

Faculté de santé publique

Regard sur l'intégration des services et des soins pour les personnes âgées fragilisées vivant à domicile.

Analyse à travers la crise sanitaire

Mémoire réalisé par
Gaétane Dekelver

Promotrice
Professeure Thérèse Van Durme

Année académique 2019-2020
**Master en sciences de la santé publique, finalité
spécialisée**

Faculté de santé publique

Regard sur l'intégration des services et des soins pour les personnes âgées fragilisées vivant à domicile.

Analyse à travers la crise sanitaire

Mémoire réalisé par
Gaétane Dekelver

Promotrice
Professeure Thérèse Van Durme

Année académique 2019-2020
**Master en sciences de la santé publique, finalité
spécialisée**

Remerciement

Je voudrais remercier, ma promotrice, Thérèse Van Durme, pour son temps, sa patience et ses conseils avisés.

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis pour leur compréhension, leurs encouragements et leur soutien.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	5
PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL.....	8
1) Concept transversal : l'intégration.....	10
1.1) Repenser les soins : l'intégration des soins pour la Belgique ?.....	10
1.2) Définir le concept	11
1.3) Rainbow Model of Integrated Care.....	13
2) Micro – La population cible.....	15
2.1) Un point sur la démographie.....	15
2.2) Le concept de fragilité.....	16
2.3) Fragilité et COVID-19.....	18
2.4) Intégration au niveau micro.....	19
3) Nano – Les personnes âgées fragilisées et leurs aidants	
informels.....	20
3.1) Point historique.....	20
3.2) Définir les aidants proches.....	21
3.3) Intégration au niveau nano	21
4) Mésos – Les personnes âgées fragilisées et leurs aidants	
formels.....	22
4.1) Quels soins ?	22
4.2) Quels professionnels ?	23
4.3) L'intégration au niveau méso.....	24
5) Macro – Contexte	26
5.1) Contexte des soins pour les personnes âgées : focus sur les soins à domicile?	26
5.2) Initiatives belges?	27
5.3) L'intégration au niveau macro?	27
6) La crise sanitaire de la COVID-19.....	28
6.1) La COVID-19 en Belgique?	28
6.2) Les crises à travers le temps, révélatrices et canalisatrices ?	28

PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE.....	31
1) Question de recherche	32
2) Objectif de recherche.....	32
3) Méthodologie qualitative.....	32
4) Sources de données.....	33
5) Analyse du matériau	34
6) Discussion autour des résultats	35
PARTIE 3 : RÉSULTATS	36
1) Intégration clinique	37
2) Intégration nano.....	40
3) Intégration professionnelle.....	41
4) Intégration organisationnelle.....	43
5) Intégration systémique	44
6) La crise comme opportunité	46
PARTIE 4 : DISCUSSION	49
1) Niveau micro – intégration clinique.....	50
2) Niveau nano – intégration nano.....	53
3) Niveau méso – intégration professionnelle.....	56
4) Niveau méso – intégration organisationnelle.....	59
5) Niveau macro- intégration systémique	61
6) Limites de la recherche.....	62
6.1) Les limites liées à l'outil de recherche systémique	62
6.2) Les limites liées à la recherche	62
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	75
1) Vision du plan intégré	75
2) Étymologie du terme « intégrer ».....	76
3) Évaluation de Fried	77
4) Évaluation de Rockwood.....	78
5) Algorithme décisionnel face à la COVID-19.....	79
6) Qui sont les personnes fragilisées face à la COVID-19 ?	81

INTRODUCTION

INTRODUCTION

« À une époque de défis imprévisibles en matière de santé, que ce soit en raison du changement climatique, de maladies infectieuses émergentes, ou du prochain germe qui développera une résistance aux médicaments, une tendance est certaine : le vieillissement des populations s'accélère rapidement dans le monde entier » (OMS, 2016). Nous sommes forcés de constater que la Belgique ne fait pas exception à cette hausse démographique. En effet, selon les prévisions de L'IBSA (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse, 2014), d'ici 30 ans, les plus de 65ans représenteront un quart de la population belge. Il est évident que cette évolution de la population demandera certaines adaptations du système de soins de santé.

« À l'échelle nationale, européenne ou internationale, tous les plans, *Bien vieillir, Well ageing, Healthy ageing, Villes amies des aînés*, reprennent la notion de vieillissement réussi comme un objectif de santé publique » (Carvallo, 2020). La Belgique rejoint également ce type d'initiatives avec comme souhait, de développer des solutions de maintien à domicile afin de donner aux personnes âgées « *une chance de maintenir au maximum leur autonomie et leur indépendance...* » (Gouvernement fédéral, 2005). Ce choix de développer les activités à domicile n'est pas un hasard. Effectivement, il répond souvent au souhait des personnes âgées (Déoux et al, 2011), tout en permettant des économies significatives (OMS, 2016) et en évinçant la problématique du nombre insuffisant de lits en institution (KCE, 2011).

Cependant en pratique, les professionnels disposent-ils des ressources humaines, financières, matérielles ou encore organisationnelles pour répondre à la demande ? En quoi cette situation constitue-t-elle un défi ?

La difficulté de cette situation se trouve dans la complexité de la prise en charge des personnes âgées fragilisées qui complique l'organisation des services et des soins. Ces prises en charge sont considérées comme complexes car elles impliquent d'une part, une interaction de plusieurs dimensions (Thunus, Alvarez-Irusta, Delabye, & al., 2020) et d'autre part un risque accru de fragilité et de perte d'autonomie lié à un déclin fonctionnel. Ces particularités donnent naissance à des besoins spécifiques personnalisés au niveau de l'aide et des soins. Pour y répondre, une série d'intervenants entrent en jeu afin d'organiser et d'exécuter les services et les soins. La complexité d'une situation peut aussi être abordée selon « *le nombre d'intervenants mis en liens auprès du patient et les capacités d'organisation des soins du patient et de son entourage* » (Duschesnes, Belche, & Buret, 2019). Or, les situations sont de

plus en plus variées et requièrent de plus en plus de professionnels, provenant de plus en plus d'organisations différentes. Finalement nous observons que ces multiplications d'intervenants et d'organisations entraînent un cloisonnement qui limite communication.

Les solutions proposées pour améliorer l'efficacité du système de soins vont de la concertation à la coordination jusqu'à l'intégration. L'intégration est particulièrement adaptée à notre public cible.

La prise en charge intégrée est centrée sur les besoins du patient, elle réunit les professionnels autour de celui-ci, au-delà des professions et des lignes de soins afin d'organiser une planification de soins coordonnée et continue. L'intégration est globale : de la prévention, aux soins chroniques, en passant par les soins aigus, jusqu'aux soins palliatifs. *« Les données probantes ont démontré que ces services intégrés procuraient une grande satisfaction chez les clients et les soignants, réduisaient le nombre de décès, et réduisaient les taux de réadmission. »* (OMS, 2016) L'intégration est une solution abordable pour nos systèmes de santé, en plus d'avoir déjà fait ses preuves dans d'autres pays. C'est pour ces raisons que nous avons choisi de travailler autour de ce concept dans le cadre de ce mémoire.

Nous débuterons ce travail avec la présentation du cadre théorique. Nous y exposerons la théorie concernant notre public cible et les conditions actuelles d'intégration des soins. Le sujet est travaillé sur quatre niveaux d'étude pour plus de lisibilité ; *micro, nano, méso et macro*. Cette division servira de fil conducteur tout au long de ce mémoire.

Ensuite la partie de la recherche sera exposée. *« Le plus souvent, la crise confronte les systèmes politiques et techniques à un risque ou une situation qui leur impose un réexamen de leurs conditions de fonctionnement »* (Tabuteau, 2009). C'est dans cette idée de « réexamen des conditions de fonctionnement » que cette étude a été menée. Son objectif est **d'identifier en quoi la crise sanitaire a modifié l'intégration des soins pour les personnes âgées à domicile et de comprendre quelles en sont les causes**. Pour atteindre cet objectif, nous avons réalisé une collecte de données sur deux mois sur base des médias écrits. Nous en avons extrait les informations qui permettent de répondre à la question de recherche : **Au travers des médias, que révèle la crise de la COVID-19 au sujet de l'intégration dans le domaine des soins aux personnes âgées fragilisées vivant à domicile ?**

Dans la dernière partie de ce travail, nous interpréterons les résultats en réalisant des liens avec la partie théorique. Deux types de répercussions seront relevés dans les résultats : les conséquences négatives et les conséquences positives.

A propos des conséquences négatives, nous tenterons de répondre aux questions : Est-ce que ces effets sont **révélateurs** des failles initialement présentes dans le système de soins ? Existe-t-il des solutions qui ont déjà été présentées pour les contrecarrer ?

Concernant les répercussions positives, nous tenterons de répondre aux questions : Quels sont les éléments favorisant qui ont permis ces évolutions ? Comment les exploiter pour en faire un évènement **catalyseur** vers un meilleur avenir ?

PARTIE 1

CADRE CONCEPTUEL

PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL

Ce travail sera guidé par la question de recherche : **Au travers des médias, que révèle la crise de la COVID-19 au sujet de l'intégration dans le domaine des soins aux personnes âgées fragilisées vivant à domicile ?**

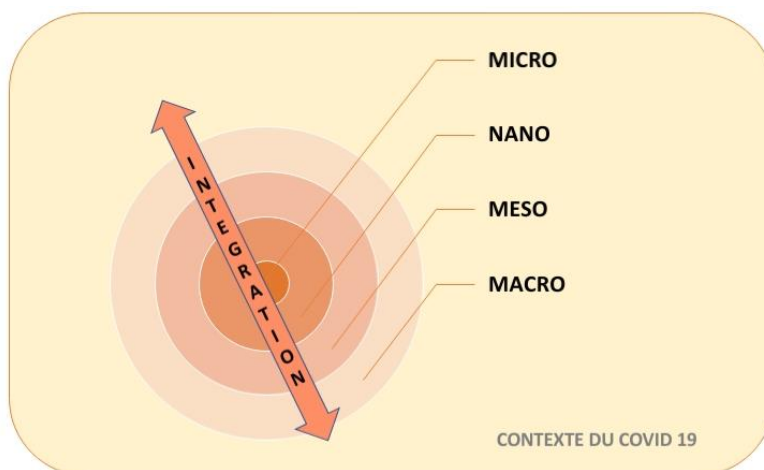
Afin de situer cette question dans son contexte et d'affiner nos recherches, nous allons utiliser la méthode PICO.

P	Population	Les personnes âgées fragilisées de plus de 60 ans vivant à domicile et leurs réseaux de soins .
I	Intervention	L'organisation des soins et de l'aide pour améliorer l'intégration des soins
C	Comparateur	/
O	Outcome/ Résultat	Qualité de vie de la personne âgée fragilisée et de son entourage professionnel et informel. Qualité des soins Efficience de l'organisation des soins

Nous commencerons cette partie théorique par présenter le concept de l'intégration qui est un concept transversal dans ce mémoire.

À la suite de ce point, nous aborderons le sujet de ce mémoire à travers différents niveaux :

- ➔ MICRO : présentation de la population cible, présentation du concept de fragilité
- ➔ NANO : présentation du réseau informel de soins de la population cible
- ➔ MÉSO : présentation du réseau formel de soins de la population cible
- ➔ MACRO : présentation du contexte de soins dans lequel évolue la population cible



Pour chaque niveau abordé, en plus de la présentation globale, une partie sera consacrée au concept transversal de l'intégration afin de comprendre son application spécifique.

Pour finir, nous terminerons par un point sur la COVID-19 qui fait partie du contexte de ce mémoire.

1) CONCEPT TRANSVERSAL – L'INTÉGRATION

Contextualisation de l'intégration en Belgique, présentation du concept de l'intégration, présentation du modèle de P. Valentijn et des 6 type d'intégrations.

1.1) Repenser les soins : l'intégration des soins pour la Belgique ?

« *Les personnes âgées qui sont en mesure d'accéder aux soins de santé se retrouveront généralement face à un système qui n'est pas conçu pour répondre à leurs besoins* » (OMS, 2016). En effet, les systèmes de santé sont plus généralement axés sur le curatif et l'aigu que sur l'accompagnement sur du long terme. Selon l'OMS, une des clés pour adapter nos systèmes de soins serait de produire des soins intégrés et centrés sur les besoins des patients (OMS, 2016).

C'est aussi une conclusion à laquelle aboutit la Belgique, suite entre autre à un rapport en 2012 du KCE qui porte sur l'avenir des maladies chroniques (Paulus & al., 2012). L'attention qui a été portée au futur des soins pour les maladies chroniques va de pair avec la question des prises en charge des personnes âgées, car elles nécessitent toutes deux « *des soins de longue durée accompagnés en général d'une lente progression* » (Integreo, 2015).

En définitive, « *on peut dire que notre système de soins de santé a besoin de changements pour offrir des réponses plus performantes aux défis du futur : accroissement du nombre de malades chroniques, augmentation des multi morbidités complexes, croissance des coûts et moyens limités* » (Integreo, 2015). Défis auxquels nous pouvons ajouter le vieillissement de la population.

En Belgique, l'ensemble des ministres de la Santé se sont mis d'accord sur un plan en faveur des soins intégrés. C'est ainsi qu'en 2015 le plan Integreo est lancé. Ce plan associe des projets pilotes, des recherches scientifiques, des actions spécifiques et des actions sur la gouvernance dans le but d'améliorer la qualité de vie de « *l'ensemble des personnes qui, au sein de la population, doivent faire face à des problèmes de santé qui requièrent des soins sur une longue durée* » (Integreo, 2015). La vision spécifique de ce plan est jointe en annexe(1), car elle présente l'intégration à différents niveaux comme nous le ferons dans ce mémoire. L'intégration des soins est enfin reconnue comme une solution d'avenir en Belgique.

1.2) Définir le concept

L'intégration correspond à l'action d'« *organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouvernance et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel les acteurs interdépendants trouvent un sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier.* » (Conrandriopoulos & al., 2001) Ceci dans un but de « *maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé.* » (Conrandriopoulos & al., 2001).

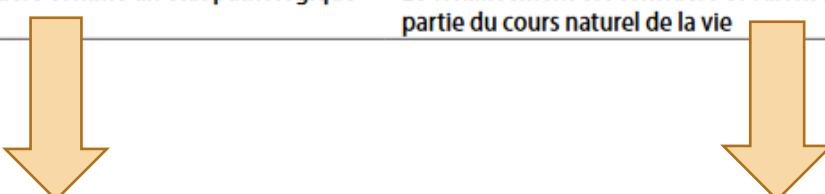
L'intégration ne se limite pas à la notion « *d'ordre et de coordination* ». Elle va plus loin, « *elle fait référence à la naissance d'un nouveau système, différent de la simple juxtaposition des parties.* » (Duschesnes, Belche, & Buret, 2019) (annexe 2)

Le résultat final est donc d'arriver à produire des **services de santé intégrés** c'est-à-dire « *Des services gérés et fournis de façon à assurer à chacun la continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, dans le cadre ou à l'extérieur du secteur de la santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie* » (OMS, Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, 2016).

Voici un tableau comparatif entre les soins conventionnels et les soins intégrés adaptés aux besoins de la personne âgée. Il a été réalisé par l'OMS dans son Rapport mondial sur le Vieillissement et la Présentation du concept de l'intégration, Santé. (2016)

Tableau 4.3. Soins conventionnels, versus soins intégrés et centrés sur la personne âgée

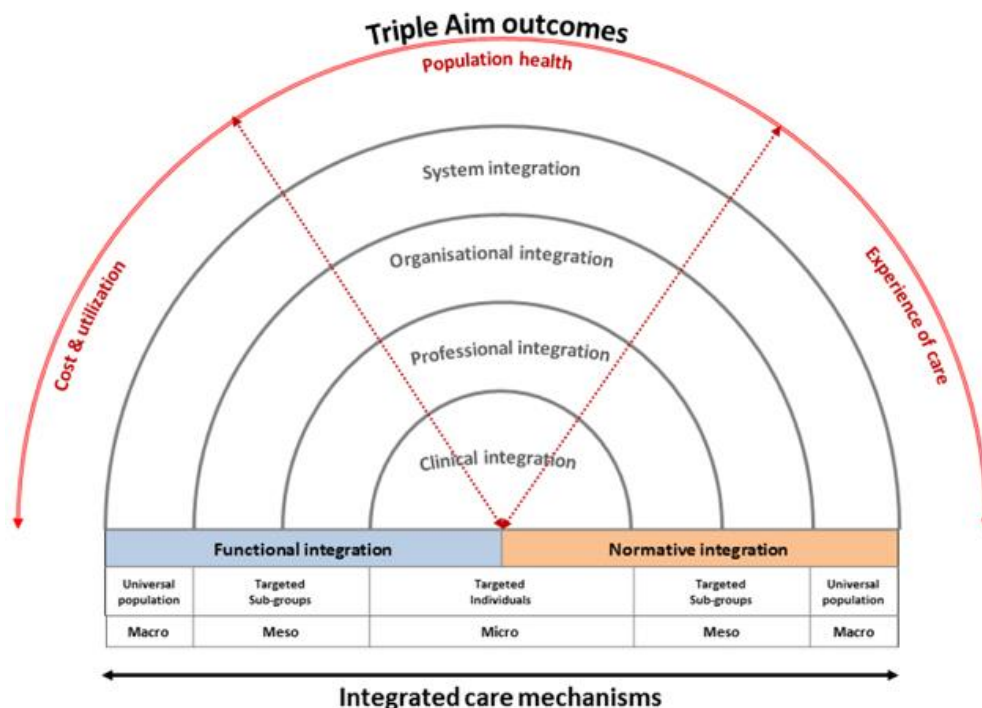
Soins conventionnels	Soins intégrés et centrés sur la personne âgée
Mettent l'accent sur le problème de santé (ou les maladies) L'objectif est le traitement ou la guérison des maladies La personne âgée est considérée comme le bénéficiaire passif des soins Les soins sont fragmentés entre les différentes maladies, professionnels de santé, milieux et stades de la vie Les liens avec les prestations de santé et les soins de longue durée sont limités ou inexistants Le vieillissement est considéré comme un état pathologique	Mettent l'accent sur les personnes et leurs objectifs L'objectif est d'optimiser les capacités intrinsèques La personne âgée est un participant actif dans la planification des soins et l'autogestion Les soins sont intégrés entre les différentes maladies, professionnels de santé, milieux et stades de la vie Les liens avec les prestations de santé et les soins de longue durée existent et sont forts Le vieillissement est considéré et valorisé comme faisant partie du cours naturel de la vie



 Les soins conventionnels sont présentés comme fragmentés au niveau de la prise en charge, au niveau de la vision du corps, au niveau de la continuité dans le temps des soins, etc. L'intégration s'oppose à la différenciation. Quand la différenciation est trop forte, on en vient à parler de fragmentation. Le système, les organisations et les professionnels s'adaptent en permanence à leur milieu, ils ont pour fonction de répondre à la demande et aux besoins de la population. Cependant l'environnement évolue et il se complexifie nécessitant une offre plus spécifique, plus rapide, plus variée, sur du plus long terme, plus accessible, etc. Dès lors, de nouvelles professions apparaissent, de nouvelles organisations, de nouveaux programmes de santé, de nouvelles lois, et ce à chaque niveau de pouvoir (commune, communauté, région, fédéral). Cette division des responsabilités, si elle n'est pas coordonnée, entraîne inévitablement la fragmentation. La fragmentation provoque des problèmes d'efficience et de qualité dans les services et les soins. (Axelsson, 2006)	 Dans le même document, l'OMS présente un tableau récapitulatif des résultats obtenus dans différents pays ayant mis en place des programmes de soins intégrés et ayant évalué leurs programmes. Dans les résultats nous relevons : - <i>Diminution des temps d'attente pour le soutien aux soins de longue durée¹</i> - <i>Baisse de l'incidence du déclin fonctionnel¹</i> - <i>Les clients se sont sentis soutenus et moins anxieux¹</i> - <i>Augmentation de la motivation du personnel et évaluations positives de la part des médecins généralistes²</i> - <i>Réduction des admissions d'urgence, du nombre de lits et des durées de séjour³</i> - <i>Amélioration de la performance du système sans frais supplémentaires⁴</i> (OMS, Rapport mondial sur le vieillissement, 2016) Selon ces résultats, l'intégration des soins a des conséquences positives au niveau du patient¹, des professionnels², des rapports entre organisations et lignes de soins³ et également au niveau du système⁴
--	---

1.3) Rainbow Model of Integrated Care

Ce modèle a été créé par Pim P. Valentijn (Valentijn & al., 2013). Il présente la façon dont les soins intégrés jouent un rôle interconnecté au niveau micro, méso et macro. Pour qu'un système d'intégration soit cohérent, il est indispensable de mettre en œuvre de façon durable l'intégration à chacun de ces niveaux (Contrandriopoulos & al., 2001). P. Valentijn présente également deux types d'intégration, dites « facilitantes » qui sont envisagées comme créant du lien entre les différents niveaux. Le modèle soutient que ces 6 types d'intégration facilitent la prestation continue, complète et coordonnée.



Brièvement, nous allons expliquer ces 6 types d'intégrations :

Clinique	« L'intégration clinique fait référence à la mesure dans laquelle les services de soins aux patients sont coordonnés à travers les différentes frontières professionnelles, institutionnelles et sectorielles d'un système. » (Valentijn, 2013). Cette coordination doit être mise en place de manière durable et adaptée aux capacités et aux besoins du patient. L'intégration clinique constitue à la fois un des 6 types d'intégration, mais en même temps elle constitue la finalité du processus d'intégration (Contrandriopoulos & al., 2001). En effet l'intégration clinique est le dernier maillon de la chaîne, celui qui touche directement le patient.
----------	--

Professionnelle	« <i>Les professionnels ont la responsabilité collective de fournir un continuum de soins continus, complets et coordonnés à une population.</i> » (Valentijn, 2013). En effet, les professionnels gravitant autour d'un patient ont la responsabilité partagée du bien-être et de la santé de celui-ci. Il est donc nécessaire qu'ils travaillent en interdisciplinarité. Au domicile, la tâche est d'autant plus compliquée, car les professionnels ne se croisent pas, il est donc nécessaire de trouver de nouveaux outils et de nouveaux modèles de collaboration ce qui n'est pas facile à aborder. « <i>Cette approche affecte l'autonomie professionnelle et brouille la hiérarchie traditionnelle et les rôles clairement définis</i> ». (Valentijn, 2013).
Organisationnelle	« <i>Relations inter-organisationnelles (par exemple, contrats, alliances stratégiques, réseaux de connaissances, fusions), y compris des mécanismes de gouvernance communs, pour fournir des services complets à une population</i> » (Valentijn & al., Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care, 2013). C'est la relation entre les organisations et la façon dont elles s'intègrent plus largement à un système. (Axelsson, 2006).
Systémique	« <i>Des partenariats au-delà des frontières organisationnelles et professionnelles traditionnelles sont nécessaires pour améliorer l'efficacité et la qualité d'un système</i> ». En effet, il est important que les instances décisionnelles s'alignent autour des mêmes lois et des mêmes règles et ceci à tous les niveaux (régional, fédéral, communal, etc.). Celles-ci doivent être cohérentes avec la dynamique des projets locaux et avec les besoins de la population. (Contrandriopoulos & al., 2001)
Normative	L'idée de l'intégration normative est de lier les différents professionnels, les différentes organisations avec des éléments communs. « <i>L'élaboration et le maintien d'un cadre de référence commun (c'est-à-dire une mission, une vision, des valeurs et une culture partagée) entre les organisations, les groupes professionnels et les individus</i> » (Valentijn & al., 2013)

Fonctionnelle	« <i>Fonctions et activités de soutien clé (c'est-à-dire les systèmes financiers, de gestion et d'information) structurées autour du processus principal de prestation de services, afin de coordonner et de soutenir la responsabilité et la prise de décision entre les organisations et les professionnels pour ajouter une valeur globale au système.</i> » (Valentijn & al., 2013)
---------------	---

Dans la partie empirique de ce travail, nous testerons l'intégration des soins pour les personnes âgées fragilisées vivant à domicile en temps de COVID-19.

2) MICRO – LA POPULATION

Description de la population cible, présentation du concept de fragilité, exploration de la relation entre fragilité et COVID19 + Intégration au niveau micro

2.1) Un point sur la démographie

La Belgique, tout comme ses voisins occidentaux, est « *confrontée à une évolution démographique tendant à augmenter la part des personnes âgées dans la population* » (Vandenhooft & al., 2019). Ceci représente un défi, car pour maintenir **la qualité de vie** des aînés en Belgique, le système de soins de santé doit être **adapté** de manière à ce que l'offre continue **à répondre aux besoins** spécifiques de cette population. (Vandenhooft & al., 2019)

La population des + 65ans a évolué rapidement en Belgique ces dernières années : 13,39% en 1970, 17,94% en 2014 (OCDE, 2020), 19,26% en 2020 et 26,92% selon les prévisions pour 2050 (IBSA, Projections démographiques, 2020). L'espérance de vie augmente de plus en plus grâce aux développements de la technologie et à l'amélioration des traitements. En Belgique, elle est actuellement estimée à 79.2 ans pour les hommes et 83,9 pour les femmes (INED, 2019).

Le développement démographique est principalement abordé comme une problématique, nous sommes cependant désireux de rappeler également l'aspect positif de celui-ci : actuellement nous vivons plus longtemps en meilleure santé et ceci permet des échanges intergénérationnels riches. (D.E.S.I.R, 2010)

2.2) Le concept de fragilité

Notre recherche a été réalisée sur PubMed, elle a été conduite avec les termes « frailty » AND « elderly » (Tabue-Teguo & al., 2017). À la date du 03 mars 2020 nous renseignons un résultat de 10.134 publications. En décembre 2016 il était de 5568. En 2012 il était de 2401. L'évolution exponentielle de publications scientifiques concernant le concept de « frailty » traduit l'intérêt grandissant des scientifiques, gériatres et gérontologues.

En effet, la fragilité est concept pertinent à développer pour plusieurs raisons. Selon un rapport réalisé pour la Belgique, par Sciensano, « *La population âgée de 65 ans et plus peut être divisée en trois niveaux de fragilité : 39,9% de personnes robustes, 37,7% de personnes présentant une « pré-fragilité », le stade préalable à la fragilité, et 22,8% de personnes fragiles* » (Nguyen & al., 2018). (Calculé sur base du phénotype de Fried)

Ce sont des chiffres considérables, or la fragilité augmente les risques d'événements défavorables à la santé entraînant un plus grand besoin en services et soins de santé. Dépister et évaluer la prévalence de l'état de pré-fragilité et de fragilité permet d'intégrer ces données dans les prédictions afin d'adapter au mieux les décisions concernant le futur des soins de santé. Le concept de fragilité est d'autant plus intéressant à prendre en compte qu'il est réversible ce qui permet, en le dépistant massivement, de diminuer les risques d'évènements négatifs pour la santé.

➤ Définition

Bien que le concept de fragilité soit connu et reconnu par la communauté scientifique il n'existe pas encore de consensus quant à sa définition et par conséquent à la manière de l'évaluer. Dans un souci d'objectivité nous allons présenter la définition du World Report on Ageing and Health de l'OMS. (OMS, World report on ageing and health, 2015)

...« The definition of frailty remains contested, but it can be considered as a progressive age-related decline in physiological systems that results in decreased reserves of intrinsic capacity, which confers extreme vulnerability to stressors and increases the risk of an range of adverse health outcomes »...

Nous pourrions résumer que la fragilité chez les personnes âgées est « *un manque de réserve physiologique qui empêche les personnes âgées de faire face aux problèmes auxquels elles sont confrontées* » (Nguyen, 2019) ou encore que la fragilité agit comme « *un accélérateur du*

vieillesse » (Lang, 2013), mais à la différence du vieillissement, « *jusqu'à une certaine mesure, son mécanisme intrinsèque pourrait être réversible et donc prévenu.* » (Lang, 2013). Il est important de rappeler que le concept de fragilité n'est pas lié à l'âge même si sa prévalence augmente avec l'âge, toutes les personnes âgées ne souffrent pas de fragilité et des personnes jeunes peuvent aussi se trouver en état de fragilité.

➤ Évaluation

Il y a plus de 40 définitions opérationnelles de la fragilité proposées dans la littérature et à chacune correspond un outil d'évaluation. Tous cherchent à identifier un public spécifiquement à risque de rencontrer des événements défavorables en santé (Cesari & al., 2017). Deux évaluations sont les principales références : celle de Fried et celle de Rockwood.

- ➔ Le phénotype de Fried présente la fragilité comme une perte de ressources fonctionnelles. Elle prend en compte 5 critères physiques : la perte de poids involontaire, la sensation de fatigue, le niveau d'activité faible, la réduction de la vitesse à la marche et la faiblesse musculaire. Le tableau complet du test se trouve en annexe(3). La vision de Fried classe la population en trois groupes : robuste, pré-fragile, fragile (Fried & al., 2001)
- ➔ Rockwood présente la fragilité comme une accumulation de déficits, cette évaluation permet de prendre mieux en compte le contexte social, et les aspects de santé mentale et de cognition. « *L'identification de la fragilité nécessite une évaluation dans de multiples domaines, et est une somme de déficits, calculée selon un index* » (Saint-Hubert, 2010) (annexe4). Cependant l'index est compliqué à calculer, car il nécessite un grand nombre de tests.

Pour faire le bon choix de l'outil d'évaluation, il convient de déterminer les objectifs de la démarche. L'évaluation a-t-elle pour but de dépister l'état de fragilité ou de le confirmer ? S'il s'agit du dépistage, les outils seront plus rapides et faciles à utiliser contrairement aux outils de confirmation. (Busnel & al., 2018)

➤ Prévention et dépistage

« *La prévention et la détection précoce de la fragilité peuvent contribuer à réduire les problèmes majeurs associés au vieillissement, tels que les maladies chroniques et la multimorbidité, la polypharmacie* » (Ngyen, 2019) ainsi que d'autres problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux.

Au-delà des aspects bénéfiques pour le bien-être des patients, la prévention et le dépistage peuvent également permettre de limiter les conséquences médico-économiques et la pression sur les soignants. (Steinmeyer, 2016)

2.3) **Fragilité et COVID-19**

Nous avons effectué une seconde recherche sur PubMed dans laquelle nous avons ajouté au terme de « frailty » AND « elderly » le mot clé de « COVID-19 ». Parmi les articles scientifiques récoltés, deux courants principaux existent.

- Ceux qui cherchent un lien éventuel entre l'état de fragilité et les risques d'être gravement atteint par le virus SARS-CoV-2.
- Ceux qui cherchent les meilleures pratiques afin de prévenir les risques de fragilité pendant la période de la COVID-19.

➤ Fragilité comme facteur de risque de la COVID-19 ?

Pendant cette crise sanitaire, il a été souvent répété par les médias et les autorités : « protégeons les personnes fragiles ». Qui sont-elles ? Parle-t-on de la même fragilité que celle décrite par Fried ou par Rookwood ?

En Angleterre le NICE a recommandé de réaliser le test de fragilité aux patients touchés par la COVID-19 afin de guider les médecins dans leurs choix thérapeutiques. La Belgique a également fait paraître un algorithme décisionnel basé sur le dépistage de la fragilité. (annexe 5)

Ces recommandations pourtant ne font pas l'unanimité. En effet bien que le lien entre l'âge et la mortalité liée à la COVID-19 soit bien établi, celui entre la fragilité et la mortalité liée à la COVID-19 n'est pas prouvé (Miles, 2020). Plusieurs groupes de recherche ont travaillé sur cette question en Irlande (O'Caoimh, Kennelly, Ahern, & al., 2020), en Angleterre (Hubbard, Maier, Hilmer, & al., 2020) (Woolford, Angelo, Curtis, & al., 2020), et en Belgique (De Smet, Mellaerts, Vandewinckele, & al., 2020). Les conclusions de ces études sont convergentes, tous affirment que l'évaluation de la fragilité ne peut pas être utilisée comme seule variante décisionnelle. L'état de fragilité n'est pas le seul critère à prendre en compte pour déterminer si quelqu'un va être hospitalisé ou s'il va recevoir des soins. « *La fragilité et l'âge seuls ont de faibles capacités de prédiction de la mortalité, et de nombreux patients très fragiles ont survécu à la COVID-19* » (Hubbard, Maier, Hilmer, & al., 2020). Les mêmes conclusions sont tirées

concernant les probabilités de développer le virus, « *Aucune différence n'était évidente en ce qui concerne l'état de fragilité ou le nombre de morbidités lorsque nous avons comparé les personnes testées positives pour la COVID-19 et celles qui ont été testées négatives* » (Woolford, Angelo, Curtis, & al., 2020).

Plusieurs auteurs relèvent aussi la complexité de ces évaluations de la fragilité qui ne se limitent pas à « *une examination en un coup d'œil* » (O'Caoim, 2020). « *L'utilisation du CFS ou tout autre instrument de courte durée visant à rationner l'accès aux soins devrait être considéré avec prudence, en particulier par ceux qui ont n'a pas reçu de formation sur l'évaluation de la fragilité.* » (O'Caoim, 2020)

En résumé, les personnes fragiles dont on parle dans le contexte spécifique de la COVID-19 (annexe 6) ne sont pas les mêmes que celles qui sont jugées comme souffrant du « syndrome de fragilité ». Les différentes études que nous avons lues ne démentent pas la pertinence de l'évaluation de la fragilité dans le contexte de la COVID-19, cependant ils attirent l'attention sur le fait qu'aucun lien de causalité n'existe entre l'état de fragilité et la mortalité liée à la COVID-19. Ils invitent donc à prendre d'autres éléments en compte.

➤ Fragilité comme conséquences la COVID-19

Le confinement a certainement des conséquences négatives sur la santé dues à la sédentarité ou à l'isolement (Cheng-Ren & al., 2020). Ceci d'autant plus chez les personnes âgées, « *cela peut accélérer la fragilité et la dépendance des personnes âgées et, par la suite, la demande de soins et de services de santé* » (Nyein Aung, Yuasa, Koyanagi, & al., 2020). C'est pourquoi il faut y prêter une attention spécifique, au Japon par exemple, de nombreuses campagnes de prévention on vu le jour pendant le confinement (Nyein Aung, Yuasa, Koyanagi, & al., 2020).

2.1) Intégration au niveau micro

Nous pouvons mettre en parallèle le niveau micro à l'intégration **clinique** de Valentijn.

Les prises en charge des personnes âgées fragilisées sont considérées comme complexes. « *Cette complexité se définit par l'existence de plusieurs pathologies avec une intrication de problématiques médico-psychosociales et des incapacités fonctionnelles secondaires* » (Stampa, 2014). L'idéal est de réaliser un plan de soins avec le patient, adapté à ses besoins, prenant en compte le plan médico-psycho-social.

Un niveau de complexité est ajouté lorsque la prise en charge se fait à domicile. De nombreux professionnels y interviennent, ils n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble et ils ont peu d'opportunité de concertation, n'exerçant ni dans la même organisation ni sous le même toit (Murphy, 2004). On observe alors fréquemment des défauts de prise en charge qui posent des problèmes dans les processus de soins. Ceci a comme conséquences par exemple, des duplications de services, des manquements, des incohérences et de la discontinuité provoquant alors une fragmentation des soins.

En Belgique et ailleurs dans le monde occidental, nous pouvons légitimement nous poser la question de savoir si notre approche médicale n'est pas à considérer comme fragmentée. Malgré le changement de paradigme en cours, nous travaillons avec une approche médico-centrée. Nos corps sont divisés en différents systèmes, traités de manière isolés, qui correspondent à autant de services hospitaliers spécialisés. Pourtant une prise en charge holistique est indispensable autour des patients âgés, fragilisés à domicile.

3) NANO - LES PERSONNES ÂGÉES ET LEUR AIDANT INFORMEL

Point historique sur les aidants naturels, définition du terme + Intégration au niveau nano

3.1) Point historique

Les « aidants proches » sont souvent placés en contrepoids des « aidants professionnels ». Depuis toujours les proches aident et accompagnent leurs malades de manière naturelle cependant de nos jours cette aide porte le nom « **d'aide informelle** ».

Cette distinction entre « aide formelle » et « aide informelle » a fait son apparition dans les années après-guerre (Vandenhooft & al., 2019). En effet c'est à partir de ce moment que l'État met en place des services d'aides, des services de soins et surtout des hébergements dans le but d'organiser des prises en charge adaptées aux personnes âgées. Pourtant dans les années 1970-1980 le maintien à domicile se développe en masse pour 3 raisons ; des raisons économiques, idéologiques et suite à un mouvement de dénonciation générale de la vie en institution. Les services d'aides et de soins à domicile s'organisent et l'aidant informel trouve une place nécessaire dans la société et auprès des patients. C'est fin des années 1980 que les « aidants familiaux » sont le plus visibles, *« c'est-à-dire qu'ont été rendus visibles l'engagement des familles dans la prise en charge de leurs plus âgés, ainsi que la*

reconnaissance du rôle central des proches dans le soutien des personnes fragilisées » (Clément & Lavoie, 2001).

« L'aide informelle » est devenue un concept actuel et le sujet de divers travaux dans le monde notamment afin de définir l'aide apportée, mesurer l'aide ou encore pour identifier les conséquences pour les aidants. En 2014 l'État belge reconnaît cette activité et ce rôle d'aidant proche via un statut juridique et des droits. Cependant cette loi n'est toujours pas mise en application faute d'arrêtés de procédures. (Leroy, 2020)

3.2) Définir les aidants proches

Selon « l'ASBL aidants proches », un aidant est « *toute personne qui apporte régulièrement son aide à un proche en déficit d'autonomie. Cette aide répond à des besoins particuliers et est accomplie en dehors de celle réalisée dans le cadre d'une rémunération professionnelle ou de volontariat* » (Michaux & al., 2019). L'ASBL publie que 10% de la population en Belgique serait actuellement considérée comme tels. Les actions des aidants proches sont avantageuses pour l'économie de la société et indispensables au maintien à domicile de leurs proches : « *Le système belge de soins de longue durée se présente sous la forme d'un dispositif mixte à savoir de multiples services de soins professionnels financés pas l'État, qui complètent une prise en charge informelle de proximité assurée essentiellement par la famille.* » (Van den Bosch, 2011).

3.3) Intégration au niveau nano

Il n'y a pas à proprement parler de niveau d'intégration présenté par Valentijn correspondant au niveau nano. L'intégration des soins pour les aidants proches touche principalement deux thématiques très bien résumées par M. Dorkel : « *Acteurs invisibles de l'accompagnement quotidien des personnes dépendantes, les aidants sont enfin considérés à la fois **comme partenaires** avec qui les professionnels se doivent de composer et collaborer, mais également comme étant eux-mêmes **des cibles** nécessaires de nos préoccupations et de notre écoute* » (Dorkel, 2018). On pourrait donc faire correspondre le niveau nano à la fois à l'intégration clinique quand il s'agit de soutenir l'aidant qui est alors cible du soignant, et à l'intégration professionnelle quand il est considéré comme faisant partie de l'équipe de soins. Dans ce travail nous considérerons le niveau nano comme un niveau d'intégration à part entière.



➤ L'intégration des proches aidants à l'équipe de soins

« Lorsque les proches des personnes participent concrètement à l'accompagnement (total ou partiel) pour les activités de la vie quotidienne, ils acquièrent une connaissance privilégiée de la personne, de ses habitudes et de ses réactions. » (ANESM, 2014). Ils disposent donc de compétences qui leur sont propres et qui sont directement liées à la personne aidée. Ces compétences sont précieuses pour les équipes qui cherchent à identifier les besoins du patient. Une collaboration effective peut faire gagner beaucoup de temps aux professionnels ainsi qu'augmenter la pertinence et l'adéquation du plan de soins.

➤ Le soutien des aidants proches

L'investissement et le temps que fournissent les aidants ont souvent des conséquences sur la santé de ceux-ci, que ce soit au point de vue physique (hypertension, assuétudes, insomnies, décès prématurés (Aidants Proches Asbl, 2019)), mental (déli, stress, sentiment de dépassement, sentiment de fardeaux, épuisement (Rexhaj, 2017)) ou social (isolement, diminution des contacts avec la famille, diminution des loisirs, problèmes financiers (Rexhaj, 2017)). Certains auteurs parlent d'une « *urgence sociétale, un enjeu majeur de santé publique* » de « *prendre soin de ceux qui prennent soin* » (Garadji, 2018). D'autant plus que « *l'état de santé de la personne soignée et celle de son aidant informel sont fortement interrelié, l'état de santé de l'aidant informel est reconnu comme étant un déterminant majeur du risque d'institutionnalisation prématurée de la personne âgée.* » (ANESM, 2014)

4) MÉSO - LES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS AIDANTS FORMELS

Description des soins pour le public cible, présentation des professionnels + Intégration au niveau méso

4.1) Quels soins ?

Il est difficile de généraliser le réseau formel d'aide et de soins des personnes âgées fragilisées. En effet celui-ci dépend du contexte et des besoins du patient. Ces besoins, au vu de leur complexité et de leur chronicité, seront pris en charge dans des soins de longues durées (SLD) dont voici la définition : « *Les soins de longue durée ont été définis par les institutions internationales (OMS, OCDE, Eurostat) comme un éventail de services nécessaires aux personnes atteintes d'une limitation de leurs capacités fonctionnelles (physiques ou cognitives), et qui, par conséquent, ont besoin d'une aide dans les activités de base et instrumentales de la*

vie quotidienne (activities of daily life - ADL) pendant une période prolongée ». (KCE, Rapport de performance, 2019) Parmi ces SLD une différence est faite entre les Activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que la toilette ou les déplacements fonctionnels et les Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) telles que la préparation des repas ou le ménage. (KCE, Rapport de performance, 2019)

4.2) Quels professionnels ?

Les médecins généralistes sont souvent au centre de la prise en charge. « *Les 65 + ont deux à trois fois plus de contacts avec le généraliste* » (Pacolet & al., 2005). Ils se retrouvent parfois malgré eux comme coordinateur informel du patient.

Plusieurs professionnels paramédicaux gravitent autour du patient. Ce sont ceux-là même que proposent la plupart des services de coordination de soins à domicile : soins infirmiers, kinésithérapeute, garde-malade, ergothérapeute, logopédie, soins palliatifs, diététiciens, psychologues, pédicure (VAD, 2020).

Ensuite viennent les services d'aide à la personne (AIVQ) qui sont également fréquemment proposés par les services de coordination à domicile : les aides familiales avec « 18,2% des 65 ans et plus ont eu recours à une aide domestique (aide familiale ou aide aux personnes âgées), contre plus d'un quart des personnes de 75 ans et plus (28,2%) » (Drieskens & al., 2018), des repas à domicile (5,4% des 65 ans (Drieskens & al., 2018))) ou encore les aides ménagères, des transports, des coiffeurs à domicile, etc.

On voit l'apparition également de nouvelles professions, principalement des « *fonctions qui font du travail de soutien global, ou du travail délégué en appui à d'autres fonctions qui offrent des soins globaux* » (Munck & al., 2012). Parmi les fonctions les plus pertinentes pour notre public cible, nous pouvons citer le coordinateur de soins et le case manager.

La fonction de coordinateur de soins existe déjà, cependant « *elle ne répond pas de manière suffisante aux besoins des professionnels et des patients : pouvoir faire appel à des services polyvalents pour tout patient et problèmes confondus, et mieux répondre aux urgences.* » (Munck & al., 2012) On peut ajouter à cela la nécessité de mieux lier la 1^{re} et la 2^e ligne.

La fonction de case-manager est moins connue, en français « gestionnaire de cas. En effet il prend en charge de situations (des cas) complexes (trajet de soins complexes, réseaux en conflit, refus de soins) et prend en charge le patient de manière globale (établissement des priorités,

mobilisation des prestataires, négociation, suivi des soins). C'est véritablement la personne de référence pour le patient. (Macq & Van Durme, 2020)

Toutes ces aides et ces soins si ils ne sont pas pratiqués par un aidant proche, mais bien par un professionnel lié de manière contractuelle à sa tâche sont **des aides formelles**. Ces professionnels sont donc susceptibles de former le réseau d'aide et de soins du patient.

4.3) Intégration au niveau méso

L'intégration au niveau méso correspond à la fois à l'intégration professionnelle et à l'intégration organisationnelle. Au domicile, la frontière entre les deux est infime vu que nous pouvons la plupart du temps considérer que les professionnels ont des fonctions différentes et viennent d'organisations différentes.

L'intégration des professionnels est un sujet largement étudié, plus souvent sous le terme de collaboration interprofessionnelle. Un des modèles de référence est celui de D'Amour présentant un modèle de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.

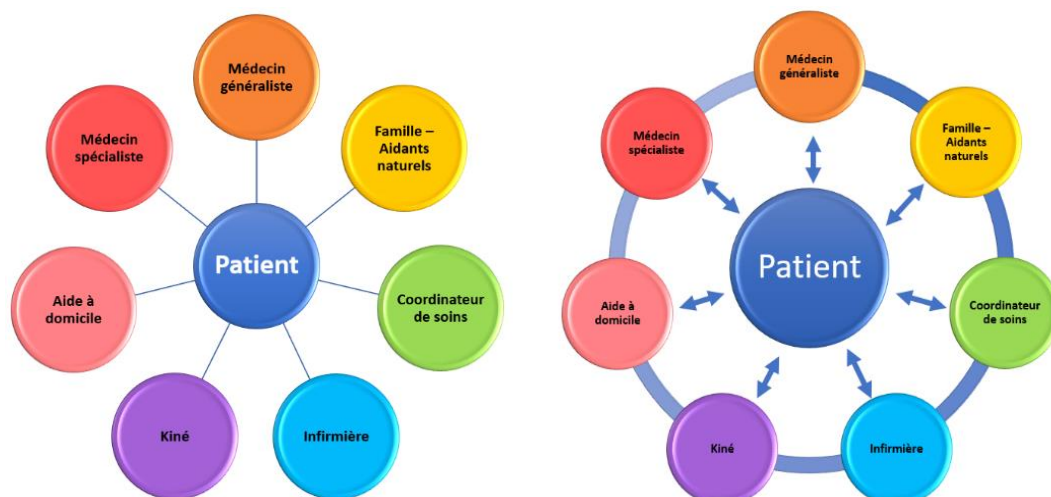
L'auteure présente 10 indicateurs répartis dans 4 catégories qui permettent d'analyser l'action collective. Ces indicateurs et ces catégories peuvent être reliés aux « facilitateurs de l'intégration ». En effet on y trouve des indicateurs liés à l'intégration normative comme *le but commun, la prise en charge commune centrée sur le patient, la confiance, la connaissance mutuelle des professionnels*. D'autres indicateurs relèvent plutôt de l'intégration fonctionnelle tels que *la centralisation de la gouvernance, le leadership, les outils de support, les moyens de connexion entre les professionnels, les moyens d'échanges d'information et les outils de formalisation (règlement, protocole, etc.)* (D'Amour & al., 2008).

Cette matrice révèle la complexité de mettre en place une collaboration interprofessionnelle surtout à domicile, où tous les indicateurs sont mis à mal.

Lorsque les professionnels ne sont pas coordonnés, les prises en charge sont dites « en silos ». Les prises en charge en silos sont la conséquence d'un cloisonnement des différents professionnels qui travaillent autour d'une même personne, mais sans communiquer ou dans une logique de professionnalisation (cfr tableau). Elles sont fréquemment rencontrées sur le terrain et ont des conséquences négatives sur la qualité de vie du patient : « *Elles amènent à des décisions de soins contradictoires ou incohérentes avec des impacts non négligeables tels que*

des hospitalisations prématurées, des polymédication accrues, ainsi que la perte de sens thérapeutique à la fois pour les patients les proches et les soignants » (Busnel & al., 2018)

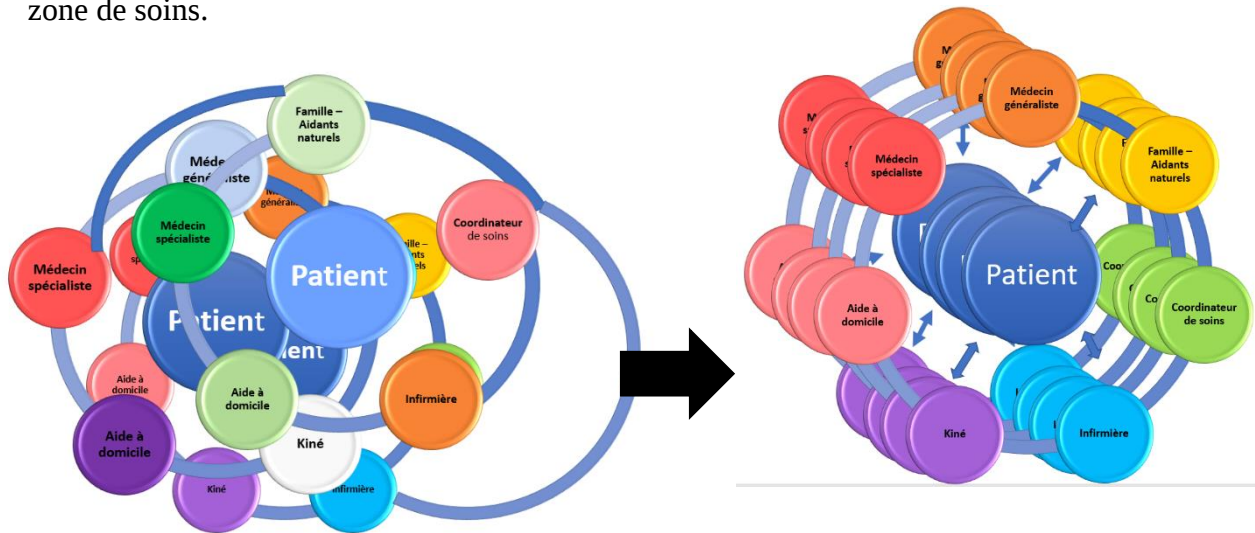
Logique de la Professionnalisation	Logique de la Collaboration Interprofessionnelle
Vision mécaniste de la personne.	Vision humaniste de la personne
La personne est perçue comme un ensemble de parties. La situation est objectivée.	La personne est vue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu.
La personne est non-participante.	Reconnaissance du droit à l'autodétermination de la clientèle.
Le pouvoir, l'autorité, l'expertise et la spécialisation sont privilégiés.	Le partage et l'intégration des savoir et des pratiques sont privilégiés.
Taxonomie rigide du savoir.	Intégration des savoirs, reconnaissance de la complexité.
Approche centrée autour des territoires professionnels.	Approche centrée sur la clientèle.
Les frontières sont étanches.	Le partage des zones d'intervention.
Les relations entre les professionnels sont parallèles, cumulatives et non interactives.	Le partenariat est interactif. L'intersubjectivité permet une meilleure compréhension de la situation.
Le contrôle, la régulation d'un marché pour des services techniques sont visés.	L'approche globale et interactive sont visés.



➤ La territorialisation :

Si les acteurs se coordonnent autour d'un patient, le nombre de réseaux auxquels ils font partie ne fait qu'augmenter. À chaque nouveau patient un nouveau réseau, avec des professionnels et des organisations différentes ce qui est un frein à la collaboration. À partir d'un certain nombre de réseau et de connexions, le cerveau est limité et l'organisation en réseau n'est plus efficiente. (Macq, 2019-2020). Comme le montre le schéma ci-dessous (Macq & Hercot, 2019) il faut

diminuer le nombre de « nœuds » (Macq & Hercot, 2019). Une des solutions avancées comme facteur de facilitation de l'intégration et de la collaboration interprofessionnelle comme facteur de facilitation de l'intégration et de la collaboration interprofessionnelle et inter organisationnelle est la territorialisation. La Flandre a d'ailleurs déjà organisé son territoire en zone de soins.



5) MACRO – CONTEXTE

Exposition du contexte des soins à domicile, présentation d'initiatives en faveur de personnes- âgées en Belgique + Intégration au niveau macro

5.1) Contexte des soins pour les personnes âgées : les soins à domicile

Nous avons précédemment défini le terme de SLD qui est principalement le type de soins dont nécessitent les personnes âgées et fragilisées. En Belgique les soins à domicile sont privilégiés « *afin de postposer aussi longtemps que possible l'institutionnalisation des personnes âgées.* » (Berete & al., 2018). En effet la Belgique n'a pas la capacité de prévoir le nombre de lits résidentiels qui ont été estimés nécessaires pour le futur (En 2018 la Belgique disposait de 144000 lits alors que selon le modèle prédictif du KCE en 2025, le demande serait de 149 000 à 177 000 et n'ira qu'en s'accroissant dans les années suivantes). Mais il y a d'autres critères qui poussent les politiques à favoriser les soins à domicile. Ils répondent souvent à un désir de rester à domicile des personnes âgées tout en étant « *généralement moins chers, plus appropriés et tout aussi efficaces que les soins en établissements de santé.* » (Berete & al., 2018)

En Belgique, tous âges confondus, 11,2% (en 2018) de la population utilisent un des services de soins à domicile, ce qui est une augmentation significative 2,6% en 5 ans (8,6% en 2013).

De manière plus spécifique à notre groupe cible, un quart (25,2%) des personnes âgées de 65 ans et plus ont utilisé des services à domicile en 2018. (KCE, Rapport de performance, 2019)

5.2) Initiatives belges

➤ Protocole 3 : solution alternative à l'institutionnalisation

« Plusieurs pays à hauts revenus mettent en œuvre des programmes d'envergure pour les soins à domicile incluant des personnes âgées fragiles. En Belgique, le gouvernement fédéral par le biais de l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI) a lancé un programme de financement dans tout le pays, pour des projets alternatifs de soins et de soutien aux soins au bénéfice des personnes âgées fragiles souhaitant continuer à vivre chez elles. » Cet accord fait suite à une étude (Pacolet & al., 2015) qui a été demandée par le Conseil des ministres aux SPF. Il est convenu un nouveau protocole pour une durée de 6 ans « en vue d'une politique de soins aux personnes âgées cohérente pour pourvoir aux besoins de prévention, d'accueil, d'accompagnement et de soins pour les personnes âgées nécessitant des soins et au soutien des soins informel ». (Gouvernement fédéral, 2005)

➤ RML et SISD : aide à la collaboration au domicile en Wallonie

Les RML et les SISD sont des supports et des appuis aux soins intégrés à domicile.

Les RML (Réseaux locaux multidisciplinaires) ont pour objectifs de permettre aux patients ainsi qu'aux professionnels de former un réseau afin qu'ils collaborent plus facilement. Ils s'organisent par province en Wallonie, dans le cadre de trajet de soins spécifique (RML Liège, 2020).

Les SISD (Services intégrés de soins à domicile) est une aide financière wallonne qui intervient dans les remboursements des coûts des consultations multidisciplinaires (INAMI, 2019).

5.3) L'intégration au niveau macro

Un patient et son réseau suivent le fonctionnement du pays, d'une région, d'une communauté (selon les compétences), d'une province, d'une commune, d'un quartier, etc. Il est nécessaire de rencontrer une cohérence entre les niveaux et que « la complexité et la teneur des enjeux prenant forme dans le système local de soins soient reflétées dans l'environnement plus large. » (Contrandriopoulos & al., 2001). L'organisation politique de la Belgique ne facilite pas la tâche, elle est d'ailleurs un très bon exemple de différentiation. Il n'y a pas moins de 8 ministres



compétents dans le domaine de la santé « *Ce qui entraîne inéluctablement une fragmentation des politiques et de leurs financements.* » (Mormont 2018).

5) CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19

Résumé de la crise sanitaire en Belgique, présentation des effets d'une crise dans le temps

6.1) COVID-19 en Belgique

L'agent pathogène SARS-CoV-2 est à l'origine de la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. C'est le 11 mars 2020 que l'OMS pose le diagnostic de pandémie, car la propagation du virus est devenue mondiale. En Belgique, des cas ont déjà été dépistés à cette date et les chiffres sont en augmentation constante ce qui pousse le gouvernement à imposer le confinement strict de la population à la date du 18 mars. Ce confinement strict prendra fin à la date du 4 mai et sera suivi de plusieurs phases de déconfinement. (SPF,2020)

La période de confinement a eu de grandes répercussions sur la prise en charge des personnes âgées à domicile. Nous posons le postulat que ces répercussions peuvent nous donner des informations sur le système de prise en charge à domicile et c'est ce postulat qui motive ce mémoire. (OMS, COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS, 2020)

6.2) Les crises à travers le temps, révélatrice et canalisatrice.

« *Le plus souvent, la crise confronte les systèmes politiques et techniques à un risque ou une situation qui leur impose un réexamen de leurs conditions de fonctionnement* ». (Tabuteau, 2009) Les crises peuvent révéler les déficiences du système et en ce sens elles constituent une opportunité de le repenser. Il est difficile de séparer la thématique des crises sanitaires du politique, car les décisions du monde politique influencent grandement le déroulement présent de la crise, le futur et elles sont présentes dans le passé.

➤ Dans le passé

Certaines décisions politiques peuvent influencer le déroulement d'une crise. Par exemple en ce moment, en Belgique le manque de moyens pour traverser la crise est criant ainsi que le manque de personnel également, surtout dans le secteur de la gériatrie. La sonnette d'alarme avait pourtant déjà été tirée par le corps médical. Depuis juin 2019, le personnel médical et principalement les infirmières se sont mobilisé à travers l'action « des blouses blanches »

pour dénoncer « *leurs conditions de travail difficile, l'absence de valorisation de leurs professions, ou encore le manque de moyens.* » (A.F., 2019). Les décisions politiques ont tardé, rendant la profession de moins en moins attractive et les effectifs de plus en plus limités. Les crises jouent souvent le rôle de révélateur des failles du système. Elles attirent l'attention sur ce qui pose problème provoquant « *une prise de conscience de déséquilibres institutionnels ou d'insatisfactions professionnelles* ». (A.F., 2019)

➤ Dans le présent

« *En situation de crises, la population se tourne légitimement vers les gouvernants pour connaître leurs décisions, les réponses qu'ils vont apporter pour tenter de réduire l'intensité de la menace ou de la catastrophe.* » (Tabuteau, 2009). De grandes décisions sont prises renvoyant directement à l'étymologie du mot crise : « krisis » en grec, qui signifie « décision » (Tabuteau, 2009). En Belgique pour gérer la crise un gouvernement avec des pouvoirs « exceptionnels » a été créé, il a été tout le long de la crise accompagnée d'experts afin de conseiller les dirigeants. Les décisions qui sont prises sont certes urgentes, mais auront des conséquences dans le futur donc méritent d'être prises avec la consultation de spécialistes.

➤ Dans le futur

La politique régit la santé à coup de réformes et ce n'est qu'avec les acteurs influents que le système pourra être adapté. La crise peut à ce stade, jouer son rôle catalyseur vers un « après ». Il est donc de notre rôle en tant que spécialiste et chercheurs en santé de participer à cette énergie canalisatrice et d'apporter des recommandations pour un avenir meilleur. C'est axé vers le futur que nous avons décidé de travailler notre sujet à travers la crise de la COVID-19.

RÉSUMÉ PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL

L'intégration : L'intégration est un concept émergeant dans le secteur de la santé. Il a déjà fait ses preuves via certaines recherches et il a été dès lors présenté par l'OMS comme une des solutions afin de répondre aux futurs défis sociétaux. Intégrer les soins c'est assurer des services continus, adaptés aux besoins du patient et coordonnés autour de celui-ci. L'intégration se fait à différents niveaux avec la participation des intervenants et du patient.

Pim Valentijn décrit 6 types d'intégration : clinique, professionnelle, organisationnelle, systémique, normative et fonctionnelle.

MICRO : La proportion de personnes âgées fragilisées (+65ans) est amenée à augmenter en Belgique. Le maintien à domicile est une solution encouragée par l'État. La fragilité est un concept complexe qui réunit plusieurs facteurs qui, ensemble, augmentent les risques d'événements défavorables à la santé. La fragilité est réversible, ce qui la rend particulièrement pertinente à prévenir et à dépister. Pendant la crise, le dépistage du syndrome de fragilité a été utilisé dans plusieurs pays afin de guider les choix thérapeutiques ce qui ne fait pas l'unanimité parmi les chercheurs.

Le niveau micro correspond à l'intégration clinique

NANO : Les aidants naturels apportent une aide et des soins de manière informelle. Ils disposent d'une expertise et de compétences particulières, directement liées aux patients. C'est pourquoi il est pertinent de les intégrer aux équipes de soins. Le rôle d'aidant informel complique la vie des aidants et peut provoquer des conséquences lourdes dans leur quotidien, ils méritent un soutien, un accompagnement et une reconnaissance.

MÉSO : Les personnes âgées fragilisées vivant à domicile, au vu de leur complexité et de leur chronicité, ont besoin d'une prise en charge de longue durée (SLD). Ces prises en charge comprennent un soutien dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Ce soutien est apporté par des professionnels : médecin généraliste, infirmier, ergothérapeute, garde-malade, aide à domicile, kinésithérapeute, etc. Pour organiser une prise en charge coordonnée, ces professionnelles doivent collaborer. Beaucoup d'obstacles existent à cette collaboration interprofessionnelle, surtout dans le secteur du domicile.

Le niveau méso correspond à l'intégration professionnelle et organisationnelle.

MACRO : Le gouvernement belge a mis en place des initiatives afin d'encourager le maintien à domicile des personnes âgées. En 2005 un projet sur 6 ans a vu le jour afin de développer les initiatives destinées au maintien des personnes âgées à domicile. Le projet s'appelle Protocole 3. Il existe également des initiatives pour organiser l'intégration des soins tels que le projet Integreo, les RML ou les SISD. Les décisions gouvernementales, les réformes, les règlements doivent le mieux possible, être en phase avec la réalité du terrain.

Le niveau macro correspond à l'intégration systémique.

La crise sanitaire : Les crises peuvent révéler les déficiences du système à différents niveaux et en ce sens, elles constituent une opportunité de le repenser.

PARTIE 2

MÉTHODOLOGIE

PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE

1) QUESTION DE RECHERCHE

Dans l'entame de notre étude, nous avons choisi un public cible autour duquel organiser notre recherche. Notre choix s'est porté sur les personnes âgées, fragilisées et vivants à domicile. Ce public mérite en effet une attention toute spécifique dans la mesure où il est amené à augmenter dans les années à venir et qu'il présente des situations particulièrement complexes. Nous sommes convaincus que les soins autour de ce public cible peuvent être améliorés et qu'une meilleure organisation des prises en charge représenterait un soulagement pour les prestataires, pour le patient et son réseau informel tout en offrant un gage de qualité.

Nous aborderons cette problématique à travers l'intégration des soins qui a été présentée comme une des solutions permettant à nos systèmes de santé de répondre aux futurs défis en matière de soins de santé (OMS,2016).

La crise sanitaire est venue bousculer notre méthodologie initiale, nous privant de la possibilité de rencontrer des professionnels. Nous avons dû opérer à un changement de stratégie. Suivant les conseils de notre promotrice, nous avons décidé d'utiliser la crise sanitaire comme une opportunité plutôt qu'un frein. Dès lors, nous avons fondé notre recherche sur le postulat qu'une telle crise pouvait révéler les failles les plus criantes du système de santé belge envers notre public cible.

Dans le cadre de ce mémoire, la question clé qui constituera la pierre angulaire de nos recherches sera la suivante : **Au travers des médias, que révèle la crise de la COVID-19 au sujet de l'intégration dans le domaine des soins aux personnes âgées fragilisées vivant à domicile ?**

2) OBJECTIF DE RECHERCHE

Le but de cette recherche est de comprendre dans quelle mesure la crise sanitaire a modifié l'intégration des soins pour les personnes âgées fragilisées à domicile. Concrètement nous voulons identifier les thématiques relatives à l'intégration de soins qui ont été mises à mal, améliorées ou mises en lumière pendant cette crise de la COVID-19.

3) MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE

Les méthodes qualitatives permettent d'aborder un sujet dans le but de le comprendre autrement qu'en l'abordant de manière uniquement chiffrée. *« Le but de la recherche qualitative est de*

développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (Mays et Pope, 1995)

4) SOURCES DE DONNÉES

Nous avons décidé d'appuyer notre collecte de données **sur les médias** accessibles à tous. C'est pour ces raisons que nous allons analyser la littérature journalistique concernant la prise en charge et l'intégration des soins des personnes âgées à domicile pendant la période du 1er mars au 30 avril. Cette période correspond en grande partie à la période du confinement. Nous y chercherons les répétitions, les sujets qui sont mis en avant, ou à l'inverse ceux qui sont absents.

Notre collecte de donnée a donc été réalisée via des recherches sur le web à travers différents types de littérature :

- La presse généraliste (La Libre, Le Soir (accès via l'UCL), Rtbfinfo (accès libre)
- La presse spécialisée (Le Journal du Médecin, Le spécialiste, Santé conjugulée, etc.)
- Les sites internet d'organisations professionnelles (ACN, FNIB, AAXON, GBO, Absym, etc.)
- Les sites internet d'ASBL dans le secteur de la santé (ASBL Aidants proches)
- Les sites internet officiels, gouvernementaux (Sciensano, SPF, Aviq)

Sur ces différents sites, nous avons réalisé plusieurs recherches avec les mots clés « personne âgée », « covid 19 », « domicile », « intégration des soins », « aidants proches », « confinement », « personnes fragiles ».

La sélection des articles s'est réalisée selon plusieurs critères qui ont été élargis suite au constat d'une carence : nous n'avons en effet trouvé aucun article traitant de l'intégration des soins à proprement parler.

- Le premier critère est celui de la **date de publication**. Les articles sélectionnés ont été publiés entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020. Ces dates correspondent à la plus grande partie du confinement en Belgique.
- Deuxièmement, l'article doit concerner **la Belgique**.

- Ensuite, l'article devait nous apporter des informations pertinentes. En d'autres termes, les thématiques suivantes devaient y être abordées : « *Est-ce que cet article nous donne des informations sur l'intégration clinique des personnes âgées fragilisées à domicile ? Sur l'intégration de leur réseau d'aidants ? Sur l'intégration professionnelle, sur l'intégration organisationnelle ou sur l'intégration systémique ?* ». L'article devait apporter un **complément d'information**. Nous sommes rapidement arrivés à une saturation des données concernant certains sujets, qui sont relayés par plusieurs médias sans toutefois apporter de nouvelles données.
- Pour finir, l'article devait être **accessible à tout public** et non uniquement aux professionnels

Tous les articles retenus ont été répertoriés dans un tableau Excel reprenant la date de publication, le titre, des mots clés et le lien qui mène directement à l'article.

5) ANALYSE DU MATÉRIAU

Une fois les articles récoltés nous avons décidé de « **coder** » ceux-ci avec des **catégories prédéfinies**. Nous nous sommes inspirés du rainbow model de Pim Valentijn pour ces catégories. Ces catégories sont les suivantes :

- L'intégration systémique
- L'intégration organisationnelle
- L'intégration professionnelle
- L'intégration clinique

Et, comme nous l'avons présenté dans la partie théorique, nous la considérons comme un type d'intégration à part entière, nous y avons ajouté :

- L'intégration nano

Le matériau a été travaillé sur papier. Un code par couleur a été défini pour chaque type d'intégration. Simultanément des mots clés ont été écrits sur une affiche pour créer des catégories et des sous-catégories. Ensuite, ces catégories et sous-catégories ont été définies et développées.

Dans la **partie des résultats**, le but est de retranscrire et de résumer au mieux le matériau. Nous avons donc inséré des extraits issus du matériau et **toutes les informations qui y sont développées sont issues du matériau**.

6) DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS

Dans la **partie discussion**, nous nous basons sur nos constats théoriques pour commenter et analyser les résultats qui sont ressortis du matériau. Nous avons construit des **arbres thématiques** autour de chaque catégorie qui interprètent les résultats. Ensuite, nous discutons autour de ceux-ci. Pour chaque niveau, une partie « pour le futur » est présentée. Celles-ci exposent des recommandations issues de notre recherche et de recherches extérieures. Nous terminons par présenter les limites de cette recherche.

RÉSUMÉ PARTIE 2 : LA MÉTHODOLOGIE

Ce travail est guidé par la question de recherche :

Au travers des médias, que révèle la crise de la COVID-19 au sujet de l'intégration des soins dans le domaine des soins aux personnes âgées fragilisées vivant à domicile ?

Dans le but de répondre à cette question, nous avons réalisé une large collecte de données dans les différents médias à disposition (presse générale, presse spécialisée, sites internet d'organisations professionnelles, d'ASBL ou gouvernementaux). Cette collecte a été réalisée du 1er mars au 30 avril ce qui couvre la plus grande partie de la période du confinement.

Pour analyser ce matériau, nous avons codé avec catégories prédéfinies qui sont celles-ci :

- Intégration clinique
- Intégration nano
- Intégration professionnelle
- Intégration organisationnelle
- Intégration systémique

Lors d'une seconde lecture, nous avons fait émerger des sous-thématiques par catégorie. Afin de refléter au mieux le contenu du matériau des extraits et des résumés de chaque catégorie et sous-catégorie ont été rédigés.

Pour clôturer ce travail, nous avons discuté des résultats, nous y présentons des arbres thématiques synthétiques des résultats. Nous discutons également des limites de cette recherche.

PARTIE 3

RÉSULTATS

PARTIE 3 : RÉSULTATS

La collecte de données est de 49 articles.

SOURCES	NOMBRE D'ARTICLES
La Libre Belgique	4
Le Soir	10
Le guide social	8
Rtbf info	11
Communications officielles des autorités	1
Rtl info	2
ASBL Aidants Proches	2
Publication des d'organisations professionnelles	6
INAMI	1
Le journal du médecin	1
Le spécialiste	1
SAM, réseau des aidants	1
La DH	1

Comme expliqué dans la collecte de données, il n'a pas été facile de trouver des articles consacrés uniquement à l'intégration des soins autour des personnes âgées fragilisées à domicile.

« Alors que ce maillon incontournable de la chaîne de l'aide et des soins est actif en première ligne pour permettre aux personnes âgées, isolées, vulnérables d'avoir une vie digne et de qualité chez elles, le secteur reste absent dans la communication politique et médiatique depuis qu'a surgi la pandémie. » (Degavre & al., 2020)

1) INTÉGRATION CLINIQUE

Dans le contexte de la COVID-19, l'intégration clinique signifie la mise en place et/ou le maintien d'une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des patients. Les personnes âgées fragilisées rencontrent des difficultés dans leur autonomie ; l'intégration clinique autour du patient permet à celui-ci de jouir du meilleur bien-être possible au niveau physique, social et psychologique.

L'État a imposé un confinement à la population. Celui-ci a été recommandé d'autant plus strict pour les personnes âgées étant donné les risques élevés pour ce public de développer des formes sévères de la COVID-19. En effet à ce moment-là la circulation du virus était importante et la capacité de testing était très réduite. Ce confinement strict et les mesures d'isolement social qui en découlent ont eu des conséquences délétères sur un nombre d'éléments qui sont détaillés ci-dessous. Les professions du domicile ont diminué voir annuler leurs passages, car elles n'avaient pas les moyens « *de se protéger et de protéger leurs patients* » (Hennuy, 2020). Les parcours de soins ont été totalement bousculés voire mis sur pause à un moment où précisément, ce public avait plus que jamais, besoin d'aide. « *Le maintien d'une mise à l'écart est lourd en conséquence* » (Kihl, 2020)

➤ Conséquences psychologiques

Les conséquences psychologiques se rapportent au mental du patient. Ces conséquences peuvent être observées au niveau cognitif, affectif et comportemental.

« *Le confinement a bouleversé les routines quotidiennes essentielles au bien-être* » (IM2A, 2020). Cela peut en effet avoir des conséquences sur le volet cognitif des personnes âgées fragilisées à domicile qui perdent une grande partie de leurs repères. En résultent des risques tels que « *l'apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs* » (AFP, 2020) ou de désorientation, compliquant ainsi la situation au domicile. (AFP, 2020)

18 articles sur 49 font référence à la solitude que provoque le confinement chez les personnes âgées. Que ce soit pour les patients en institution ou à domicile, ils sont plus que jamais livrés à eux-mêmes. « *Ce qui rythmait la journée a désormais disparu* » (Weymeels, 2020). Cette solitude et ce désespoir peuvent entraîner « *un syndrome de glissement* » (Dendooven, 2020). Ce à quoi on peut rajouter une « *angoisse accrue* » liée au contexte général et, bien entendu, « *la peur de tomber malade* » (Weymeels, 2020).

➤ Conséquences sociales

Les conséquences sociales sont celles qui touchent à la vie sociale et aux relations humaines.

« *De plus en plus de personnes nous parlent du poids de l'isolement* » (Kihl, 2020). Les personnes âgées à domicile sont isolées, plus aucune visite n'est autorisée, et une partie des prestataires de soins à domicile sont forcés de se mettre à l'arrêt. « *Livrés à eux-mêmes, l'effet d'enfermement est renforcé chez les aînés. On se sent tous un peu en prison, mais on a des*

moyens technologiques qui nous permettent de recréer du lien, et on peut sortir. La grande majorité des aînés, non. » (Weymeels, 2020) . Le lien avec le monde extérieur et même le lien avec la famille est difficile à maintenir. Les personnes âgées sont en général, beaucoup moins familiarisées avec les outils technologiques, certains auteurs parlent même de « *fracture numérique* ». (Weymeels, 2020) (Bourcy, 2020)

Dans le matériau, nous trouvons 7 articles rapportant des initiatives de solidarité citoyenne pour contrecarrer le sentiment de solitude et l'isolement des personnes âgées.

➤ Conséquences physiques

Les conséquences physiques sont relatives au corps humain et à ses aptitudes

Dans les conséquences physiques du confinement, nous recensons une « *baisse de l'immunité* » (Kihl, 2020) et « *une perte de masse musculaire et/ou perte de mobilité associée à une augmentation de la sédentarité* » (Hennuy, 2020). Nous trouvons également dans 8 articles, des informations liées aux maladies chroniques, plus précisément aux décompensations de celles-ci faute des soins habituels ou par report de rendez-vous jugés « non urgent ». Enfin, une dernière conséquence revient trois fois dans le matériau : « *les risques de dénutrition* ».

➤ Conséquences organisationnelles

Les conséquences organisationnelles concernent la façon de prêter l'aide et les soins.

« *Le premier enjeu avec le déconfinement, c'est la question de la continuité des soins.* » (Kihl, 2020)

Les problèmes organisationnels que nous allons présenter sont une conséquence du confinement, car suite à ce confinement les prises en charge ont été modifiées, voire interrompues. Cela a entraîné d'autres conséquences en cascade comme les conséquences physiques, psychologiques et sociales présentées ci-dessus.

« *Poursuivre les soins à domicile pour les personnes âgées ? Ou prendre le risque de les contaminer ? Chez les personnes âgées à domicile, notamment, il y a certaines pathologies qui nous mettent face à un dilemme. Si on arrête les soins pendant trois semaines, minimum, on ne sait pas dans quel état on va les retrouver après !* » (Hennuy, 2020). Tel est le dilemme de beaucoup de prestataires du domicile. En effet, le report des soins et la cessation d'activité ne sont pas sans conséquence. (Neuprez, 2020)

Le report systématique de tous les soins « *non urgent* » risque de constituer une bombe à retardement dans le secteur médical. « *Dans les mois qui viennent, on pourrait être confrontés à la difficulté dans la prise en charge de tous les problèmes de santé (mentaux, physiques, sociaux) pour lesquels des personnes ont retardé le recours aux soins.* » (Macq, 2020). Certains soins à domicile sont jugés comme non urgents ou ne peuvent être pris en charge par les prestataires par manque de moyens. Pourtant le secteur du domicile est une pierre fondatrice du système de santé, « *il permet aux gens de rester à la maison et de ne pas engorger l'hôpital* ». (Dath & al., 2020).

L'INAMI a mis en place des consultations à distance, ce qui représente une avancée dans certains cas de figure (INAMI, 2020). Cependant, à nouveau, concernant le public des personnes âgées vivant à domicile, la solution ne semble pas fonctionner vu la complexité des prises en charge qui se doivent globales et sans oublier la fracture numérique évoquée plus haut. Certains soins comme les soins de kinésithérapie ne peuvent pas être réalisés à distance.

2) INTÉGRATION NANO

L'intégration nano pendant la crise de la COVID-19 concerne, comme en dehors de la crise sanitaire, la manière dont ont été soutenus les aidants proches, ainsi que la manière dont ils sont intégrés à l'équipe des prestataires et dans la société. L'intégration nano vise le bien-être des aidants proches ainsi que celui du patient.

Nous avons trouvé des informations sur le réseau nano de notre public cible principalement dans la littérature de site spécialisé et non dans la presse généraliste.

Il en ressort deux éléments principaux :

➤ Conséquences pour les aidants proches

Les conséquences pour les aidants proches sont principalement dues au confinement et à certaines ruptures dans les processus de soins. Elles reflètent la réalité que vivent les aidants naturels c'est-à-dire, être le dernier recours de leurs proches et en endosser la responsabilité physique et la charge mentale.

« *La situation pour, vous aidant.e.s, peut être encore plus difficile à vivre, car cela diminue vos possibilités de répit.* » (IM2A, 2020)

La période est difficile pour ceux qui sont aidants proches. Suite à l'arrêt des soins habituels, à la fermeture des centres d'accueil ou encore à l'annulation des services d'aide à domicile, les aidants naturels prennent d'autant plus de choses en charge avec un risque d'accentuation ou d'émergence de l'anxiété, de l'épuisement, de désespoir, de sentiment d'abandon du système.

➤ Mise en lumière du rôle d'aidant proche

Ce sous-thème regroupe les éléments qui permettent de penser que le confinement a permis de mettre en avant le rôle d'aidant proche, d'abord car il a été d'une nécessité absolue pendant cette période, mais aussi, car de nouvelles personnes ont fait l'expérience de l'aidance suite aux difficultés rencontrées par leurs proches liées au confinement.

« Cette crise est un moyen d'exprimer ce que c'est qu'être Tous Aidants Proches ; À domicile nous vivons dans des espaces plus ou moins exigus, le quotidien des aidants : une multitude de tâches à accomplir, une organisation serrée, des imprévus et des aléas à contourner, et l'inquiétude à distance pour nos proches » (Aubouy, 2020)

Le confinement et la coupure des parcours de soins à domicile ont poussé certains à endosser ce rôle d'aidant. Une certaine solidarité citoyenne s'est alors observée en Belgique. Plusieurs articles présentent des initiatives afin de faire les courses des personnes âgées fragilisées et isolées ou de leur passer des appels téléphoniques. (S.E.M, 2020) (Theunis, 2020) (Belga, 2020)

3) INTÉGRATION PROFESSIONNELLE

Dans le contexte de la COVID-19, l'intégration professionnelle concerne la manière dont s'organisent les professionnels afin de garantir des soins de qualité, globaux et continus

Dans la collecte de données, nous avons trouvé énormément d'articles traitant des professionnels de la santé. Ils ont été plus que jamais sous le feu des projecteurs. L'intégration de ceux-ci n'est pas traitée telle quelle, mais nous trouvons des informations qui y sont relatives.

➤ Les articles par profession

Ce sous-thème regroupe les informations qui ont été retrouvées dans le matériau et qui ne concernent qu'une seule profession.

Un premier constat s'impose sur la base du matériau exploité : Un grand nombre d'articles présentent la situation pour chaque profession de manière distincte (15 articles), comme le

prouvent ces quelques exemples de titres : « *Les kinés se mobilisent* », « *Les services d'aides familiales réclament du matériel* », « *Covid 19, la difficile vie des infirmières à domicile* », « *Les kinés face au coronavirus, c'est la débrouille absolue* », « *Les kinés reprennent les soins non urgents* », « *Coronavirus : les infirmières et infirmiers à domicile sont les grands oubliés* », « *Coronavirus: des pharmaciens en 1re ligne, "sans réelle reconnaissance"* », « *La colère monte chez les médecins* ».

Dans ces articles, le propos se focalise sur chaque profession, le manque de matériel, le manque de recommandation, le manque de soutien financier de l'État, etc. Nous trouvons donc beaucoup d'informations, mais toujours par professions ce qui nous met sur la piste d'une certaine fragmentation des professionnels du domicile. Cette fragmentation est relevée dans différents articles : « *Un cloisonnement et une hiérarchisation entre les secteurs et les professionnels ne peuvent qu'amener l'effondrement du soin, de l'aide et de l'accompagnement sociosanitaire* » (Degavre & al., 2020)

➤ **Les articles qui réunissent des professions et des prestataires**

Ce sous-thème regroupe les éléments issus du matériau et qui reflètent une union entre différentes professions et entre différents prestataires.

Malgré ce constat de fragmentation qui existe et dans la presse et dans la réalité, nous pouvons aussi noter un élan de certains professionnels à lutter ensemble contre cette crise.

Nous avons trouvé 12 articles qui en réfèrent. Nous pouvons citer comme exemple :

- Les kinés, mis à l'arrêt, se mobilisent pour venir en aide aux infirmiers pour la manutention et la gestion de la respiration des patients. (Van Vyve, 2020)
- Les structures représentatives du secteur infirmier en soins à domicile qui, faute de recommandations officielles, « *ont décidé d'unir leurs forces pour donner vie à des recommandations de bonnes pratiques.* » (a.a, 2020).
- Le secteur de l'aide à domicile qui s'associe pour demander « *une cellule de crise collégiale (cabinets, Aviq, acteurs du secteur) dont l'objectif serait, entre autres, de coordonner la communication entre ces différents acteurs.* » (Degavre & al., 2020)

La crise sanitaire serait-elle alors l'occasion de créer des ponts entre les professions et les prestataires de soins ?

4) INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE

Dans le contexte de la COVID-19, l'intégration organisationnelle est la façon de travailler des organisations afin de permettre à la population de bénéficier des meilleurs services.

L'intégration organisationnelle est difficile à distinguer de l'intégration professionnelle dans le cadre du domicile. En effet, chaque prestataire peut être considéré comme une organisation à part entière puisqu'il travaille seul, même s'il fait partie d'une équipe plus large. Cependant d'autres sujets touchent aussi les patients à domicile et sont considérés comme des échanges inter organisationnels comme la relation première ligne- hôpitaux.

Deux relations inter organisationnelles sont mises en avant dans le matériau, elles sont les suivantes :

« Cette crise révèle qu'en Belgique, on a jusque-là réagi en oubliant que l'hôpital et le domicile, le soin et l'accompagnement social sont tous des éléments fondamentaux et imbriqués de la première ligne » (Degavre & al., 2020)

➤ Celles entre la première ligne et l'hôpital

Dans les relations inter-organisationnelles, nous prenons en compte la relation entre la première ligne et l'hôpital dans le but de comprendre comment se sont organisées la subsidiarité et la communication entre ceux-ci durant la crise sanitaire.

Dans le matériau, le secteur de la première ligne réclame d'être pris en compte au même titre que les institutions hospitalières :

« Le secteur de l'aide à domicile doit faire partie intégrante du plan de lutte contre le Covid-19, car il peut substantiellement contribuer à sauver des vies. » (Degavre & al., 2020)

« L'intégration effective d'une représentation du secteur du domicile dans le plan de déconfinement, à côté de l'hôpital et du secteur médical, sera source d'efficacité pour éviter une seconde vague ». (Bensliman, 2020)

Plusieurs articles dénoncent la fragmentation initiale entre le secteur du domicile et de l'hôpital avec des conséquences délétères pour les patients qui ont alors des prises en charge incomplètes.

« Une procédure pour systématiser le travail en réseau et la communication entre l'hôpital et le domicile doit être établie pour faire face, en temps de crise comme en temps normal, à des

sorties d'hôpitaux de patient-e-s qui sont renvoyé-e-s chez eux pour libérer des lits.»
(Bensliman, 2020)

➤ **Celles entre le secteur de l'aide et le secteur des soins**

Tout comme la relation entre hôpital et première ligne, la relation entre le secteur de l'aide et le secteur des soins a été pointée du doigt pendant ce confinement. Du côté de l'aide, les aides à domicile, les aides ménagères, la livraison de repas, chauffeurs, etc. Du côté des soins cela concerne tous les paramédicaux et les médecins.

Nous trouvons également 2 articles qui dénoncent et mettent en avant la hiérarchie qui s'installe entre *le care* and *le cure*. Ils remettent en cause le paradigme de la médecine purement physique.

« La réponse essentiellement sanitaire à la crise provoquée par le COVID-19 a renforcé cette hiérarchie en excluant les métiers du domicile (care) de la communication politique. Plus on s'éloigne de l'hôpital et/ou du médical (cure), moins la fonction est valorisée (financièrement et symboliquement). » (Bensliman, 2020)

5) INTÉGRATION SYSTÉMIQUE

Dans le contexte de la COVID-19, l'intégration systémique représente la façon dont les instances décisionnelles gèrent la crise. Cela comprend les décisions qui sont prises et la façon dont elles sont mises en place afin qu'elles répondent le mieux possible à la réalité et aux besoins du terrain.

Organiser les résultats autour de l'intégration systémique est compliqué. En effet, surtout en temps de crise, un grand nombre de messages, d'analyses et de critiques ont été adressés aux instances décisionnelles.

Le choix a été fait pour ce point de présenter les grandes thématiques qui regroupent les propos des auteurs. Ces propos discutent principalement des actions des instances décisionnelles. Ces thématiques globales dans lesquelles seront classées les informations sont : la communication, les financements et la gestion du matériel.

Ces trois thématiques sont abordées dans la plus grande partie des articles (40 articles) et toutes ont posé problème dans la gestion de la crise sanitaire.

➤ **La communication**

Cette sous-thématique concerne le transfert d'information entre les différents niveaux du système.

Le niveau politique est très sévèrement critiqué. Le secteur du domicile surtout regrette le manque de recommandations claires et officielles des autorités.

« Face à l'absence de réponses fournies par les pouvoirs politiques.. » (Hovine, 2020)

« Le risque sanitaire que représente la propagation du Covid-19 a mis en exergue une fois de plus le manque de communication de nos pouvoirs politiques vis-à-vis des acteurs de terrain que sont les infirmiers, les seules mesures qui ont été prises ces derniers temps étaient de type coercitives » (a.a, 2020)

« Et les autorités restent sourdes à ses appels : nous avons neuf ministres de la santé et pas un ne nous a contactés pour nous concerter » (a.a, 2020)

« Pour permettre aux infirmiers et infirmières à domicile de travailler sereinement, Damien Nottebaert plaide pour l'organisation rapide d'une rencontre avec les autorités politiques et sanitaires, tant au plan fédéral que régional, afin de pouvoir discuter des procédures à appliquer sur le terrain » (Degavre & al., 2020)

➤ **La gestion du matériel**

La gestion du matériel au niveau de l'intégration systémique concerne la répartition des ressources

Le manque de matériel et la « saga des masques » ont été très médiatisés. En effet le manque de matériel de protection a fait naître un grand mécontentement chez les soignants, mis devant le fait accompli de devoir se mettre en danger et mettre en danger les patients.

« La situation est grave, nous n'avons toujours pas de matériel de protection adapté pour la prise en charge optimale de nos patients, par manque de prévoyance et d'organisation de nos politiques » (CIFI, 2020)

« Les infirmiers doivent faire face à cette épidémie sans matériel de protection, sans information et sans aucun soutien. Néanmoins les infirmiers sont en 1 ère ligne et doivent continuer à soigner leurs patients qui sont pour la plupart âgés et fragilisés donc en danger. » (a.a, 2020)

« La première est que le manque de matériel a nourri la peur et le stress à la fois chez les bénéficiaires et les professionnel·le·s du domicile » (Degavre & al., 2020)

➤ Le financement

Le financement concerne la manière d'obtenir des fonds que cela concerne un projet, des salaires, des fonds pour du matériel, ou pour un secteur complet.

Les financements font, dans tous les secteurs, l'objet de grands débats. Dans le matériau nous trouvons des réclamations pour des primes, une revalorisation des métiers de la santé ou encore des demandes d'aides de l'État.

« Concrètement, cela nécessite par exemple des nouvelles manières de financer les soins... » (Macq, 2020)

A propose des aides à domicile, nous relevons : « Nous voulons garantir les salaires. Les travailleuses ont le sentiment d'être négligées. J'insiste, elles sont en première ligne, même si elles ne sont pas considérées comme telles par leur direction et les autorités. » (C.D., 2020)

Au final c'est quasi la totalité de l'organisation des politiques pour gérer la crise de la COVID-19 qui est remise en cause. Il y a une réelle demande de changement. « Mais la crise sanitaire peut aussi contenir un appel à la mobilisation politique » (Derzelle, 2020)

6) LA CRISE COMME OPPORTUNITÉ

À plusieurs reprises nous avons relevé des discours d'auteurs qui remettent en question les décisions du passé et qui militent pour un changement dans le futur, utilisant dès lors la crise comme un tremplin. Pour illustrer ces questionnements, voici quelques extraits inspirants.

« De nombreuses voix invitant à tirer des leçons de cette crise s'élèvent déjà. Dès lors, le Covid-19 peut-il, paradoxalement, nous aider à retrouver de la vigueur ? Parviendrons-nous à faire de l'échec politique en cours une ressource à partir de laquelle, à terme, reprendre la rue, renouer avec l'espace public, et agir collectivement au nom d'un bien que nous redéfinirions ensemble » (Derzelle, 2020)

« Cela fait des années que nous plaçons pour une revalorisation des normes, en nombre et en qualification des praticiens de l'art infirmier, auprès des personnes âgées. Mais nous ne voulons pas en rester là, car nous osons espérer que, parmi les dirigeants de ce pays, certains

souhaitent peut-être rattraper ces erreurs et considérer l'importance et la force de proposition de notre profession. » (CA de l'ACN, 2020)

« Replacer le secteur de l'aide à domicile au cœur du plan de lutte contre la pandémie pourrait offrir une occasion précieuse pour les politiques et les acteurs de terrain d'améliorer l'ensemble du système de soins de première ligne, en temps de crise comme en temps normaux. » (Degavre & al., 2020)

« Si nous faisons aujourd'hui le constat de notre faillibilité, nous sommes néanmoins capables d'y répondre autrement que par la torpeur. Nous pouvons y voir une occasion d'assumer notre inévitable sénescence, d'apprendre à la vivre autrement et, ce faisant, de redonner droit de cité à nos aîné·e·s dépendant·e·s. » (Derzelle, 2020)

« Des questions se posent déjà pour l'avenir. Qui sait si nous ne serons pas amenés à revivre de tels bouleversements ? Alors, comment nous armons-nous, collectivement, face à ces défis à la fois intimes et planétaires ? Concrètement, que privilégions-nous comme « dépenses sociales » ? Est-ce que défendre la santé vaut la peine ? Est-ce que maintenir un lien social auprès des malades, des fragiles, est nécessaire, ou bien superflu ? Est-ce que reconnaître, enfin, l'apport des « aidants proches », est urgent ? Que voulons-nous vraiment, comme citoyens, comme êtres humains ? » (Aubouy, 2020)

RÉSUMÉ PARTIE 3 : RÉSULTATS

Les résultats ont été présentés par thème et par sous-thème.

L'intégration clinique :

- Les conséquences psychologiques : dépression, perte de capacité cognitive, solitude.
- Les conséquences sociales : fracture numérique, perte des liens familiaux, isolement.
- Les conséquences physiques : perte de motricité, dénutrition, décompensation de maladies chroniques.
- Les conséquences organisationnelles : limitation des visites à domicile, interruption des plans de soins.

L'intégration nano :

- Les conséquences pour les aidants : épuisement, anxiété accrue, augmentation de la charge de travail.
- Le coup de projecteur sur les aidants : d'autres ont fait l'expérience de l'aidance.

L'intégration professionnelle

- Présentation par profession : chaque profession présente sa situation (kiné, pharmacien, etc.).
- Présentation commune à plusieurs professions : plusieurs professions unies dans les réclamations, dans les constats, dans les projets d'organisations et autour des patients.

L'intégration organisationnelle :

- Relation entre hôpital et 1^{er} ligne : problème de subsidiarité, mauvaise communication, etc.
- Relation entre soins et aide : problème de hiérarchie et de reconnaissance.

L'intégration systémique :

- Communication : Défaut de communication du gouvernement, manque de recommandations.
- Gestion du matériel : Défaut de gestion du matériel, rupture de stock, manque de matériel de protection.
- Financement : Problème de financements de salaire, questionnement sur le financement global du secteur de la santé.

La crise comme opportunité :

La crise peut constituer une opportunité de revoir le système.

PARTIE 4

DISCUSSION

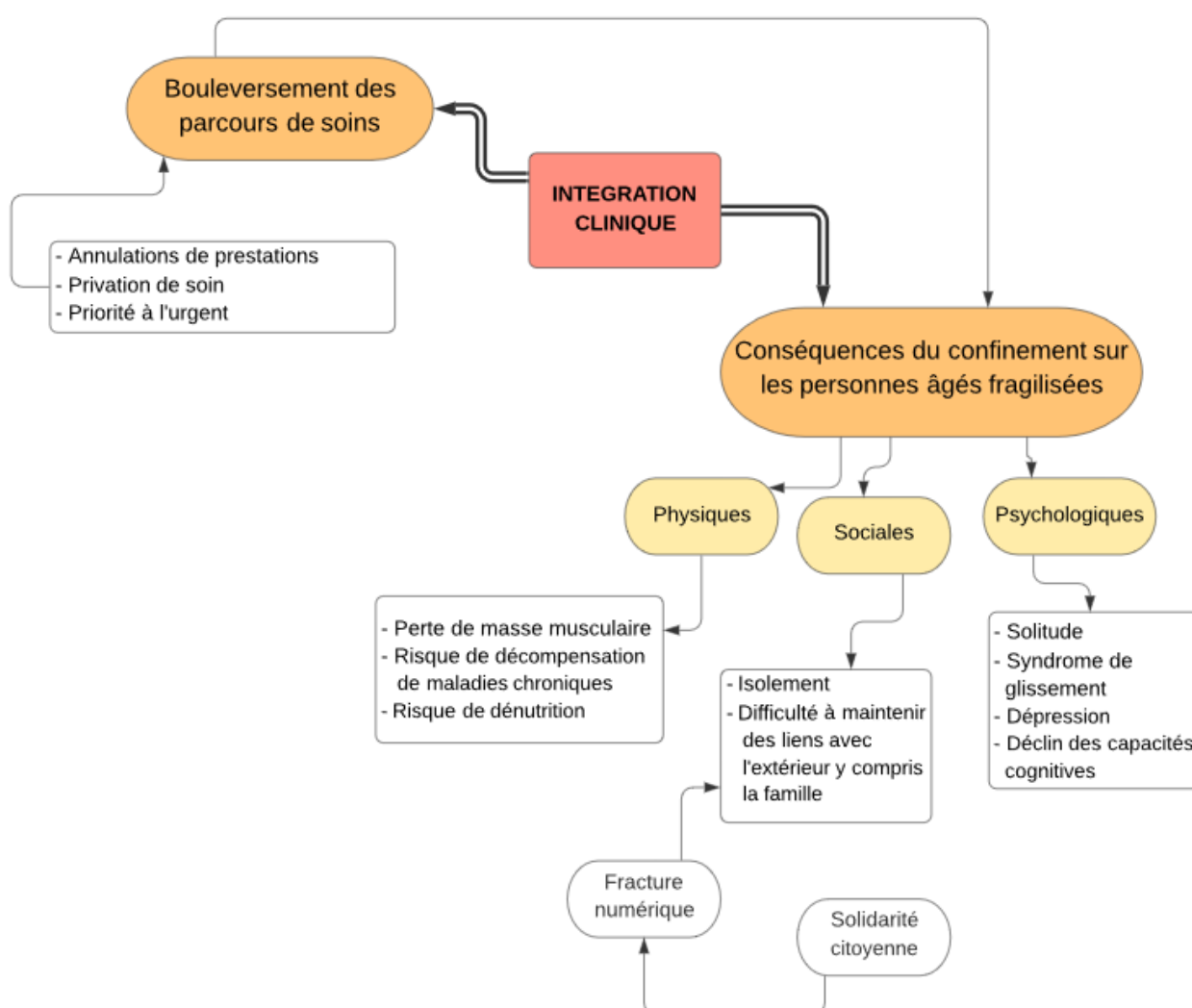
PARTIE 4 : DISCUSSION

Nous cherchons dans ce travail à répondre à la question « **A travers les médias, que révèle la crise de la COVID-19 au sujet de l'intégration des soins dans le domaine des soins aux personnes âgées fragilisées vivant à domicile ?** ». Le chapitre qui présente les résultats nous apprend beaucoup sur les conséquences de la crise sur les différents types d'intégration. Nous allons maintenant discuter autour de ces résultats et faire des liens avec la théorie exposée dans la première partie de ce travail.

1) NIVEAU MICRO – INTÉGRATION CLINIQUE

Constat de base théorique : Les personnes âgées fragilisées sont difficiles à prendre en charge, car ils sont des cas complexes. Le risque de fragmentation est déjà présent.

Résultat - Impact de la COVID-19 : Nous avons relevé de graves conséquences pour les personnes âgées fragilisées vivant à domicile.



Étant donné que seuls les soins urgents étaient autorisés pendant le confinement, la coordination des soins autour des patients âgés fragiles vivant à domicile n'a fait que se **dégrader** pendant la crise de la COVID-19. Les conséquences négatives (physiques, psychologiques et sociales) décrites dans les résultats sont la preuve de **la fragilité de l'équilibre** que vivent nos aînés à domicile et de ce fait l'importance de l'intégration des soins pour ce public cible.

Les personnes âgées à domicile ont été peu médiatisées par rapport aux services de soins intensifs ou aux personnes âgées institutionnalisées. Cependant, nous commençons à travers les médias, à entendre parler de « **dégâts collatéraux** » de la crise. Il n'est pas encore possible à ce jour de déterminer et de chiffrer l'impact du confinement sur notre public cible, mais des exemples concrets de perte de motricité, de baisse d'autonomie ou de décès sont déjà parlants.

➔ Que faire alors, à l'heure où le nombre de cas positif est à nouveau en augmentation ?
Nos aînés sont-ils vraiment déconfinés ?

Les personnes âgées ne sont pas dans l'obligation de rester confiné, cependant entre la peur, la responsabilité morale du confinement, les pertes d'autonomie liées aux confinements et les mises en garde du gouvernement qui visent les personnes âgées et les personnes fragilisées, nous pouvons affirmer que **le déconfinement n'est pas une réussite pour ce public cible** et qu'il faut encore travailler sur des réponses plus adaptées malgré ce climat d'incertitude.

Au-delà de trouver des solutions pour le futur des prises en charge complexes à domicile qui posent déjà problème, il faut donc trouver des solutions urgentes pour la situation actuelle. Et pour nous cette question relève bien plus que d'une question d'organisation. Elle relève également de **l'éthique**.

Les personnes âgées fragilisées sont confinées de manière stricte ou de manière « fortement » conseillée « *au nom d'un bien exclusivement centré sur la survie biologique qui n'a été discuté ni avec la personne ni avec les familles* » (Carvallo, 2020). Dans les résultats pourtant nous avons relevé beaucoup de conséquences sociales et psychologiques ayant un impact très négatif sur la santé, parfois bien au-delà de la santé physique. L'exemple tristement probant du syndrome de glissement nous mène encore une fois à la conclusion de **l'absolue nécessité d'une prise en charge holistique**.

Dans la partie théorique, nous nous posons déjà la question de la fragmentation du corps. Il semblerait que cette **fragmentation ait été renforcée par la situation sanitaire**. Nous lisons le témoignage d'une gériatre qui met en garde contre « *un biais de réflexion imposé par la*

covid : on réfléchit virus, pas patient. C'est du réductionnisme de l'approche de la personne à partir d'un schéma binaire : covid ou pas covid ? La COVID-19 manifeste plutôt une restriction brutale et non concertée de la conception de la santé. ». (Carvallo, 2020) Cet absolutisme de la santé physique est critiqué par de nombreux experts ainsi que par des familles qui s'insurgent des conditions de vies réservées aux personnes âgées. « *Au nom de leur santé* » - dans le cas présent signifie la préservation de leur vie – elles « *ont été privées des ressources ordinaires, qui visent à entretenir et stimuler leurs capacités psycho cognitives et leurs relations sociales* ». (Pierron, 2020). Or la question se pose pour nous tous, mais peut-être encore plus pour les personnes âgées pour lesquelles la mort est plus proche : Quel est le sens de la vie si elle se réduit uniquement à maintenir ses fonctions vitales ? L'urgence d'une situation ne justifie pas toutes les décisions et il est nécessaire maintenant de réévaluer les mesures à mettre en place pour le futur.

➤ Pour le futur, déconfiné ?

Pourquoi ne pas laisser le patient et son entourage prendre ses décisions ? N'encourage-t-on pas **l'empowerment** dans la planification de soins ? Pour éclairer ses décisions, Isabelle Martin médecin gériatre, propose que cette réflexion autour du déconfinement se fasse au cas par cas avec le médecin généraliste afin de réaliser avec le patient la **balance des risques et bénéfices**. « *Cette consultation serait l'occasion de refaire le point sur l'état général du patient et ses comorbidités, le suivi des pathologies chroniques ayant fortement été influencé par l'épidémie de la COVID19. Elle permettrait également de mesurer l'impact du confinement chez les patients, tant au plan somatique que psychologique* » (Martin, 2020).

➤ Pour le futur, confiné ?

Au vu des conséquences néfastes observées lors du premier confinement, nous pouvons d'ores et déjà tirer des leçons au niveau clinique de ce confinement. Comme déjà avancé dans la théorie, nous aimerions présenter le besoin de prévention au niveau micro chez les patients âgés fragilisés à domicile. Cette prévention ne suffit pas à éviter toutes les situations de dégradation de l'état général. Comme il sera exposé dans la suite de la discussion, la prévention au niveau clinique doit être accompagnée d'actions au niveau nano (soutien aux aidants proches), au niveau méso avec l'absolue nécessité de maintenir les activités professionnelles au domicile (meilleure répartition du matériel, recommandations rapides, etc.) et au niveau macro (décision politiques adaptées à la réalité clinique). Voici quelques suggestions issues de sources diverses pour améliorer la prévention pendant le confinement :

- Un numéro national d'écoute et d'orientation pour les personnes âgées seules et isolées. (Guedj, 2020)
- Un référencement par les médecins généralistes des patients âgés, fragilisés, à risque d'isolements pendant le confinement. Ce répertoire pourrait être utilisé tant par des professionnels que dans le cadre d'initiatives solidaires.
- Un soutien aux initiatives locales qui cherchent à combattre la solitude et l'isolement des personnes âgées fragilisées. Comme exemple en Belgique nous pouvons citer LinkUp qui cherche à fournir des tablettes aux personnes isolées. Il est important d'encourager les gestes bienveillants qui ont été déjà nombreux lors du confinement de mars et avril (Opération LinkUp, 2020)
- Une émission télévisée spécifique aux personnes âgées pour prévenir le déclin fonctionnel. Dans cette émission seraient présentées des séances de gymnastique douce. Cette idée a déjà été testée au Japon. (Nyein Aung, Yuasa, Koyanagi, & al., 2020).
- Des affiches, des communications publiques ou un site internet pour les proches et les personnes âgées avec quelques recommandations de bases et des points d'attentions au niveau du maintien de l'exercice, du régime alimentaire, de l'hygiène, du maintien des liens sociaux, etc. (Cheng-Ren & al., 2020).

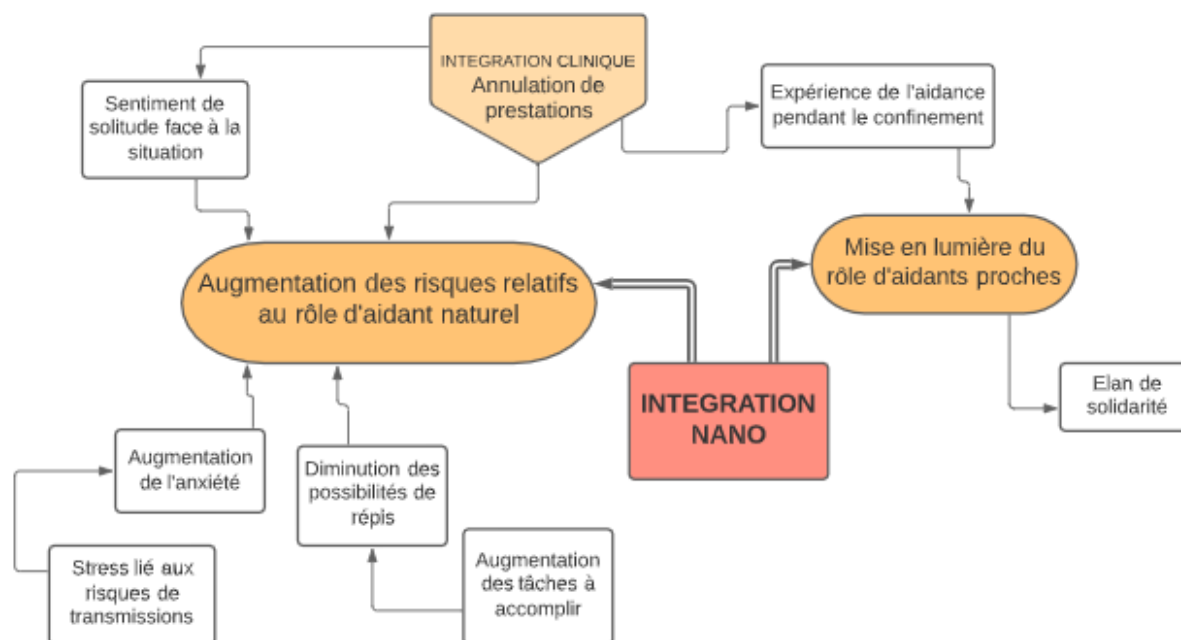
➤ Pour le futur en dehors de la crise :

En dehors de la crise sanitaire, l'intégration clinique se doit d'être améliorée en Belgique. Étant donné que l'intégration clinique est à la fois un type d'intégration à part entière et la finalité des autres types d'intégration. Nous présenterons donc des pistes de solutions dans la suite de la discussion.

2) NIVEAU NANO – INTÉGRATION NANO

Constat de base théorique : Les aidants proches jouent un rôle important pour le patient. Il est pertinent de reconnaître leurs compétences spécifiques et de les intégrer dans les équipes professionnelles. Ils méritent également une attention renforcée et spécifique pour les soutenir et les accompagner dans leur rôle.

Résultats – Impact de la COVID-19 : Nous avons relevé une augmentation des risques pour la santé de l’aidant proche lié à une augmentation de la charge de travail et à une baisse des prestations des soignants. Il y a également été relevé un petit coup de projecteur sur le rôle d’aidant proche.



Les aidants ont été face à de nombreux dilemmes pendant ce confinement : S’il est institutionnalisé faut-il reprendre son proche à la maison ? S’il est à domicile quels risques de contamination croisée ? Le toucher est indispensable pour certains proches, comment conserver dès lors une distanciation sociale ? Les prestations des professionnels sont annulées, que faire quand le système n’est plus à même de prendre en charge certains patients ?

Ils se sont retrouvés **seuls** face à ces questions et seuls également face aux **annulations de prestations** des professionnels du domicile. Dans cette situation d’urgence, ils ont été le dernier recours pour des patients en difficulté et ont parfois dû suppléer le travail des prestataires. **Ceci nous renforce dans l’idée qu’ils ont leur place légitime dans une équipe médicale avec statut à part entière ; plus ils seront intégrés, plus la prise en charge sera complète.**

Si la collaboration entre les équipes et les aidants étaient la norme, nous pensons que cela aurait apporté des solutions pour mieux vivre le confinement :

- ➔ Pour les équipes de soignants : Les soignants du domicile et de la première ligne ont dû pour la plupart arrêter les prestations. Dans certaines situations l’aidant naturel a été la seule personne en contact avec le patient pendant le confinement. Il aurait pu servir de

lien entre les professionnels et le patient dans le cas où le patient n'était pas capable de communiquer facilement avec l'extérieur. La continuité relationnelle est aussi un élément important pour les personnes âgées fragilisées à domicile. Les soignants auraient pu aussi donner quelques conseils médicaux aux aidants pour diminuer l'impact négatif de l'interruption des prestations.

- ➔ Pour les aidants, cela aurait pu les soulager de se sentir soutenus et accompagnés par les professionnels dans la période d'isolement et d'anxiété qu'a été le confinement. Nous aurions pu imaginer que les aidants concertent à distance l'équipe professionnelle de leur proche.
- ➔ Pour le patient, cela aurait pu atténuer les conséquences de la rupture dans la continuité.

Ensuite, le confinement a été, pour un grand nombre de personnes, **l'expérience de l'aidance**. Nos proches fragilisés devant respecter un confinement strict, il a fallu s'organiser pour faire leurs courses, garder le lien, organiser le ménage, les repas, etc. Cela a placé un coup de projecteur sur les aidants naturels et sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, sur la charge mentale et l'organisation que demande d'être aidant naturel d'une personne âgée fragilisée vivant à domicile. **Les aidants proches ont plus que jamais besoin de reconnaissance, d'aménagements spécifiques, de soutien et d'accompagnement en temps de crise sanitaire, mais également en temps de sûreté sanitaire.**

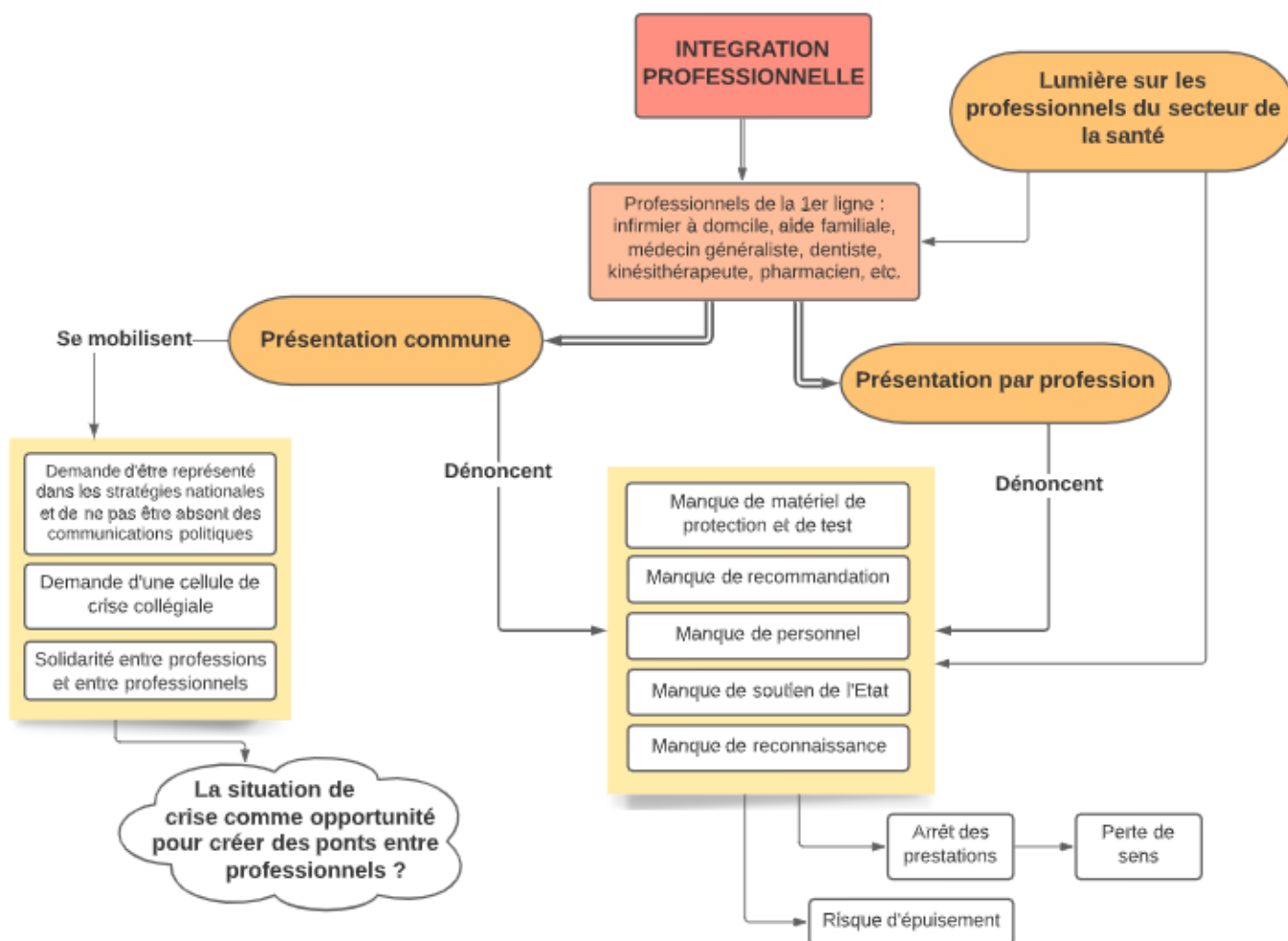
➤ Pour le futur :

La crise de la COVID-19 a fait bouger les choses : « *La loi de reconnaissance des « aidants proches », sera (enfin !) probablement sur les rails au 01/09/20, après plus d'un an de patience... Et 5 ans pour faire aboutir les 1^{er} textes législatifs* » (Diest, 2020). Mais il y a encore du chemin à parcourir. L'ASBL aidants proches, principale représentante des aidants en Belgique, en est consciente et compte bien profiter du coup de projecteur et tirer les enseignements de cette crise. C'est pourquoi elle organise un colloque le 01/10/2020 qui a été précédé d'une étude qualitative sur la manière dont les aidants ont vécu le confinement. « *Ce colloque a pour ambition de partir d'un constat documenté, sur la manière dont les aidants proches ont vécu le confinement, pour dégager pistes de travail et préconisations concrètes, à destination de la puissance publique et des autorités politiques qui nous gouvernent. Parce que c'est maintenant que doit s'envisager demain.* » (Diest, 2020)

3) NIVEAU MÉSO - INTÉGRATION PROFESSIONNELLE

Constat de base théorique : Dans la théorie nous avons parlé des types de soins nécessaires (soins de longue durée) et du réseau professionnel autour du patient. Pour l'intégration nous avons présenté le besoin de collaboration professionnelle afin d'éviter les prises en charge en silo.

Résultats - Impact de la COVID-19 : D'un côté, nous avons 15 articles qui traitent de sujets par profession. De l'autre côté, nous avons 12 articles qui présentent des sujets qui concernent plusieurs professions ou qui présentent des revendications créées par des professionnels unis. Une question était ressortie suite au travail des résultats : La situation de la crise est-elle une opportunité pour créer des ponts entre professionnels ?



Nous pensons que la situation de crise est une **opportunité de construire une meilleure collaboration**. Les raisons qui nous poussent sur cette voie sont liées à un élément en particulier qui a été présenté dans la théorie liée à l'intégration professionnelle : D'Amour a présenté le partage d'un but commun entre les différents prestataires comme un élément participant à améliorer la collaboration interprofessionnelle. Nous émettons donc l'hypothèse **que le combat contre le Sars-Cov19 est devenu le but de chaque professionnel de la santé et que cela a permis à différents professionnels de se rencontrer autour de cet objectif commun**.

La crise dans ce cas a été **un catalyseur**. Elle pourrait être un tremplin afin de construire un nouveau paradigme centré sur la collaboration interdisciplinaire.

➤ Pour le futur :

La collaboration interdisciplinaire est une thématique de mémoire à part entière n'avons pas eu l'occasion de la développer à sa juste valeur dans ce mémoire. Cependant une équipe de chercheurs s'est penchée sur la question. Un livre blanc de la première ligne est paru cette année, après plusieurs années de gestation et de recherche et dans celui-ci un chapitre complet est consacré à la collaboration interprofessionnelle. Le livre blanc est paru avant la crise sanitaire et les constats qui y sont tirés concernant la collaboration entre professionnels sont annonciateurs des difficultés qui seront rencontrées : « *La collaboration interprofessionnelle incluant la personne accompagnée constitue l'une des pierres angulaires des prochaines défis que la première ligne aura à affronter ces prochaines années.* » (Chaire interdisciplinaire de la première ligne, 2020)

Afin de ne pas laisser le constat d'une nécessité urgente d'intégration professionnelle sans recommandation, nous allons présenter certaines pistes pour le futur qui ont été publiées par la chaire Be.Hive et nous allons les appliquer à notre public cible.

- **La nécessité d'un cadre** : les professions du domicile ont besoin d'un cadre qui définit « *les responsabilités de chacun, les modalités de financement, la répartition de compétences, etc.* » (Chaire interdisciplinaire de la première ligne, 2020). En effet ne travaillant pas dans les mêmes institutions les professionnels manquent de gouvernance. Comment s'organiser autour du patient ? À l'échelle des patients âgés fragilisés à domicile, une solution semble se présenter : les coordinateurs de soins et case manager. Cette solution ne semble pas régler toutes les problématiques rencontrées dans la gouvernance des professionnels. Cependant au niveau du domicile le fait que les

professionnels soient coordonnés par une personne semble augmenter l'intégration clinique. Le coordinateur ne dispense pas les professionnels de communiquer entre eux au contraire il doit encourager et organiser les concertations, et les rencontres qui sont-elles même facilitées par un travail de proximité. La rencontre des professionnels peut instaurer plus de confiance, faire tomber les idées préconçues concernant des professions et leurs domaines de compétences et augmenter le sentiment de travailler ensemble dans un but commun.

- **Un travail sur les outils :** Les professionnels du domicile ont besoin d'un support à cette collaboration. Selon l'étude qu'a réalisée la chaire Be.Hive, les outils sont un sujet de débat. Une solution innovante nous intéresse particulièrement dans le cadre du domicile : un dossier informatisé partagé entre les différents professionnels. Il permettrait de faire circuler les informations médicales, mais également les informations organisationnelles et le plan thérapeutique réalisé avec le patient. Selon Be.Hive 90% des usagers encourageraient la création d'un dossier partagé. La plus-value d'un tel outil est indiscutable il a d'ailleurs déjà fait ses preuves dans le milieu des maisons médicales. Pourtant, certains aspects de celui-ci restent discutables : Quel serait le niveau de confiance en l'outil ? L'outil ne serait-il pas trop compliqué ? Qui va financer cet outil ? Comment maintenir le secret médical ?

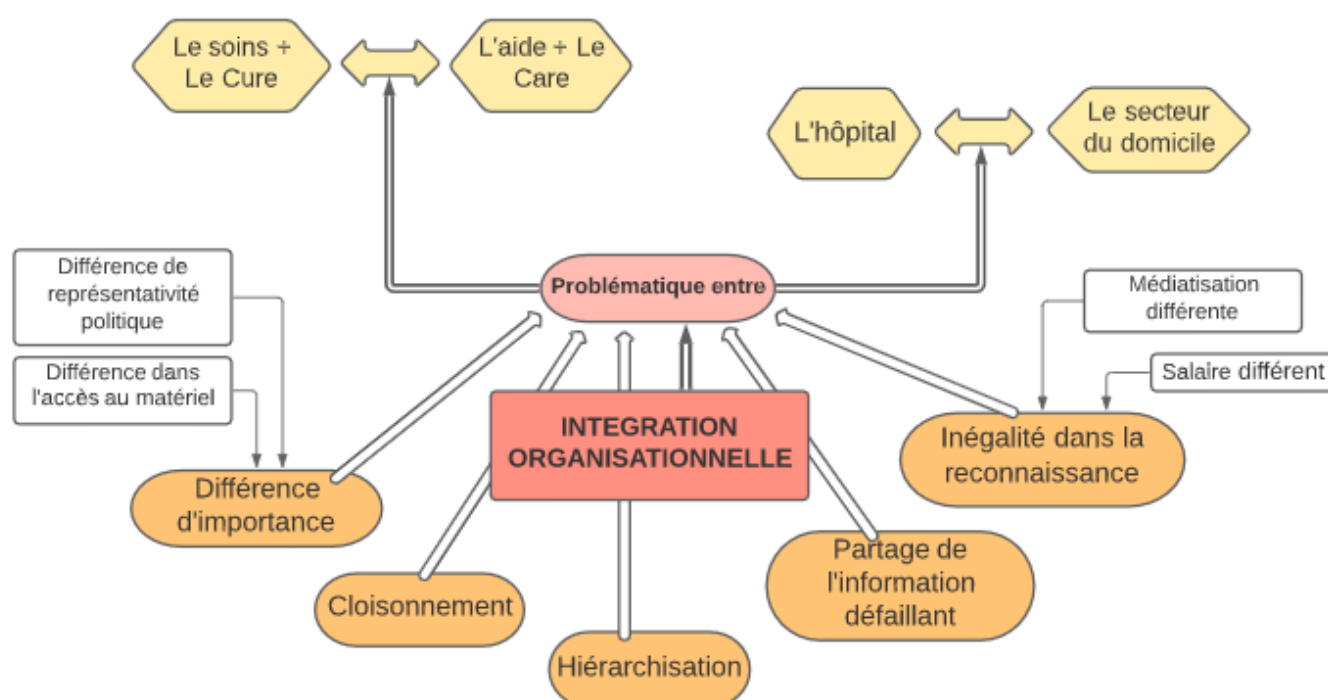
Un second outil nous paraît pertinent à développer ; un répertoire de proximité, en ligne, des professionnels et organisations travaillant autour des personnes âgées. Ce répertoire pourrait faciliter la collaboration entre professionnel et aider à trouver une réponse aux besoins spécifiques des personnes âgées face auxquels nous sommes parfois démunis dans le seul exercice de notre profession.

- **Les formations :** Les formations sont à la fois un outil d'intégration normative et d'intégration fonctionnelle au service de l'interprofessionnalité. D'un côté, elles permettent de mettre les professionnels sur la même longueur d'onde, de les informer sur les outils existants, de les sensibiliser à certaines pratiques comme par exemple, à l'approche holistique, l'empowerment ou à l'inclusion des aidants proches. D'un autre côté, que ce soit lors de la formation initiale des professionnels ou lors de formations ponctuelles, elles permettent de se rencontrer, de comprendre les autres disciplines, de créer un langage commun (Chaire interdisciplinaire de la première ligne, 2020).

4) NIVEAU MÉSO - INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE

Constat de base théorique : L'intégration organisationnelle est difficile à différencier de l'intégration professionnelle dans le secteur du domicile, car chaque professionnel peut être considéré comme une organisation.

Résultats- Impact de la COVID-19 : Des séparations se sont creusées entre la première ligne et l'hôpital et entre le secteur des soins et le secteur de l'aide.



Au niveau de l'intégration organisationnelle, tout comme l'intégration systémique les publications ont été plus rares, c'est un niveau qui met en relation beaucoup d'intervenants nécessitent une prise de recul dans le temps. Cependant dans les résultats nous avons relevé une critique par rapport à la **complexité du système de subsidiarité** entre l'hôpital et le domicile. C'est un constat qui a déjà été dénoncé avant la crise et qui maintenant montre l'importance de son étendue. Les lignes de soins, les organisations, les différents secteurs travaillent chacun sur leurs lignes de conduite, alors que le patient lui, les traversera toutes. Pour combler ce manque, il a été créé la fonction de « référent hospitalier ». Un bon début, mais encore une fois un pansement sur des plaies béantes. (De Bie & Zannella, 2016)

➤ Pour le futur :

Les lignes de soins et les secteurs (secteur de l'aide, secteur des soins) sont **interdépendants**. Ils ont chacun un rôle à jouer auprès des patients. Alors quelles sont les pistes d'amélioration et les recommandations pour une meilleure intégration des lignes de soins et des secteurs ?

Pour répondre à cette question nous avons principalement utilisé la Thèse de Jean Luc Belche, médecin généraliste spécialiste des lignes de soins (Belche, 2016).

Toujours sous le prisme des prises en charge des personnes âgées fragilisées, nous aimerions, paradoxalement, parler de **différenciation**. La notion de « ligne de soins » est encore méconnue du public et parfois même elle est incomprise des professionnels eux-mêmes. Il y a une nécessité de « **simplifier le paysage organisationnel des soins de santé** » (Belche, 2016). Il est important, comme dans le cas de l'intégration professionnelle, de **clarifier** à égalité, les rôles de chacun, sans quoi des patients se retrouveront à demander des soins à un endroit qui n'est pas adapté à leurs besoins. Nous l'observons actuellement en Belgique où une série de patients y compris des personnes âgées fragilisées, se retrouve directement dans le milieu hospitalier pour des prises en charge pour lesquelles l'hôpital n'est pas totalement adapté. En effet, nous étions arrivés à la conclusion précédemment que les prises en charge de patient complexes nécessitent une approche holistique, comprenant également les proches et l'environnement de celui-ci. Ce modèle de prise en charge n'est pas celui que proposent les hôpitaux médicocentrés. Certes le secteur hospitalier avance vers un changement de paradigme, mais il reste un secteur curatif et donc n'est tout simplement pas l'endroit pour répondre à certaines demandes. Ce qui **nous ramène à la première ligne** et à l'importance du développement et de l'organisation de celles-ci.

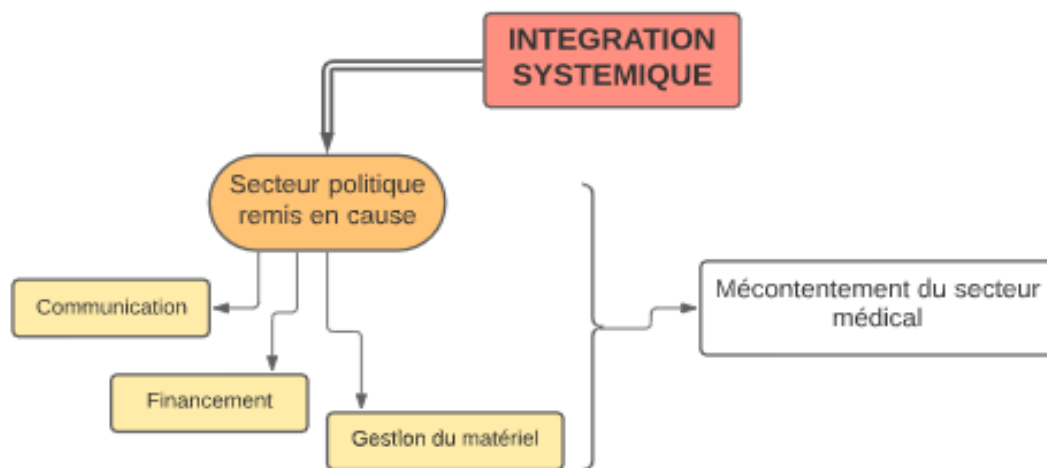
Une fois une certaine clarification des rôles réalisée et partagée par tous, entre les différentes lignes et les différents secteurs, il faut se demander comment travailler à travers ces différents organismes. C'est à ce moment que se pose la question de **l'intégration**. Actuellement on rencontre un phénomène de « **by passing** » **de la première ligne** et un manque de communication entre les organismes qui se multiplient de plus en plus pour essayer de répondre à de multiples demandes et de multiples besoins. Afin de réunir ces demandes et ces besoins la solution d'une personne de référence est à nouveau présentée. Un **case manager** pour les cas complexes apparaît comme une solution pertinente. « *Le case manager va gérer autant les besoins médicaux que non médicaux du patient, établir le lien entre les différentes lignes,*

coordonner le passage des soins aigus vers les soins de routine et centraliser l'information en provenance des acteurs tant médicaux que non médicaux ». (FPS Public Health, 2013)

5) NIVEAU MACRO - INTÉGRATION SYSTÉMIQUE

Constat de base théorique : La Belgique n'est pas le meilleur exemple d'intégration systémique. On observe une multiplication des programmes, des initiatives, des réseaux, des règlements, des compétences qui mène à une fragmentation.

Résultats – Impact de la COVID-19 : Il y a eu peu de résultats sur l'intégration systémique des personnes âgées. Le seul élément global que nous avons relevé est un mécontentement des professionnels face aux décisions de l'État.



Les résultats de l'intégration systémique sont difficiles à interpréter, en effet les informations à ce niveau sont rares par rapport à la question des personnes âgées fragilisées vivant à domicile. La collecte a été faite pendant le mois de mars et d'avril, une hypothèse possible est que les informations et les analyses par rapport au niveau macro n'ont pas encore été publiées. En effet au plus loin du patient, ce niveau est parfois plus complexe à travailler et demande un plus grand recul et plus de temps d'analyse.

Il sera important de suivre les publications des chercheurs et des experts qui travaillent en ce moment sur le sujet.

Cependant nous pouvons noter que certaines failles, reprochées à de multiples reprises au gouvernement, ont engendré le développement d'initiatives qui sont positives. Nous pouvons citer la mobilisation citoyenne pour coudre des masques, les applaudissements et la

reconnaissance envers les soignants, des unions de professions pour faire des demandes communes, la solidarité intergénérationnelle pour lutter contre l'isolement et la solitude, etc.

6) LES LIMITES

6.1) Limites liées à l'outil de recherche

L'utilisation de la presse généraliste et de la presse spécialisée comme base de données est discutable. Elle est pertinente, surtout en cette période de crise sanitaire cependant elle comporte également des inconvénients. Pendant la crise, plus que d'habitude, les citoyens cherchent à comprendre la situation et à obtenir des informations véridiques. Ils se tournent alors vers les sources qu'ils ont dispositions et qui sont connues du grand public. Les audiences des journaux télévisés et les visites sur les sites internet des quotidiens d'informations ont explosé. *« Ces médias démontrent depuis le début de la crise du coronavirus leur absolue nécessité au quotidien. Accusés d'en faire trop au début, on se doit de reconnaître à présent, et face à l'évolution de la situation qu'ils ne faisaient qu'assumer leur rôle de transmetteurs de l'information »* (Noppe, 2020). Justement, ce sont ces informations qui sont transmises qui nous intéressent dans le cadre de ce travail. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que les médias sont des entreprises à but lucratives, leur objectif n'est pas seulement de transmettre des informations, mais également de faire de l'audience et ceci est un biais dans notre recherche. Même si elle n'est pas uniquement basée sur la presse généraliste, nous ne pouvons pas garantir la véracité de l'intégralité de la collecte de données.

Une autre limite par rapport à la collecte de donnée est que le support n'a fourni que très peu d'articles traitants des personnes âgées fragilisées, à domicile pendant le confinement. Nous avons donc dû sélectionner certains articles parlant d'une situation parallèle, mais avec des conséquences similaires. Par exemple, un de nos articles concerne le confinement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui n'est pas notre thématique, pourtant cet article nous donne de bonnes informations sur la manière dont les soins sont coordonnés au domicile durant le confinement. C'est pourquoi il a été inclus à la collecte de données.

6.2) Limites liées à la chercheuse

Il n'y a pas eu de double lecture sur cette recherche. Nous avons travaillé seule avec le bagage d'une infirmière spécialisée en santé communautaire et finalisant un master en santé publique.

Nous avons toujours eu un intérêt spécifique pour les personnes âgées et il est possible que nos convictions personnelles aient interféré dans l'analyse et l'interprétation des résultats. Cette analyse est d'ailleurs le fruit d'une interprétation personnelle.

CONCLUSION

CONCLUSION

Tout au long de ce travail, nous avons traversé les différents niveaux de soins, toujours sous le prisme d'une personne âgée fragilisée vivant à domicile. Pour chacun ces niveaux, nous avons analysé trois éléments : l'intégration initialement présente, les modifications imposées par la crise sanitaire et les pistes pour le futur.

Notre analyse commence au niveau micro, au plus proche du patient. D'après nos résultats, l'intégration clinique des personnes âgées fragilisées à domicile n'a fait que se dégrader durant la crise sanitaire. Le constat de cette dégradation est dû à l'accumulation de nombreuses conséquences négatives autant sur le plan de la santé physique, que psychologique et sociale. Concernant notre public cible, c'est surtout un absolutisme de la santé physique qui est dénoncé. C'est au nom de celui-ci que les prestations non urgentes ont été mises à l'arrêt ainsi que tous rapports sociaux. « *L'épidémie de COVID-19 pose de façon radicale la question du sens et de la valeur que nous accordons à la santé, tout particulièrement en qui concerne les personnes âgées ou en fin de vie.* » (Pierron, 2020). Les progrès réalisés ces dernières années avec des programmes comme le *Vieillessement actif*, *Protocole 3*, *Healthy ageing*, ont fait machine arrière en termes de prise en charge holistique et donc de bien-être du patient. C'est pour cette raison qu'il est urgent et nécessaire de recentrer nos actions sur la prévention et sur les besoins multiples des patients et ceci dans tous les domaines de la santé, peu importe que nous soyons dans un contexte de crise ou de sûreté sanitaire.

Ensuite nous évoluons vers le niveau nano : par le biais de cette crise, nous avons constaté l'urgence de prendre en compte les aidants naturels dans les prises en charge des personnes âgées fragilisées. En effet, pendant cette crise et plus particulièrement lors du confinement, les aidants ont été le dernier recours pour certains patients victimes de l'arrêt des prestations non urgentes à domicile. Ces aidants méritent une place en tant que collaborateur à part entière dans la prise en charge du patient. A juste titre, ils ont également besoin d'un accompagnement dans leurs parcours d'aidants qui, ce n'est plus à prouver, comporte des risques pour la santé. Pour ces personnes aidantes, le confinement a alourdi leur tâche ce qui a attiré un coup de projecteur sur leur statut. Nous espérons que cette mise en lumière aboutira à une évolution, positive, avec une plus grande intégration nano.

Le niveau nano est suivi du niveau méso. Nous y trouvons deux types d'intégration : l'intégration professionnelle et l'intégration organisationnelle.

La COVID-19 aurait eu pour les professionnels un effet rassembleur. Nous avons, entre autres, relevé des initiatives communes à différents professionnels ainsi que de l'entraide entre professions. Notre hypothèse est que la lutte contre le virus serait devenue le but commun de l'ensemble des professionnels de santé. Or, nous savons que le concept de « but commun » est un facilitateur à la collaboration interprofessionnelle (D'Amour & al., 2008).

Une équipe coordonnée est indispensable autour des patients âgés fragilisés à domicile afin de répondre à l'ensemble de ses besoins « *Pour arriver à une meilleure intégration, chaque professionnel de soins devrait se percevoir comme un maillon d'une chaîne de soins et prendre conscience de l'interdépendance des soignants qui gravitent autour d'un patient* ». Afin de profiter de ces élans de collaboration, nous avons présenté au niveau de la première ligne plusieurs recommandations (Chaire interdisciplinaire de la première ligne, 2020). Celles-ci vont de la formation, à la création d'un outil partagé et mènent surtout à une clarification et un encadrement des rôles. La période semble idéale pour sensibiliser et organiser une collaboration plus efficace avec comme porte d'entrée la lutte contre la COVID-19.

A contrario, au niveau méso organisationnel, la crise semblerait avoir d'autant plus scindé les différents secteurs, les organisations et surtout les lignes de soins. Nous relevons une accentuation de la hiérarchisation entre l'hôpital et le domicile mais également entre le secteur des soins et le secteur de l'aide. Ceci a provoqué des traitements différents en termes de fourniture de matériel, de recommandations, de reconnaissance, de médiatisation, etc. Le secteur du domicile et de l'aide ont été fortement impacté par cette crise et très peu médiatisés alors qu'il permet à des personnes fragilisées d'avoir une vie digne et de qualité chez elles. « *Le secteur de l'aide à domicile doit faire partie intégrante du plan de lutte contre le Covid-19, car il peut substantiellement contribuer à sauver des vies.* » (Degavre & al., 2020). En effet le secteur du domicile participe activement à la prévention, à l'évitement d'une saturation des hôpitaux, au suivi des maladies chroniques complètement à l'arrêt en période de COVID, etc.

L'ensemble des organisations sont interdépendantes et forment le système de soins de santé. Ce système a besoin d'être simplifié aux yeux des patients, mais également des soignants. Pour le futur il sera nécessaire de réaliser une différenciation (Belche, 2016) des lignes de soins avec un renfort de la première ligne, presque systématiquement « by-passé » en

Belgique. Ceci éviterait une surconsommation de soins à l'hôpital en échange de réponses plus adaptées en première ligne. Ensuite, c'est l'intégration de ces lignes de soins qui est recommandée, le plus localement possible. Concernant notre public cible des personnes âgées fragilisées à domicile, la mise à contribution d'un case manager semble idéale pour traverser les lignes de soins et coordonner les secteurs médicaux ou non médicaux.

Enfin, nous terminons avec le niveau macro, pour lequel les conclusions ne sont pas encore abouties, car nous avons manqué de matériau à analyser. Cependant, nous avons relevé des failles qui étaient déjà présentes en temps de sureté sanitaire et qui ont été mises en exergue pendant la crise. Nous les avons classés en 3 groupes : la communication, les financements et les ressources matérielles. Elles ont engendré de nombreuses difficultés dans les niveaux présentés ci-dessus. Pourtant, ces lacunes dans la gestion de la crise ont donné naissance à une série d'initiatives solidaires et positives.

Les crises sont souvent synonymes de réforme avec des décisions qui sont tant sanitaires que politiques. Il est donc essentiel que ces décisions soient en accord avec le fonctionnement pratique des soins et les systèmes locaux de soins.

Nous posions l'hypothèse au début de ce travail que la crise est une opportunité pour repenser le système. Qu'elle agit comme un révélateur des failles et un catalyseur vers l'action. Suite à cette recherche nous pouvons affirmer que la crise révèle bel et bien des failles qui étaient déjà présentes initialement, et qui posent des problèmes dans la gestion de la crise. De ce fait elles sont mises en lumière et cet éclaircissement donne un nouveau souffle vers un changement. Le changement concernant notre public cible (et d'autres) est déjà initié avec des programmes comme Protocole 3, Intégréo ou avec le travail de la chaire sur la première ligne. C'est un point très positif, car ces actions sont consultées par les pouvoirs politiques, or c'est le politique qui régit à coup de réforme le système de soins de santé. La recherche est indispensable à la mise en place de nouvelles façons de fonctionner afin de viser juste sur les futures mesures à mettre place. « *Face au monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement* » (Francis Blanche, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

- a.a. (2020). *Coronavirus : des guidelines créées par les infirmières à domicile*. Récupéré sur le guide sociale: https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/coronavirus-des-guidelines-creees-par-les-infirmieres-a-domicile.html?var_mode=calcul
- A.F. (2019). *Blouses blanches : des grèves annoncées dans les hôpitaux ce 24 octobre*. Récupéré sur rtbfinfo: https://www.rtb.be/info/belgique/detail_blouses-blanches-des-greves-annoncees-dans-les-hopitaux-ce-24-octobre?id=10336232
- AFP. (2020, 04 26). Coronavirus: les personnes âgées sont "à risque" mais ce n'est pas le seul facteur. *Rtb Info*. Récupéré sur https://www.rtb.be/info/societe/detail_coronavirus-les-personnes-agees-sont-a-risque-mais-ce-n-est-pas-le-seul-facteur?id=10489888
- ANESM. (2014). *Le soutien des aidants non professionnels*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpb-soutien_aidants-interactif.pdf
- Aubouy. (2020). *Le coronavirus... L'occasion de « marcher dans les mocassins » des aidants ?* Récupéré sur ASBL Aidants Proches: <https://wallonie.aidants-proches.be/le-coronavirus-loccasion-de-marcher-dans-les-mocassins-des-aidants/>
- Axelsson. (2006). Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International journal of health planning and management*, 21, pp. 75-88. doi:10.1002/hpm.826
- Belche (2016). *Intégration entre les lignes, d'un patient à une population*, Thèse de doctorat en sciences médicales, Université de Liège, Liège. (p30-31)
- Belga. (2020). Coronavirus: un mouvement de solidarité en ligne mis en place pour effectuer les courses des personnes isolées. *rtbfinfo*. Récupéré sur https://www.rtb.be/info/societe/detail_coronavirus-un-mouvement-de-solidarite-en-ligne-mis-en-place-pour-effectuer-les-courses-des-personnes-isolees?id=10459744
- Bensliman. (2020). *Les métiers de l'accompagnement à domicile dans la stratégie de déconfinement*. Récupéré sur <https://pro.guidesocial.be/articles/carte-blanche/les-metiers-de-l-accompagnement-a-domicile-dans-la-strategie-de-deconfinement>
- Berete, & al. (2018). *Utilisation des services de santé*. Récupéré sur https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2018.pdf
- Bongue, & al. (2016). Prévalence et facteurs associés à la fragilité chez les personnes âgées autonomes vivant à domicile. *Neurolo psych gériatr*(617).
- Bourcy. (2020, 04 09). «Les malades d'Alzheimer et les accompagnants face au confinement». *Le Soir*. Récupéré sur <https://plus.lesoir.be/293524/article/2020-04-09/les-malades-dalzheimet-et-les-accompagnants-face-au->

confinement?referer=%2Farchives%2Fcherche%3Fdatefilter%3Dlastmonth%26sort%3Ddate%2Bdesc%26start%3D30%26word%3Dsoins%2B%25C3%25A0%2Bdomicile

- Bureau fédéral du Plan, & Direction générale Statistiques. (2016). *Perspectives démographiques 2015-2060*.
- Busnel, & al. (2018). Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outils d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue francophone internationale de la recherche infirmière*(4), pp. 116-123.
- CA de l'ACN. (2020). *Infirmiers et aides-soignants : après l'action et la colère, le deuil et les propositions*. Récupéré sur <https://www.infirmieres.be/actualites/infirmiers-et-aides-soignants-apres-laction-et-la-colere-le-deuil-et-les-propositions>
- Carvallo. (2020). *La santé des personnes âgées en institution à l'épreuve de la covid 19*. (E. u. Dijon, Éd.)
- Cès, S., & al. (2016). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe*.
- Cesari, & al. (2017). Frailty in older persons. *Clinic Geriatric Medecine*, 3(33), pp. 293-303.
- Chaire interdisciplinaire de la première ligne. (2020). *Un livre blanc de la première ligne francophone*. Récupéré sur <https://online.fliphtml5.com/zzhif/brui/#p=1>
- Cheng-Ren, & al. (2020). Geriatric practice during and after the COVID-19. *Japan Geriatrics Society*(20), pp. 735-737. doi:<https://doi.org/10.1111/ggi.13958>
- Contrandriopoulos, & al. (2001). Intégration des soins dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), pp. 38-52.
- D.E.S.I.R. (2010). *L'intergénérationnel : une richesse partagée*. Récupéré sur https://www.observatoire-ess.eu/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_atelier_-_L_intergenerationnel_une_richesse_partagee.pdf
- D'Amour, & al. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*(8). doi:10.1186/1472-6963-8-188
- Dath, & al. (2020). *Covid 19 : la difficile vie des infirmiers à domicile*. Récupéré sur https://www.rtb.be/info/dossier/epidemie-de-coronavirus/detail_covid-19-la-difficile-vie-des-infirmiers-a-domicile?id=10467302
- De Bie, & Zannella. (2016). Des lignes de soins différenciées, mais également interdépendantes. *Le Journal du médecin*. Récupéré sur <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/des-lignes-de-soins-differenciees-mais-egalement-interdependantes/article-normal-22621.html>

- De Maeseneer & al. (2014) Together we change. Soins de santé de première ligne maintenant plus que jamais! Bruxelles,
- De Smet, Mellaerts, Vandewinckele, & al. (2020). Frailty and mortality in hospitalized older adults with covid-19 : retrospective observational study. *JAMDA*(21), pp. 928-932. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.008>
- Degavre, & al. (2020). «Le secteur de l'aide à domicile: le grand oublié de la crise du coronavirus». *Le Soir*. Récupéré sur <https://plus.lesoir.be/290332/article/2020-03-27/le-secteur-de-laide-domicile-le-grand-oublie-de-la-crise-du-coronavirus>
- Dendooven. (2020). Le "syndrome de glissement", cet état dépressif qui pourrait tuer plus de personnes âgées que le coronavirus. *Rtbfinfo*. Récupéré sur https://www.rtbf.be/info/societe/detail_la-solitude-des-personnes-agees-pourrait-les-tuer-bien-plus-que-le-coronavirus?id=10484124
- Derzelle. (2020). Invitation à partir des homes pour sortir de la langueur. *Le Soir*. Récupéré sur <https://plus.lesoir.be/296474/article/2020-04-25/invitation-partir-des-homes-pour-sortir-de-la-langueur>
- Diest, V. (2020, juillet). Aidants, entre Covid et déconfinement : ce qui est nommé reste en vie. *Actualités ASBL Aidants Porches*. Récupéré sur <https://wallonie.aidants-proches.be/aidants-entre-covid-et-deconfinement-ce-qui-est-nomme-reste-en-vie/>
- Dorkel. (2018). Le soutien aux aidants familiaux : quelles réflexions pour une juste adaptation de nos pratiques professionnelles ? *Ethique et santé*, 15, pp. 216-224. doi:<https://doi.org/10.1016/j.etique.2018.09.003>
- Duschesnes, Belche, & Buret. (2019). Aux noms de la coordination de soins. *Santé conjugué*(89), pp. 16-19. Récupéré sur <https://www.maisonmedicale.org/Aux-noms-de-la-coordination-de-soins.html>
- FPS Public Health. (2013). *Note d'orientation une vision intégrée des soins aux maladies chroniques en Belgique*. Récupéré sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochurecmc_fr.pdf
- Fried, & al. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 56A(3).
- Gouvernement fédéral. (2005). *Protocole 3*. Récupéré sur https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministrielle_conferentie_volksgezondheid-fr/2005-06-13_protocole_3_politique_personnes_ges_fr.pdf
- Guedj. (2020). *Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles, isolées en période de confinement*. Ministre des solidarités et de la santé. Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_no1_j._guedj_-_05042020.pdf

- Hennuy. (2020). Covid-19 : soigner ou risquer une contamination, le dilemme des kinés pour les seniors à domicile. *Rtbfinfo*. Récupéré sur https://www.rtbf.be/info/regions/detail_covid-19-soigner-ou-risquer-une-contamination-le-dilemme-des-kines-pour-les-seniors-a-domicile?id=10457468
- Hovine. (2020). Les services d'aides familiales réclament du matériel de protection et des tests sérologiques. *La Libre*. Récupéré sur <https://www.lalibre.be/belgique/societe/les-services-d-aides-familiales-reclament-avec-insistance-des-protections-et-des-tests-serologiques-5ea17bf19978e21833bf6cb5>
- Hubbard, Maier, Hilmer, & al. (2020, 5 6). Frailty in face of covid-19. *Age and Ageing*(49), pp. 499-500. doi:10.1093/ageing/afaa095
- IBSA. (2020). *Projections démographiques*. Récupéré sur <https://ibsa.brussels/themes/population/projections-demographiques>
- IM2A, L. (2020). *Gérer le confinement quand on accompagne un proche atteint d'une maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée*. Récupéré sur <https://www.agevillage.com/actualite-18683-1-Gerer-le-confinement-quand-on-accompagne-un-proche-atteint-d-une-maladie-d-Alzheimer-ou-d-une-pathologie-apparentee.html>
- INAMI. (2020). *Mesures exceptionnelles de l'INAMI dans la crise du Covid-19* . Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/mutualites.aspx>
- INED. (2019). *Espérance de vie*. Récupéré sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpés/esperance-vie/>
- Integreo. (2015). *Plan conjoint en faveur des malades chroniques : Des soins intégrés pour une meilleure santé*. doi:https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_fr.pdf
- KCE. (2019). *Rapport de performance*. Récupéré sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2
- Kihl, L. (2020). Pour les aînés et les malades, la double peine du confinement. *Le Soir*. Récupéré sur <https://plus.lesoir.be/296296/article/2020-04-22/pour-les-aines-et-les-malades-la-double-peine-du-confinement?referer=%2Farchives%2F Recherche%3Fdatefilter%3Dlastmonth%26sort%3Ddate%2520desc%26word%3Dsoins%2520%25C3%25A0%2520domicile>
- Lang. (2013). Le processus de fragilité : que comprendre de la physiopathologie ? *Neurologie, psychiatrie, gériatrie*(13), pp. 28-34.
- Leroy, N. (2020). Loi de reconnaissance de l'aidant proche. *Actualité Asbl Aidants Proches*. Récupéré sur <https://wallonie.aidants-proches.be/loi-reconnaissance-aidant-proche/>

- Macq. (2019-2020). *Cours académiques : organisation des réseaux et système de soins de santé*. UCLouvain.
- Macq, J., & Van Durme, T. (2020). Quelques réflexions sur l'état.
- Macq, J., Barbosa, K., & Van Durme, T. (2013). Futur profil infirmier : polyvalence, coordination et publics-cibles. *Santé conjugulée*, 64, 29-31.
- Martin. (2020). *L'épreuve du confinement pour les personnes âgées en EHPAD et à domicile*. Editions Universitaires de Dijon.
- Michaux, & al. (2019). *Suis-je aidant proche ? Livrets thématiques A destination des aidants proches*. Récupéré sur <https://wallonie.aidants-proches.be/wp-content/uploads/2020/01/print-29-10-2019-suis-je-aidant-proche.pdf>
- Miles. (2020, 06 2). Outcomes from Covid-19 across the range of frailty: excess mortality in fitter older people. *European Geriatric Medicine*. Récupéré sur <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00354-7>
- Munck, & al. (2012). Les métiers de demain de la première ligne de soins. *Santé conjugulée*(59).
- Neuprez. (2020, 04 14). Pour la reprise des soins médicaux et paramédicaux sans lien avec le covid. *Le Spécialiste*. Récupéré sur <https://www.lespecialiste.be/fr/debats/pour-la-reprise-des-soins-medicaux-et-paramedicaux-sans-lien-avec-le-covid-dr-a-neuprez.html>
- Nguyen, & al. (2018). *Fragilité chez les personnes âgées*. Récupéré sur https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/FR_FR_2018.pdf?fbclid=IwAR156NZ86M9RCOH eD7coktD05Zj3Pf1yi-aDMDCIhUbCaZuJoVLVqJDfxZk
- Noppe. (2020, mars 26). Crise sanitaire : les médias restent plus que jamais nécessaires. *La Libre*. Récupéré sur <https://www.lalibre.be/debats/opinions/crise-sanitaire-les-medias-restent-plus-que-jamais-necessaires-5e7b81ced8ad58163167b695>
- Nyein Aung, Yuasa, Koyanagi, & al. (2020, avril 24). Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: a lesson from Tokyo. *JIDC*, pp. 328-331. doi:10.3855/jidc.12684
- O'Caoimh, Kennelly, Ahern, & al. (2020, 05 10). Covid-19 and the challenges of frailty screening in older adults. *The journal of Frailty and Ageing*, 3(9), pp. 185-186. Récupéré sur <http://dx.doi.org/10.14283/jfa.2020.30>
- OCDE. (2020). *Population âgée (indicateur)*. doi:10.1787/ebbf8999-fr
- OMS. (2016). *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne*. Récupéré sur https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf?ua=1

- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement*. Consulté le 23/03/2020, sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
- OMS. (2020). *COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS*. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Pacolet, & al. (2005). *Vieillissement, aide et soins de santé*. Récupéré sur <http://www.inca-cgil.be/wp-content/uploads/2015/03/Vieillissement-aide-et-soins-de-sant%C3%A9-en-Belgique-2005.pdf>
- Paulus, & al. (2012). *Position paper : organisation des soins pour les maladies chroniques en Belgique*. Récupéré sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190B_organisation_soin_maladies_chroniques_Position%20Paper_0_0.pdf
- Pierron. (2020). *L'éthique médicale à l'épreuve de la COVID-19*. (E. U. Dijon, Éd.)
- Rexhaj. (2017). Approche pour cibler le soutien auprès des proches aidants de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. *Annales Médico-Psychologiques*, pp. 781-787. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2017.03.017>
- RML Liège. (2020). *UN RÉSEAU MULTIDISCIPLINAIRE LOCAL ... C'EST QUOI ?* Récupéré sur <http://www.rml-liege.be/>
- S.E.M. (2020). Solidarité : les Bruxellois se mobilisent face au coronavirus. *La DH*. Récupéré sur <https://www.dhnet.be/regions/bruxelles/solidarite-les-bruxellois-se-mobilisent-face-au-coronavirus-5e6bb4539978e201d8b55777>
- Steinmeyer, & al. (2016). La vision dans l'exploration de la fragilité chez le sujet âgé. *Neurologie, psychiatrie, Gériatrie*, 17(97), pp. 51-57.
- Tabue-Teguo, & al. (2017). Fragilité de la personne âgée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2(15), pp. 127-137. doi:[doi:10.1684/pnv.2017.0670](https://doi.org/10.1684/pnv.2017.0670)
- Tabuteau, D. (2009). Crises et réformes. *Les Tribunes de la santé*(22), pp. 19-40. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2009-1-page-19.htm>
- Theunis. (2020). Des jeunes en soutien d'urgence aux aînés isolés. *Le Soir*. Récupéré sur <https://plus.lesoir.be/art/d-20200427-GG0CDX?referer=%2Farchives%2Fcherche%3Fdatefilter%3Dlastyear%26sort%3Ddate%2Bdesc%26start%3D10%26word%3Dsolidarit%25C3%25A9>
- Thunus, Alvarez-Irusta, Delabye, & al. (2020). *La première ligne à l'épreuve de la complexité*. Be.Hive. Récupéré sur <http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/Presentations/SophieThunus.pdf>

- Valentijn, & al. (2013). Understanding integrated care : a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*.
- Valentijn, & al. (2016). A prospective Validation Study of Rainbow Model of integrated Care Measurement Tool in Singapore. *International journal of integrated care*. Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653278/>
- Van den Bosch, W. ., (2011). *Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025*. Récupéré sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_167B_soins_residentiels_en_Belgique_Synthese.pdf
- Van Vyve, A. (2020). Leur activité réduite à peau de chagrin, les kinésithérapeutes se mobilisent. *La libre*. Récupéré sur <https://www.lalibre.be/planete/sante/leur-activite-reduite-a-peau-de-chagrin-les-kinesitherapeutes-se-mobilisent-5e831b83d8ad58163193e41d>
- Vandenhooft, & al. (2019). *Vieillesse et entraide : quelles méthodes pour décrire et mesurer les enjeux*. Namur: Presse université de Namur.
- Weymeels. (2020). L'isolement mental des aînés devient préoccupant : "Ils ne sont pas habitués à demander de l'aide". *La Libre*. Récupéré sur <https://www.lalibre.be/belgique/societe/l-isolement-mental-des-aines-devient-preoccupant-ils-ne-sont-pas-habitués-a-demander-de-l-aide-5e8eaf309978e228415a1cb1>
- Woolford, Angelo, Curtis, & al. (2020, 06 08). COVID-19 and associations with frailty and multimorbidity : a prospective analysis of UK Biobank participants. *Aging Clinical and Experimental Research*. Récupéré sur <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01653-6>

LES ANNEXES

ANNEXE 1 : VISION DU PLAN INTEGREGO

Vision du plan Integreo relatif à l'intégration des soins. »

Sources : Intégréo (2015), *Plan conjoint en faveur des malades chroniques Des soins intégrés pour une meilleure santé*, consulté le 25/04/202 sur <https://www.integreo.be/fr> (p7-8)

Vision:

La vision sera celle de l'approche intégrée de soins médicaux, paramédicaux, psychosociaux, infirmiers et de bien-être, de façon à pouvoir assurer un ensemble coordonné de services¹¹.

Les différents niveaux d'intégration sont précisés ci-dessous.

- au niveau du patient :
 - o approche 'holistique' du malade chronique (et son entourage) selon un modèle bio-psycho-social,
 - o basé sur des soins proactifs et planifiés, associant le patient et l'aidant-proche comme partenaires des soins,
 - o intégration des associations de patients, d'aidants-proches et de familles et des mutuelles dans les choix politiques et dans l'organisation des soins
 - o intégration des questions de santé et de bien-être,
 - o intégration des soins préventifs jusqu'au soins palliatifs
- au niveau de l'offre:
 - o intégration de la 1ère et de la 2ème ligne de soins,
 - o intégration des soins de routine et des épisodes aigus,
 - o intégration des prestations d'aide et des prestations de soins
 - o intégration des structures existantes,
 - o intégration des divers projets ou initiatives en cours dans le domaine de la prise en charge des malades chroniques
- ceci suppose une approche multidisciplinaire avec répartition claire des tâches et partage des informations entre les acteurs concernés (patient, acteurs de soins, aidant-proche...)
- au niveau de la population :
 - o intégration au niveau d'une population locale par une approche orientée vers les quartiers, ancrage dans l'environnement socio-économique,
 - o en veillant à l'équité, l'accessibilité et la réduction des inégalités de santé
- au niveau des initiatives politiques :
 - o développement de synergies entre politiques fédérale et communautaires/régionales
 - o ancrage de l'approche par les soins intégrés dans les politiques fédérales, communautaires, régionales et locales
 - o Health in all policies : synergies avec les politiques de formation, d'aide aux personnes, d'aide sociale, d'emploi, d'intégration sociale, ...

ANNEXE 2 : ETHYMOLOGIE DU TERME « INTEGRER »

Source : Jean Luc Belche (2016). *Intégration entre les lignes, d'un patient à une population*, Thèse de doctorat en sciences médicales, Université de Liège, Liège. (p30-31)

Tableau 5. Etymologie et définitions francophones des principaux termes associés à celui d'intégration. *Source: Trésor de la Langue Française Informatisé.*

	Etymologie	Définitions
(se) Concerter	Racine <i>concertare</i> Projeter quelque chose en commun Agir ensemble, agir dans un but commun Discuter en vue d'obtenir un accord	Se concerter S'entendre afin de prendre une décision en commun
Collaborer	Racine <i>collaboratio</i> Bénéfice, possession acquise par un travail commun	Travailler en collaboration, participer à l'élaboration d'une œuvre commune.
Coopérer	Racine <i>cooperatio</i> Part prise à une œuvre faite en commun	Action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune.
Coordonner	Préfixe <i>Co-</i> Suppose association, participation, simultanéité Racine <i>-ordonner</i> Disposer dans un certain ordre Régler, organiser le déroulement de quelque chose	Disposer de manière cohérente, et selon certains rapports, les différentes parties d'un ensemble dans une intention déterminée Ordonner, organiser, combiner harmonieusement l'action de plusieurs services, afin de leur donner le maximum d'efficacité dans l'accomplissement d'une tâche définie
Intégrer	Racine <i>integrare</i> rendre entier faire participer-associer introduire un élément dans un ensemble	Introduire un élément dans un ensemble afin que, s'y incorporant, il forme un tout cohérent

ANNEXE 3 : EVALUATION DE FRIED

Source : Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J. et al. (2001) *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci 56, M146-M156

Sources : Ali Hammoud (2015), *Evaluation de la fragilité chez les personnes âgées avec un smartphone*, Thèse en Optimisation et Sécurité des Systèmes, Université technologique de Troyes. (p26-28)

Table 1. Operationalizing a Phenotype of Frailty	
A. Characteristics of Frailty	B. Cardiovascular Health Study Measure*
Shrinking: Weight loss (unintentional)	Baseline: >10 lbs lost unintentionally in prior year
Sarcopenia (loss of muscle mass)	
Weakness	Grip strength: lowest 20% (by gender, body mass index)
Poor endurance; Exhaustion	"Exhaustion" (self-report)
Slowness	Walking time/15 feet: slowest 20% (by gender, height)
Low activity	Kcals/week: lowest 20% males: <383 Kcals/week females: <270 Kcals/week
	C. Presence of Frailty
	Positive for frailty phenotype: ≥ 3 criteria present
	Intermediate or prefrail: 1 or 2 criteria present

Tableau II-3 : Mesures du phénotype de fragilité de Fried [13].

Les cinq critères proposés	Evaluation des critères proposés	
Perte de poids involontaire	- Perte de façon non intentionnelle ≥ 5 kg durant les derniers 12 mois - Ou indice de masse corporelle (IMC) $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$	
Sensation d'épuisement	Selon les réponses apportées à 2 des 20 questions de l'échelle de dépression CES-D « j'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort » « j'ai manqué d'entrain »	Cotation des réponses : 0 = jamais, très rarement 1 = occasionnellement 2 = assez souvent 3 = fréquemment, tout le temps Critère positif pour la fragilité si la personne répond 2 ou 3 à l'une ou l'autre des questions
Niveau d'activité physique faible	Évalué selon la version courte du Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire, renseignant sur le niveau d'activité de 9 domaines d'activité incluant les activités domestiques sur les 4 dernières semaines. La dépense énergétique associée mesurée en Kcal est calculée selon un algorithme standardisé	Selon le sexe, le critère est positif pour la fragilité si le niveau d'activité physique est : < 383 Kcal chez l'homme. < 270 Kcal chez la femme
Réduction de la vitesse de la marche	Temps nécessaire pour parcourir 4,57 m (15 pieds)	Le critère est considéré positif à partir du 20 ^{ème} percentile inférieur, selon le sexe et l'indice de masse corporelle (Kg/m^2)
Faiblesse musculaire	La mesure de la force de préhension en Kg, en utilisant généralement un dynamomètre,	Le critère est considéré positif à partir du 20 ^{ème} percentile inférieur, selon le sexe et l'indice de masse corporelle (Kg/m^2)

ANNEXE 4 : EVALUATION DE ROCKWOOD

Sources : Ali Hammoud (2015), *Evaluation de la fragilité chez les personnes âgées avec un smartphone*, Thèse en Optimisation et Sécurité des Systèmes, Université technologique de Troyes. (p26-28)

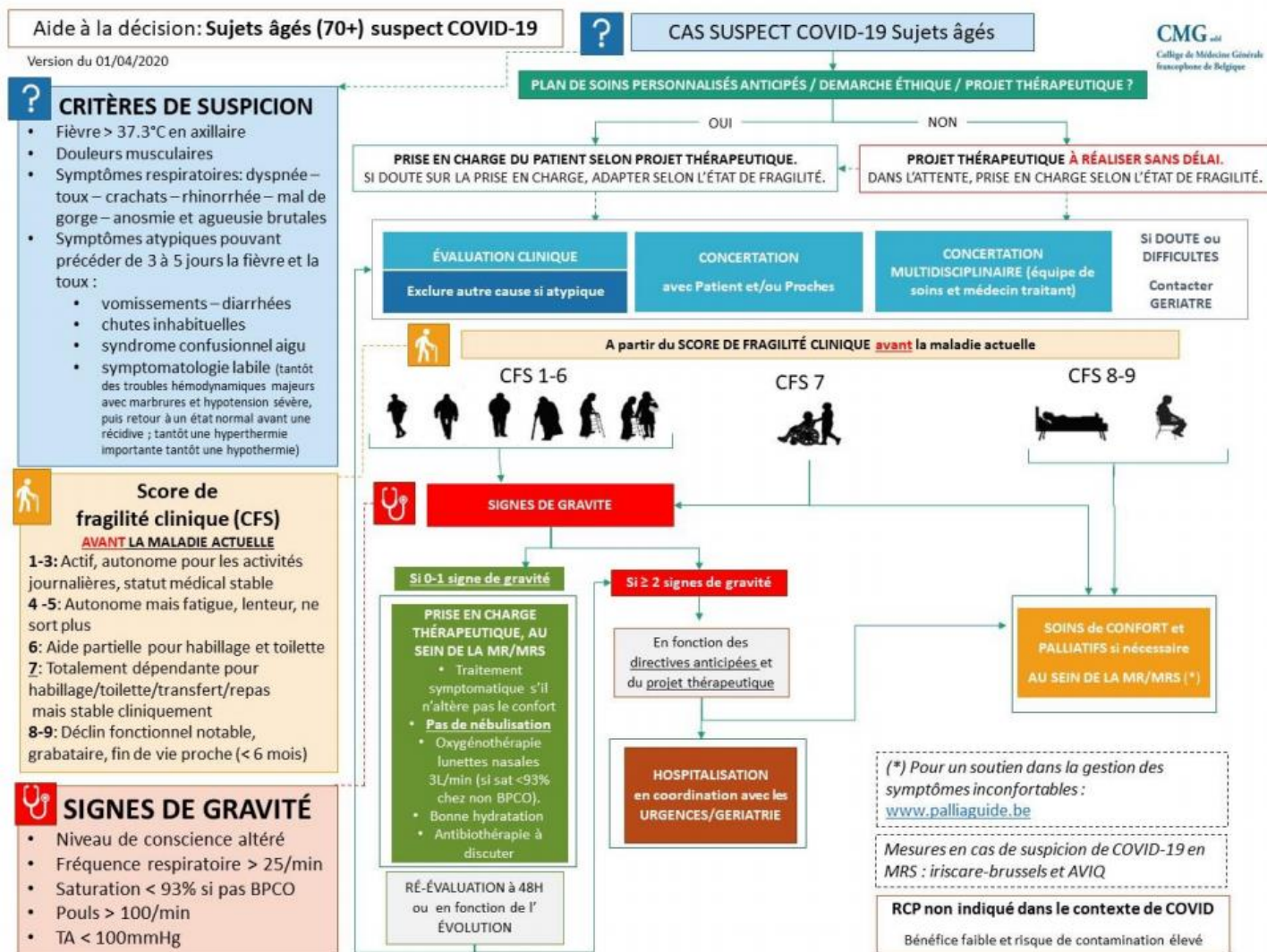
Tableau II-5 : Echelle de fragilité de Rockwood basée sur l'étude du CHSA [32].

Score	Etat de santé
1	Très en forme - robuste, actif, énergique, motivé et en pleine forme, ces gens pratiquent régulièrement l'activité physique
2	Bonne forme physique - sans maladie active, mais moins en forme que les gens dans catégorie 1.
3	bonne forme physique avec ses comorbidités traitées – les symptômes de la maladie sont bien maîtrisés par rapport à ceux de la catégorie 4.
4	Apparemment vulnérable - pas dépendant, mais plainte d'être ralenti et d'avoir des symptômes de sa maladie.
5	Légèrement fragile - avec dépendance limitée aux activités instrumentales de la vie quotidienne.
6	Modérément fragile – une aide est nécessaire pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne.
7	Très fragile - entièrement dépendant dans les activités de la vie quotidienne, ou avec une maladie terminale.

ANNEXE 5 : ALGORITHME DECISIONNEL FACE A LA COVID-19

Publié par le CMG (Collège de Médecine Générale) afin de guider les médecins dans leurs décisions thérapeutiques en cas de cas suspect au covid-19 pour les plus de 70 ans.

Sources : CMG (2020), *Aide à la décision : Sujets âgés suspect COVID-19*, consulté le 12/08/2020 sur <https://www.maisonmedicale.org/Prise-en-charge-de-patients-ages-COVID-19-algorithme-et-ethique.html>



Score de Fragilité Clinique



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour **prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - **Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

Fig. 2 Clinical Frailty Scale, French translated final version (CFS-FR). Permission to use the CSF was granted from Dalhousie University, Ca. May 15, 2017

Figure 1: tiré de 1. Abraham P, Courvoisier DS, Annweiler C, Lenoir C, Millien T, Dalmaz F, et al. Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language. BMC Geriatr. 2019;19(1):322.

ANNEXE 6 : QUI SONT LES PERSONNES FRAGILES FACE AU COVID 19 ?

Selon Sciensano : Siensano,(2020), *Information scientifiques sur le covid*, consulté le 06/09/2020 sur <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-informations-generales>

- Les personnes plus de 65 ans
- Les personnes diabétiques (type 2) souffrant d'obésité et/ou de maladies cardiaques, pulmonaires ou rénales
- Les personnes souffrant de maladies cardiaques, pulmonaires ou rénales
- Les personnes dont le système immunitaire est affaibli, ...

Nous trouvons pertinent d'exposer également la publication du Haut Comité de Santé Publique de France, car elle apporte un complément d'information : Ministère des solidarités et de la santé (2020), *Coronavirus, qui sont les personnes fragiles ?* consulté le 06/09/2020 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/coronavirus-qui-sont-les-personnes-fragiles>

Le Haut Comité de Santé Publique considère que les personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 sont les suivantes :

- les personnes âgées de 70 ans et plus ;
- les patients aux antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée
- les malades atteints de cancer sous traitement.
- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise
 - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
 - infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 <200/mm³,
 - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
 - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement,
- les malades atteints de cirrhose au stade B ou C de la classification de Child-Pugh ;
- les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m²)
- les femmes enceintes à partir du troisième trimestre de la grossesse.

