelle pour les prestataires et organisations de soins impliquées dans les soins aux bénéficiaires et aux aidants proches, en ce compris le médecin généraliste, afin d'améliorer l'intégration des soins ;**
  - **Simplifier les obligations administratives pour les organisations et prestataires de soins.**
- 5. Pour faciliter l'évaluation de futurs projets-pilotes touchant à l'intégration des soins, nous recommandons de :**
- **Développer, dès le démarrage des projets, une vision claire des critères de performance qui seront utilisés pour les évaluer et de veiller à ce qu'ils soient transparents – ceci en collaboration avec les acteurs de terrain.**
  - **Prévoir une période d'évaluation suffisamment longue, sachant qu'un projet qui soutient des soins innovants évolue en continu.**



## ■ RÉFÉRENCES

1. Federaal Planbureau. Jaarlijks verslag van de studiecommissie voor de vergrijzing. 2020.
2. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1459-544.
3. Nguyen D, Van der Heyden J, Charafeddine R. Kwetsbaarheid bij ouderen: Gezondheidsenquête 2018. 2019 Available from: [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/FR\\_NL\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/FR_NL_2018.pdf)
4. Boudewijnstichting K. Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen – opvolgmeting 2020. 2020.
5. NIH. Aging in Place: Growing Older at Home [Web page]. U.S. Department of Health & Human Services;2021. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/aging-place-growing-older-home>
6. World Health Organisation. A glossary of terms for community health care and services for older persons [Web page]. WHO Centre for Health Development;2004. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>
7. De Winter M. Towards Integrated Care for Chronic Patients in Belgium: The Pilot Project, an Instrument Supporting the Emergence of Collaborative Networks. *Societies*. 2019;9(28).
8. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026: placing people and communities at the centre of health services. 2015.
9. 13 JUNI 2005. - Protocol nr. 3 gesloten tussen de federale Regering en de Overheden bedoeld in de artikelen 128, 135 en 138 van de Grondwet, over het te voeren ouderenzorgbeleid 2006.
10. 2 JULI 2009. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het VerzekeringsComité met toepassing van artikel 56, 2,



- eerste lid, 3de, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen, 2009.
11. consortium T. 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". 2014
  12. 17 AUGUSTUS 2013. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende, geïntegreerde en multidisciplinaire, zorg voor kwetsbare ouderen, 2013.
  13. RIZIV/INAMI. Alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen: ontwerp van koninklijk besluit met betrekking tot de tweede projectoproep - Nota CGV 2021/028. 2013
  14. Lambert A-S, Declercq A, Flusin D, Bastiaens H, de Almeida Mello J, Lopez Hartmann M, et al. Geïntegreerd samenvattend rapport. UC Louvain, KU Leuven, Universiteit Antwerpen; 2017.
  15. Lambert A-S, Declercq A, Flusin D, Bastiaens H, De Almeida Mello J, Lopez Hartmann M, et al. Aanbevelingen in verband met de verderzetting van interventies op basis van de evaluatie van projecten in Protocol 3. 2018.
  16. Zorg24. Het thuiszorgmodel van de toekomst. 2017.
  17. RIZIV/INAMI. Protocol 3 - zorgvernieuwing voor kwetsbare ouderen: wetenschappelijk evaluatierapport en aanbevelingen. Nota CGV 2018/004. 2018
  18. McNichol E. Patient-led innovation in healthcare: The value of the 'user' perspective. International Journal of Healthcare Management. 2012;5(4):216-22.
  19. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;LIII(4):67-82.
  20. Martens M, Danhieux K, Van Belle S, Wouters E, Van Damme W, Remmen R, et al. Integration or fragmentation of health care? Examining policies and politics in a Belgian case study. International Journal of Health Policy and Management. 2021.
  21. RIZIV/INAMI. Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024. Intermediair rapport; 2021.
  22. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Web page].2001. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
  23. Vandenbroeck P, Christiaens W, Dauvrin M, Wickert R, Becher K, Hendrickx E, et al. Een evaluatieprotocol voor RIZIV conventies. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2018. KCE Reports (299)
  24. Checkland P, Holwell S. Information management and organizational processes: an approach through soft systems methodology. Information Systems Journal. 1993;3(1):3-16.
  25. Bachynsky N. Implications for policy: the triple aim, quadruple aim, and interprofessional collaboration. In: Proceedings of Nursing forum; 2020: Wiley Online Library; p. 54-64.
  26. VIVEL. Quintuple Aim - het kompas van VIVEL [Web page].2021. Available from: <https://www.vivel.be/nl/nieuws/tag/quintuple-aim/>





## COLOPHON

Titre :	Intégration des soins aux personnes âgées fragiles en Belgique : une évaluation de la troisième phase du Protocole 3 – Synthèse
Auteurs :	Justien Cornelis (KCE), Melissa Desmedt (Möbius), Esther Chevalier (Möbius), Olivier Camaly (Möbius), Wendy Christiaens (KCE)
Superviseur senior:	Irina Cleemput (KCE)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Jef Adriaenssens (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Irina Cleemput (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Experts externes :	Pauline Boeckxstaens (Universiteit Gent), Melissa Horlait (Vrije Universiteit Brussel), Peter Pype (Universiteit Gent), Jan Jaap Reinders (Universitair Medisch Centrum Groningen), Giannoula Tsakitzidis (Universiteit Antwerpen), Annet Wauters (Vlaams Patiëntenplatform)
Stakeholders :	Jan Braekevelt (Onze Lieve Vrouw van Lourdes vzw), Kim Cierkens (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Karolien Cool (Familezorg West-Vlaanderen vzw), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité), Dirk De Meester (WZC Leiehome), Geertrui De Wulf (Familezorg West-Vlaanderen vzw), Cindy Desmedt (Aide et Soins à Domicile - Brabant Wallon), Céline Duhoux (Arémis asbl), Bram Fret (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Célestine Gallez (BRUSANO asbl), Marc Gerard (Aide et Soins à Domicile Verviers asbl), Siska Germonpré (Socialistische Mutualiteit), Marine Gilson (Aide et Soins à Domicile - Brabant Wallon), Claire Guffens (Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben), Liselotte Huyghe (RIZIV – INAMI - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité), Céline Lahaise (Centrale de Services à Domicile - Mut – Centre et Soignies), Karen Lambrechts (Huis Perrekes vzw), Cindy Lecoq (Sagadom - Aide et Soins à Domicile Verviers asbl), Laurence Lemauvais (Sagadom - Aide et Soins à Domicile Verviers asbl), Florence Levêque (RIZIV – INAMI), Caroline Maas (Huis Perrekes vzw), Véronique Manguette (Aide et Soins à Domicile - Verviers asbl), Marekka Maricou (WZC Huize Zonnelied), Bart Onselaere (Zorgnetwerk Trento vzw), Anne-Catherine Poelmans (RVT St Anna), Johan Rotsaert (vzw Zorgnetwerk Cur@-z), Lauriane Rouard (La Mutualité Socialiste), Lauren Ruzziconi (Aide et Soins à Domicile - Brabant Wallon, Aurélie Ryckman (Thuisverzorging in Solidariteit vzw), Lieve Schuerman (WZC Sint Bernardus Bertem), Pierre Seeuws (Ergotherapie Vlaanderen), Gaetane Thirion (BRUSANO asbl), Annelies Tuyls (I-mens), Hendrik Van Gansbeke (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Chris Van Gerven (vzw Menos - gerontopsychiatrisch expertisecentrum), Patricia Van Hout (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Marlies Van Hooreweghe (Familezorg West-Vlaanderen vzw), Noémie Vande Weghe (Aide et Soins à Domicile - Brabant Wallon), Rebekka Verniest (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Patrick Vyncke (Zorgnet-Icuro)





Validateurs externes :	Liesbeth De Donder (Vrije Universiteit Brussel, agogische wetenschappen (VUB)), Crétien Van Campen (Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)), Thérèse Van Durme (Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain – UC Louvain)
Remerciements :	Nadia Benahmed (KCE), Christophe de Meester (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Vicky Jespers (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Stephan Devriese (KCE). Tous les participants impliqués dans les entretiens.
Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de cette étude. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Ine Verhulst

**Disclaimer :**

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

Date de publication :	17 novembre 2021
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Frail Elderly; Delivery of Health Care, Integrated; Interprofessional Relations; Home Care Services; Qualitative Research
Classification NLM :	W84.1
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2021/10.273/38



ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »  
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Cornelis J, Desmedt M, Chevalier E, Camaly O, Christiaens W. Intégration des soins aux personnes âgées fragiles en Belgique : une évaluation de la troisième phase du Protocole 3 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2021. KCE Reports 346Bs. D/2021/10.273/38.

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