

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Apports d'une stratégie canadienne dans le maintien à domicile des personnes âgées fragiles

Mémoire réalisé par
Caroline Lovens

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Apports d'une stratégie canadienne dans le maintien à domicile des personnes âgées fragiles

Mémoire réalisé par
Caroline Lovens

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

La rédaction du présent travail de fin d'études a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance

Je tiens avant tout à remercier ma promotrice Madame Thérèse Van Durme pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils avisés qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je voudrais aussi remercier les différents professionnels néo-brunswickois qui m'ont réservé un accueil chaleureux à chacun de nos échanges et qui ont accepté de partager avec moi leur expérience.

Je remercie également les enseignants et assistants de la faculté de santé publique pour les outils précieux qu'ils m'ont transmis et qui ont alimenté ce travail.

Je remercie aussi le personnel administratif sans qui le bon déroulement de ce master ne serait pas possible.

Enfin, je remercie chaleureusement mon compagnon, ma famille, mes amis et mes collègues de travail pour leur soutien indéfectible tout au long de ce cursus académique.

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 matières

Introduction	8
1. Conceptualisation	9
1.1. Vieillesse	9
1.2. Fragilité.....	10
1.3. Autonomie	11
1.4. Dépendance	11
1.5. Soins de longue durée.....	12
1.6. Prise en charge.....	13
1.7. Maintien à domicile	13
2. Problématisation.....	14
3. Contextualisation.....	16
3.1. Au niveau canadien	16
3.2. Au niveau belge	16
3.3. Tableau comparatif	17
3.4. Présentation de la stratégie « D’abord chez soi ».....	18
3.4.1. Élaboration de la stratégie	19
3.4.2. Objectifs et vision de la stratégie	19
3.5. Protocole 3.....	20
3.5.1. Présentation de protocole 3	20
3.5.2. Évaluation.....	21
3.5.3. Conclusion.....	22
4. Méthodologie	22
4.1. Collecte de données	23
4.1.1. Professionnels au Nouveau-Brunswick.....	23
4.1.2. Documents en Belgique	24

4.2.	Analyse des données.....	25
4.2.1.	Analyse qualitative par entretien semi-dirigé.....	25
4.2.2.	Analyse documentaire	26
5.	Résultats	26
6.	Discussion	37
6.1.	Recommandations	46
6.2.	Forces et limites de la méthode utilisée	47
	Conclusion.....	48
	Bibliographie.....	50
	Annexes.....	56

Introduction

Le 21^{ème} siècle va se retrouver face à un vieillissement massif des populations, en particulier celles des pays développés. Avec la croissance démographique de la population âgée, se poseront différentes questions quant à leur prise en charge.

Avec l'avancée en âge, apparaît le risque de souffrir de pathologies chroniques. Une perte d'autonomie due aux maladies liées à l'âge et aux comorbidités risque de placer certaines personnes âgées dans une situation de fragilité qui pourrait entraîner leur institutionnalisation précoce.

En tant qu'assistante sociale et futur professionnel du domaine de la santé publique, nous voulons mettre un point d'honneur à soutenir les personnes dans le choix de vie qu'elles entreprennent et à les accompagner dans l'atteinte de leurs objectifs. Notre expérience et les différentes lectures que nous avons réalisées pour la réalisation du présent travail nous ont montré que le souhait des personnes âgées est de rester chez elle le plus longtemps possible. Nous avons donc décidé de focaliser notre attention sur les pratiques novatrices permettant le maintien à domicile des personnes âgées fragiles.

Très rapidement dans ce cursus de master en sciences de la santé publique, notre curiosité a été éveillée par les différences de pratiques à l'international. C'est pourquoi nous avons décidé d'investiguer Outre-Atlantique les projets mis en place afin de répondre aux souhaits des personnes âgées. Au cours de nos recherches, nous avons appris qu'une province canadienne, le Nouveau-Brunswick, se trouvera, d'ici quelques années, face à un vieillissement important de sa population et qu'elle connaît déjà à l'heure actuelle le taux national le plus élevé de personnes âgées de plus de 65 ans.

Nous avons alors voulu connaître la manière dont les politiques comptaient prendre les choses en main et avons pu avoir accès à la stratégie « D'abord chez soi » proposée par le Gouvernement néo-brunswickois en 2014. Cette stratégie propose de soutenir des initiatives innovantes qui permettront de répondre à la volonté des personnes âgées de la province de garder leur autonomie et pouvoir rester à leur domicile le plus longtemps possible. Étant donné que la Belgique veut aussi promouvoir le maintien à domicile et que des politiques similaires sont soutenues au travers de projets tels que Protocole 3, nous avons voulu nous intéresser aux éléments qui pourraient éclairer les pratiques belges.

Ce qui nous amène à formuler la question de recherche suivante : Quels éléments d'un projet, tel que « D'abord chez soi » pourraient être utiles pour aider les personnes âgées fragiles à garder leur autonomie et à vivre chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent ?

Pour pouvoir répondre à une telle question, il nous a semblé important de clarifier au préalable quelques concepts abordés au cours de la recherche.

1. Conceptualisation

Pour définir les concepts, en lien avec la question de recherche, nous avons exploré les bases de données suivantes : MedLine, Cairn, etc et les sites internet suivants : gouvernement Nouveau-Brunswick, gouvernement Canada, Belgium.be, statistique Canada, OMS, etc. Grâce à ces différentes recherches dans les bases de données et sites internet, nous avons découvert d'autres sources intéressantes qui nous ont permis d'approfondir le sujet et ont abouti à un effet boule de neige nous permettant d'aborder d'autres thématiques. Sur base du PICO, nous avons utilisé les mots clés suivants : personne âgée, ageing, care, maintien à domicile.

Nous allons aborder les différents concepts suivants en lien avec notre question de recherche : vieillissement, fragilité et vulnérabilité, autonomie, dépendance, prise en charge, soins de longue durée, maintien à domicile.

1.1. Vieillissement

Étant donné que le présent travail s'intéressera aux personnes âgées et à leur maintien à domicile, il nous semble important de proposer au lecteur de définir le vieillissement. Au vu des différents aspects qu'elle intègre, cette définition n'est pas évidente à exposer. En effet, il s'agit d'un processus complexe qui implique des modifications tant d'un point de vue biologique que social. « *Sur un plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Ce processus aboutit finalement à la mort.* » (OMS, 2015).

D'un point de vue social, le vieillissement peut être associé à un certain nombre de changements et de nouvelles difficultés dans la vie de l'individu : un nouveau statut social, un processus de déprise des activités, des tensions identitaires, la perte du conjoint et de pairs, des problèmes de

santé et des limitations fonctionnelles, des questionnements quant à la mort, des tensions avec une société jeune et active, etc (Caradec V., 2009 ; Deschietere G. 2018). En tant que travailleur social et futur professionnel du domaine de la santé publique, ces aspects du vieillissement sont importants à prendre en compte dans l'accompagnement que nous proposons aux personnes afin d'assurer une prise en charge globale au cas par cas et qui répondent aux besoins spécifiques des individus.

Avec l'avancée en âge, apparaissent des pathologies mais aussi des situations de vie et des problématiques qui peuvent entraîner un risque de fragilité, de dépendance et de perte d'autonomie. Ces différents concepts nous semblent essentiels à développer afin de bien appréhender notre question de recherche.

1.2. Fragilité

Définir cette notion n'est pas chose aisée au vu des multiples définitions proposées dans la littérature. En fonction de l'angle sous lequel on l'aborde, la définition de la fragilité peut être plus ou moins précise. Ainsi, en l'abordant d'un point de vue biologique, la fragilité peut être définie comme étant « *un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve et qui altère les mécanismes d'adaptation au stress* » (Gallini A. et al, 2017).

« *La fragilité est un syndrome clinique. La fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution* » (Rolland Y. ; 2011).

La fragilité peut exposer le sujet âgé à des événements de vie négatifs tels que les chutes, la perte d'autonomie, les hospitalisations,... qui peuvent amener l'individu à se trouver dans une situation de vulnérabilité. « *La vulnérabilité souligne un déficit de ressources ou le manque de conditions cadres affectant la capacité individuelle à faire face à un contexte critique, en même temps que la capacité de saisir des opportunités ou d'utiliser des supports pour surmonter cette épreuve afin de maintenir une existence par soi-même* » (Brodiez-Dolino A., 2015).

Au vu des enjeux que représentent la fragilité à laquelle peut être confronté une personne âgée, il nous semble nécessaire d'appréhender les aides et les actions qui peuvent être menées afin

d'en réduire l'impact sur la vie de l'individu. C'est pourquoi nous nous y intéressons dans notre question de recherche.

1.3. Autonomie

Les concepts d'autonomie et de fragilité sont étroitement liés l'un à l'autre. Étant donné que la fragilité expose l'individu à certains risques (chutes, hospitalisation, maladies,...), elle peut potentiellement avoir un impact sur son autonomie.

« Dans une acception commune, autonomie est synonyme de liberté, d'indépendance ; elle est définie comme la capacité du sujet à décider pour lui-même des règles auxquelles il obéit, et à agir en conséquence. [...] La personne autonome est celle qui décide et agit seule, sans recours à une aide ; la personne dépendante est celle qui, suite à une maladie ou un accident, n'est plus capable de réaliser les diverses activités de la vie quotidienne (activités physiques, sociales...) sans recourir à une aide. Ainsi définie, la notion de dépendance réfère soit aux incapacités fonctionnelles de la personne (incapacités que l'on cherche à mesurer), soit à sa relation, plus ou moins intense, à un dispositif médical, social ou technique compensant ses incapacités. La notion d'autonomie sert tout à la fois de point de référence pour qualifier les personnes et d'objectif à atteindre pour la personne et les soignants. Or, ces définitions ignorent l'ensemble des relations qui structurent et soutiennent la personne qualifiée d'autonome. L'autonomie n'est pas significative d'absence de liens, bien au contraire. Une personne autonome n'est pas une personne qui décide et agit seule, mais dont le pouvoir décisionnel et les capacités d'action sont soutenus par de multiples relations (sociales, techniques, institutionnelles, symboliques...) » (Winance M., 2007).

Nous avons retenu cette définition car elle défend l'idée qu'une personne garde un pouvoir de décision et une certaine capacité d'action tout en recevant les soutiens nécessaires à son autonomie.

1.4. Dépendance

Le concept de perte d'autonomie fait lui-même référence à la notion de dépendance qu'elle peut induire. Au vu des liens qu'il existe entre les deux, il nous semble pertinent d'explorer ce concept de dépendance pour nous éclairer dans le développement de notre question de recherche.

Nous pouvons relier les deux notions au travers de la définition suivante « *La dépendance est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie.* » (Gourbin C., 2018).

A cette définition, nous voudrions ajouter certains éléments d'ordre environnementaux qui peuvent potentiellement accroître la dépendance d'une personne. « *La dépendance est définie comme le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel : une personne âgée se déplaçant difficilement sera très dépendante, voire confinée chez elle, si elle habite en étage dans un immeuble sans ascenseur, mais plus autonome dans le cas contraire.* » (Duée M., Rebillard C., 2006).

« *Le nombre élevé de personnes âgées dépendantes s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie et celle de la prévalence de la dépendance avec l'âge. [...] Le dénombrement des personnes âgées n'est pas toujours très simple et les données relatives à la dépendance ne convergent pas toutes* » (Joël M-E., 2014).

En Europe, on considère le terme « dépendance » comme étant péjoratif et ayant une connotation négative. Depuis quelques années, on préfère utiliser le vocable « perte d'autonomie » voire la notion de personnes âgées ayant « *besoin d'aides et de soins de longue durée* » (Ennuyer B, 2013).

1.5. Soins de longue durée

La fragilité et la perte d'autonomie peuvent amener la personne âgée à avoir besoin de soins de longue durée. « *Une personne a besoin de soins de longue durée lorsqu'elle est dépendante pendant une période prolongée en raison d'un handicap, d'une affection chronique, d'un traumatisme ou d'une maladie qui limite sa capacité à exécuter des tâches élémentaires personnelles ou d'entretien personnel qui doivent être réalisées chaque jour et qui sont définies comme étant les activités de la vie quotidienne* » (Gourbin C. 2018).

Nous avons décidé d'aborder ce concept car il fait partie intégrante de la prise en charge à domicile de personnes âgées fragiles.

1.6. Prise en charge

Le cloisonnement professionnel et institutionnel est une réalité fort présente dans le monde sociomédical. Différents savoirs s'entremêlent et se confrontent (savoirs médicaux, savoirs des travailleurs sociaux, savoirs professionnels, savoirs profanes) ainsi que différentes structures (hôpitaux, institutions sanitaires et sociales). Qu'ils soient réglementaires ou institués, ces cloisonnements peuvent, tantôt être très structurants pour les pratiques quotidiennes autour de la personne âgée, tantôt empêcher une bonne transversalité et coordination des actions que nécessite la prise en charge globale de la personne âgée (Grenier C., 2009). Comme nous l'avons vu durant les différentes sessions du cours WFSP2273 évaluation et réadaptation en gériatrie, la réadaptation et la prise en charge de la personne âgée se pratiquent en équipe multidisciplinaire. Une multitude de disciplines étant mobilisée autour de la personne âgée fragile, il est intéressant de nous pencher sur les concepts de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité afin de venir alimenter notre question de recherche.

La pluridisciplinarité est « *l'étude d'un objet relevant d'une discipline spécifique par plusieurs disciplines à la fois.* » Dans le domaine des soins, cela signifie que différents professionnels (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux,...) interviennent en parallèle sur une même pathologie pour le bien du patient. Ces professionnels peuvent intervenir de façon indépendante sans interagir avec les autres intervenant ou décider de travailler en collaboration plus ou moins étroite. Ainsi, il peut être possible de travailler en interdisciplinarité, concept qui « *se réfère à la pratique de professionnels poursuivant ensemble un objectif commun, et qui dialoguent régulièrement pour enrichir leurs points de vue, leurs stratégies d'intervention.* » (Drielsma P. *et al*, 2016). Cette manière de penser la collaboration professionnelle va au-delà de la pluridisciplinarité. Elle peut permettre de mettre en place une prise en charge bio-psycho-sociale de la personne et de tendre vers une approche centrée sur le patient.

1.7. Maintien à domicile

Choisir d'investir dans les soins et services permettant le maintien à domicile des personnes âgées semblent représenter des avantages non-négligeables. Cela permet avant tout de respecter la volonté des aînés car, comme le montrent plusieurs études (Moreau *et al*, 2012 ; Rantz *et al*, 2014), les personnes âgées veulent rester à leur domicile le plus longtemps possible. « *Vieillir chez soi en toute sécurité est un souhait quasi unanime, en dépit de fragilités diverses, d'une*

mobilité moins fluide, voire d'un état pathologique. [...] Dans nos sociétés sédentarisées, le rapport à l'espace est tout, sauf anodin. Face au temps qui passe, le chez-soi exprime la stabilité, l'enracinement. Il constitue l'abri, mais aussi l'affirmation que quelque chose demeure, envers et contre tout. » (Déoux et al, 2011)

Le maintien à domicile peut aussi avoir des répercussions positives tant sur les sphères sociale et économique que sur la santé de l'individu (Dupuis-Blanchard *et al*, 2011). Permettre aux seniors de rester chez eux peut leur permettre de trouver une stabilité et de garder leur équilibre. Les personnes âgées veulent avoir le choix en ce qui concernent leurs conditions de vie et leur accès aux services dont elles ont besoin (Wales *et al*, 2012). En les soutenant et en les accompagnant dans leur choix de rester chez elles, nous pensons qu'elles peuvent mobiliser et renforcer leurs ressources afin de garder leur autonomie le plus longtemps possible. « *Le domicile c'est donc là où on est maître chez soi. Bien avant d'être un lieu géographique et un espace d'habitation, le chez soi c'est donc le mécanisme d'appropriation d'un lieu que l'on fait sien et cette appropriation du lieu permet la constitution d'un espace psychique [...] » (Ennuyer, 2009).*

En terme financier, de nombreux auteurs s'accordent pour dire que le maintien à domicile peut être une option moins coûteuse que le placement en maison de repos et de soins (Laasman *et al*, 2016 ; Boulet J-F., 2012). Afin de parvenir à l'objectif de maintien à domicile de personnes fragiles nécessitant des soins de longue durée, de nombreux services et soins à domicile se développent pour répondre aux besoins de ce public (infirmière, aide-familiale, kinésithérapeute, assistant social, etc). Il est bien sûr important de pouvoir garantir l'accès financier à ces aides (Boulet J-F., 2012).

2. Problématisation

Le vieillissement démographique est un phénomène mondial. Comme le met en avant l'OMS, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans doublera entre 2000 et 2050 et passera de 11% à 22% (OMS, 2017) atteignant le chiffre record de 2.1 milliards. En Europe, le taux de personnes âgées de plus de 60 ans était de 24% en 2015 et est estimé à 34% d'ici 2050. (United Nation, 2015). Comme pour l'Europe, certains pays d'Amérique du nord pourraient voir cette proportion atteindre les 30% selon les projections de l'OMS (OMS, 2015). Cet accroissement important de la population âgée constitue un enjeu majeur pour ces pays.

En Europe cette tendance au vieillissement s'est amorcée il y a plusieurs décennies. Comme le met en avant Eurostat (Eurostat, 2016), deux éléments principaux peuvent expliquer cette augmentation de la population âgée au sein de l'Union Européenne : une plus grande longévité et un faible de taux de fécondité qui persistent depuis de nombreuses années. Au cours des prochaines décennies, les projections en matière de pyramide des âges révèlent que le nombre élevé de baby-boomers arrivant à l'âge de la retraite viendront faire gonfler le nombre de personnes âgées.

A l'heure actuelle, environ une personne sur cinq est âgée de plus de 65 ans en Belgique. Cette proportion devrait être d'une personne sur quatre d'ici 2040 (Duyck *et al*, 2011). Certaines de ces personnes vieilliront en bonne santé et garderont de très bonnes capacités fonctionnelles alors que d'autres seront plus fragiles et auront besoin d'aides (OMS, 2015). Ces personnes fragiles peuvent développer des problèmes de santé associés (De Saint-Hubert, 2017) (diabète, problèmes cardiovasculaires, démences,...) qui nécessiteront qu'elles soient prises en charge de manière adéquate et personnalisée.

Comme l'a montré une étude de la mutualité Solidaris (Laasman *et al*, 2016), résider dans une maison de repos et de soins constituent un coût très important et peut être difficilement accessible pour une part de la population bénéficiant de faibles revenus. Permettre aux personnes âgées de restées chez elle le plus longtemps possible et dans leur communauté peut éviter l'option coûteuse des soins au sein d'un établissement (Wales *et al*, 2012). Cela permet également, comme nous l'avons explicité dans la partie conceptualisation, de respecter la volonté de ces personnes, garder leur équilibre et leur permettre de trouver une stabilité.

Comme nous l'avons mis en avant, notre pays ne sera pas le seul à devoir gérer les conséquences du vieillissement de sa population. Au Canada, une province sera plus particulièrement touchée par l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, il s'agit du Nouveau-Brunswick. En 2017, cette tranche de la population représentait déjà 20% des habitants (Statistique Canada, 2017) de la province et selon les projections ce taux pourrait monter à plus de 30% d'ici 2038 (Statistique Canada, 2014). Suite à ce constat et à la volonté des personnes âgées néo-brunswickoises de rester chez elles et dans leur communauté le plus longtemps possible, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a mis en place en 2014, une stratégie intitulée « D'abord chez soi ».

Au travers de ce travail, nous voudrions analyser quels éléments d'un projet, tel que « D'abord chez soi » pourraient être utiles pour aider les personnes âgées fragiles à garder leur autonomie et à vivre chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

3. Contextualisation

3.1. Au niveau canadien

Dans le présent travail nous voudrions nous intéresser à l'un des pays qui verra sa population âgée augmenter considérablement dans les prochaines années : la Canada. Selon les statistiques du gouvernement du Canada (Statistique Canada, 2017), en 2017, le pays comptait 36 708 083 habitants dont 6 195 544 personnes âgées de plus de 65 ans ce qui représente 16.9% de la population. Selon certaines projections, ce taux devrait atteindre 24% en 2038. Certaines personnes connaîtront un vieillissement en bonne santé tandis que d'autres auront certaines limitations fonctionnelles qui pourraient les amener à être confrontées à la fragilité.

Toutes les provinces canadiennes ne sont pas égales en ce qui concerne le vieillissement de leur population. Les provinces atlantiques¹ souffriront plus que les autres de la hausse de leur population âgée (Statistique Canada 2014). Nous nous intéresserons plus particulièrement à la province du Nouveau-Brunswick qui connaît, à l'heure actuelle, le taux le plus élevé de seniors du pays.

3.2. Au niveau belge

Etant donné que le présent travail a pour objectif de comparer la stratégie « D'abord chez soi » et un équivalent au niveau belge, nous proposons au lecteur une contextualisation de la situation en Belgique ainsi qu'une brève présentation du système de santé.

La Belgique comptait en 2016, 11 267 910 habitants dont 2 062 561 âgés de 65 ans et plus (Service public fédéral belge, 2017) ce qui représente 18,3% de la population belge. D'ici 2040, ce taux pourrait atteindre 24.6% (Duyck *et al*, 2011). Comme au Canada, le vieillissement de la population ne se fait pas sentir de la même manière dans toutes les régions du pays. Ainsi, en Région flamande, en 2012, le taux de personnes âgées de 65 ans et plus était de 18.6% contre 16.7% en Région wallonne et 13.5% en Région de Bruxelles-Capitale. Toutes les régions

¹ Terre-Neuve-Et-Labrador, Ile-Du-Prince-Edouard, Nouvelle-Ecosse, Nouveau-Brunswick.

subiront une hausse de leur population âgée d'ici 2040 avec respectivement 26.6% pour la Flandre, 23.9% en Wallonie et 16.5% à Bruxelles. Cependant, dans la Région de Bruxelles-Capitale, ce taux sera légèrement plus bas en raison d'une masse plus importante de jeunes venant faire leurs études ou effectuant leur premier emploi ainsi qu'en raison de l'arrivée d'immigrants jeunes en âge de travailler (Duyck *et al*, 2011).

3.3. Tableau comparatif

Nous allons ici présenter les différentes aides pouvant répondre aux besoins d'une personne âgée fragile souhaitant rester à son domicile. Nous les présenterons brièvement sous forme d'un tableau comparatif entre la Belgique et le Canada, plus précisément au Nouveau-Brunswick (le lecteur peut consulter une présentation plus approfondie du système de santé canadien ainsi que du régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick en annexe 1).

	<i>Nouveau-Brunswick</i>	<i>Belgique</i>
<i>Screening</i>	Outils : échelles pour mesurer l'autonomie (SMAF ² , QAF ³ , PSMS ⁴) Réalisé par le médecin de famille, un gestionnaire de santé, un travailleur social du Ministère du Développement social	Outils : échelles pour mesurer l'autonomie (Katz, etc), BelRai Réalisé par le médecin traitant, un gériatre, un coordinateur de soins à domicile
<i>Organisation et prestation des soins médicaux, infirmiers et paramédicaux</i>	-Réseaux de santé Vitalité et Horizon -Programme extra-mural -Programme de soins de longue durée -Certains services sont dispensés au travers de programmes	-INAMI -Mutuelles -Organismes de soins à domicile
<i>Coûts pour la personne âgée</i>	Couverture totale des soins dits nécessaires par l'Assurance-maladie : - les visites chez le médecin - les soins hospitaliers - les médicaments fournis lors d'un séjour à l'hôpital Non-couverts par l'Assurance-maladie : - les soins dentaires - les médicaments	Couverture totale sauf ticket modérateur et suppléments d'honoraires Tiers payant dans les hôpitaux Couverture des services à domicile : coût dépend des revenus et de la composition familiale.

² Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle :

³ Questionnaire sur les activités fonctionnelles

⁴ Physical Self-Maintenance Scale

	<p>Couvertures spéciales pour les personnes âgées bénéficiant du supplément de revenu garanti ou ayant un faible revenu.</p> <p>Couverture du maintien à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - services et soins de longue durée à domicile subventionnés par le gouvernement → coût dépend du revenu et de la composition familiale - services et soins de longue durée à domicile privé → coût totalement à charge de la personne 	
<i>Aide sociale</i>	Ministère du Développement social	<p>Services sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les CPAS fournissent des aides-financières (carte médicale, réquisitoires, etc.) - Services sociaux dans les mutuelles pour l'accessibilité
<i>Délais d'attente moyen pour accéder à un médecin généraliste</i>	Plusieurs jours	Quelques heures

De notre point de vue, les deux systèmes s'équivalent sur de nombreux points. Cependant, il nous semble que l'accessibilité aux soins, notamment chez un médecin généraliste, est plus facile au niveau belge. Nous pensons également que la couverture du coût des soins et services à domicile est plus simple au niveau belge.

3.4. Présentation de la stratégie « D'abord chez soi »

Différents rapports mettent en avant la volonté des personnes âgées néo-brunswickoises de rester chez elles et dans leur communauté le plus longtemps possible. Ces dernières l'ont exprimé en 2012, lors du Sommet sur le vieillissement en santé et les soins (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2014). À la suite de ce message clair, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a mis en place en 2014, une stratégie intitulée « D'abord chez soi ».

3.4.1. Élaboration de la stratégie

Différents acteurs clés se sont réunis afin de proposer cette stratégie, à savoir : les ministères du Développement social, de la Santé et des Communautés saines et inclusives ainsi que les réseaux de santé Vitalité et Horizon. « *La stratégie est le résultat de ce qu'ont exprimé les citoyens, les proches aidants et les professionnels, ainsi que d'une étude approfondie sur les pratiques novatrices de partout au Canada et d'autres régions du monde.* »

Des séances de discussion ont été organisées avec différents intervenants en novembre 2013. Il s'agissait « *des membres du personnel de divers ministères et des réseaux de la santé Vitalité et Horizon, des représentants de divers groupes communautaires et fournisseurs de services, ainsi que des médecins de partout dans la province.* » Il leur a été demandé de pointer les différents objectifs en matière de soins aux aînés sur lesquelles il serait nécessaire de mettre l'accent durant les trois années que durerait la stratégie. L'élaboration des initiatives de la stratégie est le fruit de ces échanges et des commentaires qui ont été formulés.

3.4.2. Objectifs et vision de la stratégie

L'objectif de « D'abord chez soi » est de permettre aux aînés de garder leur autonomie et pouvoir rester à leur domicile et dans leur communauté le plus longtemps possible. La vision de ce plan triennal est de *parvenir à un vieillissement en santé grâce au soutien et aux soins appropriés offerts dans un système souple, intégré et viable.*

La stratégie est fondée sur trois piliers : vieillissement en santé, soutien et soins appropriés ainsi que système souple, intégré et viable. Différents thèmes sont développés à l'intérieur de chacun de ses piliers et différentes initiatives sont proposés afin de pouvoir parvenir à la réalisation de chacun (le lecteur peut consulter la fiche résumé en annexe 2). Notre analyse de la stratégie s'axera principalement sur les points qui soutiennent le maintien à domicile des personnes âgées.

Cette stratégie, au travers des initiatives qu'elle soutient, a donc pour objectif, comme nous l'avons spécifié, de permettre aux personnes âgées de préserver leur autonomie le plus longtemps possible et de rester à leur domicile mais aussi de retarder le recours à l'institutionnalisation, éviter les hospitalisations à répétition et la durée de ces dernières, garantir une prise en charge adéquate à domicile et répondant aux besoins de la personne.

3.5. Protocole 3

Comme nous l'avons mis en avant, le souhait des personnes âgées est de pouvoir rester le plus longtemps possible à leur domicile au sein d'un environnement qui leur est familier et où elles ont tissé des liens durables. « *Néanmoins, les problèmes liés à l'âge détériorent parfois de façon significative leurs capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne (faire ses courses, répondre au téléphone, et parfois se laver, manger, aller aux toilettes...)* ; la dépendance et la perte d'autonomie posent des défis importants. » (Van Durme T. *et al*, 2015). Afin de pallier ce problème, nous voudrions proposer au lecteur de nous intéresser aux initiatives innovantes soutenues par le Protocole 3.

3.5.1. Présentation de protocole 3

Etant donné les défis auxquels la Belgique devra faire face en raison du vieillissement important de la population, un protocole d'accord entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions, a été mis en place afin de développer des formes alternatives de prise en charge des personnes âgées fragiles⁵. Il s'agit du Protocole n°3. Deux arrêtés royaux ont décrit les modalités opérationnelles de deux appels à projet pour que des prestataires, avec des partenaires institutionnels, proposent des interventions de soins et de soutien aux soins pour aider les personnes âgées fragiles à rester chez elles.

En 2009, un budget de 13.8 millions d'euro, initialement destiné aux lits de maison de repos, fut libéré pour permettre la mise en place de projets innovants dans le maintien à domicile afin d'éviter le recours à l'institutionnalisation trop rapides des personnes âgées fragiles (Van Durme T, 2017 ; Van Durme *et al*, 2015).

Les appels à projets ont été formulés à l'attention de professionnels actifs dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées fragiles afin de mettre sur pied des « *des formes innovantes de soins (ou de soutiens aux soins)* qui :

- *ne font actuellement l'objet d'aucune forme d'intervention de notre part [l'INAMI] (nomenclature, forfait, etc.)*
- *permettent de maintenir la personne âgée fragile à son domicile et donc de postposer ou de prévenir son institutionnalisation*

⁵ Les arrêtés royaux du 2 juillet 2009 et du 17 août 2013 fixent les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité peut conclure des conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles.

- *démontrent des avantages quant à l'évolution de l'état de santé et de la qualité de vie de la personne âgée*
- *ne représentent pas un coût supérieur à celui d'une institutionnalisation classique*
- *font l'objet d'une évaluation scientifique » (INAMI, 2018).*

Les interventions le plus fréquemment proposées sont le soutien psychologique à domicile, l'intervention d'ergothérapie à domicile et le case management à domicile. En fonction des besoins, les projets proposent une de ces interventions, ou une combinaison de ces interventions.

L'outil BelRai-HC⁶ a permis de mettre en évidence 5 profils types de dépendance allant du plus léger au plus lourd. L'identification du type de profil permet d'adapter les interventions au domicile en fonction des besoins que nécessitent le type de patient et d'anticiper les freins éventuels.

3.5.2. Évaluation

Nous envisagerons ici l'évaluation selon les trois piliers de la stratégie « D'abord chez soi » : vieillissement en santé, soutien et soins appropriés et, système souple, intégré et viable. Nous effectuerons une analyse SWOT qui nous permettra de mettre en évidence les forces, faiblesses, opportunités et menaces pour des projets Protocole 3.

Une faiblesse de Protocole 3 serait de ne pas développer d'axe vieillissement en santé comme pour « D'abord chez soi ». La dimension du patient comme acteur de sa santé n'est pas prise en compte. On lui enlève sa capacité d'action sur sa santé. On ne prend pas non plus en compte les actions qui peuvent être réalisées en amont telles que de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé, qui peuvent permettre de retarder voire d'éviter certaines situations de fragilité. Une autre faiblesse serait la confusion entre la coordination et la gestion de cas, élément qui m'a aussi été rapporté par les professionnels du Nouveau-Brunswick.

Une force serait la volonté de favoriser l'interdisciplinarité psychologue, ergothérapeute, case manager, faisant ainsi référence au pilier 3 système souple, intégré et viable. L'accompagnement de la personne âgée fragile sera plus adéquat et en concordance avec les besoins si elle se pratique en équipe multidisciplinaire. Cette intervention pluridisciplinaire permet de mettre en place une prise en charge bio-psycho-sociale de la personne et de tendre

⁶ Resident Assessment Instrument – Home Care. Instrument d'évaluation du patient plus spécifiquement pour les soins à domicile. Il s'agit de l'adaptation belge de concepts InterRai.

vers une approche centrée sur le patient. Une autre force serait de fournir des soins appropriés grâce au BelRAI-HC qui identifie le profil et les besoins des personnes âgées fragiles, ce point pourrait permettre d'offrir des meilleures options de soins spécialisés comme développé dans le pilier 2 soutien et soins appropriés.

Une menace pourrait être la difficulté de compréhension du Protocole 3 au travers d'AR, de rapports scientifiques, etc. La difficulté de trouver des informations vulgarisées pour les non-initiés nous semble problématique pour permettre la bonne compréhension des objectifs de Protocole 3 et l'appropriation par des professionnels intéressés par la mise en place d'alternatives à l'institutionnalisation.

Une opportunité serait la réalisation d'évaluations par des chercheurs universitaires. Chaque projet a été évalué individuellement et ensuite repris dans la globalité de Protocole 3. Cette phase d'évaluation est nécessaire pour tout projet afin de vérifier que les objectifs fixés soient remplis, revoir les priorités, réévaluer les budgets nécessaires, décider de maintenir ou non le projet, le reconduire ou non, etc.

3.5.3. Conclusion

Au vu des rapports et de leurs résultats (Lambert *et al* ;2017, Van Durme *et al* ;2017, UCL *et al* ; 2017), il a été rapporté que les interventions du Protocole 3 ont un faible impact sur la diminution de l'institutionnalisation définitive des personnes âgées fragiles. Aucune diminution significative n'a pu être démontrée.

Selon ces mêmes rapports, des effets positifs des interventions peuvent être mis en évidence en termes de qualité de vie des bénéficiaires et de soutien aux aidants informels. Il a aussi été mis en évidence un recours justifié aux soins infirmiers et une diminution du nombre de passage aux urgences.

Une meilleure collaboration interprofessionnelle, le recours à des dossiers partagés et des recommandations de bonnes pratiques pourraient améliorer les résultats des interventions.

4. Méthodologie

Le présent travail ayant pour objectif de nous intéresser à des pratiques outre atlantiques afin d'éclairer les pratiques belges, nous nous sommes intéressés de plus près à la stratégie néo-brunswickoise « D'abord chez soi ». Pour pouvoir faire un comparatif avec un projet similaire au niveau belge, nous nous sommes intéressés à Protocole 3.

Pour répondre à la question de recherche qui est quels éléments d'un projet, tel que « D'abord chez soi » pourraient être utiles pour aider les personnes âgées fragiles à garder leur autonomie et à vivre chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent, nous avons opté pour une démarche qualitative de type socioconstructiviste. *« Selon cette approche, la réalité est multiple, subjective et construite psychologiquement par les individus. Cette perspective tente à comprendre la réalité des personnes au moyen d'entrevues, de groupes de discussion et d'autres sources d'information telles l'étude de documents et l'observation participante. »* (Dupuis-Blanchard S., 2011).

4.1. Collecte de données

4.1.1. Professionnels au Nouveau-Brunswick

Nous nous sommes rendus au Nouveau-Brunswick durant le mois de septembre 2017 pour rencontrer des professionnels (infirmière gestionnaire de santé, gestionnaire de projet, etc.) afin d'avoir leurs impressions sur les forces et faiblesses de la stratégie « D'abord chez soi » ainsi que récolter leur perception de l'impact que cette dernière peut avoir au niveau micro, méso et macro. Au terme de ces différentes investigations nous avons pu pointer des forces et faiblesses de la stratégie, mettre en évidence ses apports dans le bien-vieillir et le maintien à domicile des néo-brunswickois âgés.

Préalablement à cette visite, nous avons pris contact, par téléphone et par emails, avec différents organismes et institutions depuis la Belgique afin de pouvoir rencontrer des professionnels actifs dans le maintien à domicile et étant impliqués dans la stratégie « D'abord chez soi ». Nous avons pu obtenir des rendez-vous avec certaines personnes que nous avons directement contactées et avons également pu profiter du réseau de l'une ou l'autre. Certains contacts n'ont pas abouti et d'autres n'ont pas donné de suite à notre interpellation.

Nous avons également réalisé un guide d'entretien de type qualitatif (le lecteur peut retrouver ce document en annexe 3). Chaque rencontre a été menée en suivant la méthodologie de l'entretien semi-directif ou compréhensif. Notre guide d'entretien comportait en préambule des questions d'ordre général afin de faire connaissance avec la personne, comprendre son implication au niveau du maintien à domicile, sa perception du vieillissement dans la province, etc. Par après nous avons posé quelques questions d'ordre général sur la stratégie « D'abord chez soi » afin d'évaluer les connaissances de notre interlocuteur au sujet de cette stratégie, son implication dans l'une ou l'autre initiative ou dans la conception de la stratégie, les éventuelles forces, faiblesses, menaces, opportunités qu'il remarquait. Etant donné que nous n'avons pas

eu la possibilité de rencontrer de personnes âgées fragiles vivant à domicile et bénéficiant de l'une ou l'autre aide soutenue par la stratégie « D'abord chez soi », nous avons demandé aux professionnels s'ils pouvaient nous rapporter leurs remarques, attentes, perceptions ainsi que celles des familles. Par la suite, nous avons décidé de reprendre les grands items et directions de la stratégie « D'abord chez soi » (vieillesse en santé, soutien et soins appropriés ainsi que système souple, intégré et viable) et avons demandé aux intervenants leur perception quant aux différents thèmes abordés, les initiatives qu'ils avaient pu voir émerger, les évolutions qu'ils avaient constatées, etc.

Cinq entretiens semi-directifs d'une durée de 40 à 60 minutes ont été réalisés entre le 5 et le 15 septembre 2017. Nous avons enregistré le contenu des rencontres sur un dictaphone après avoir reçu l'accord des participants. Avant de débiter chaque entretien, nous avons informé les intervenants sur les modalités et les objectifs de notre démarche. Après avoir vérifié que tout avait été compris, nous avons demandé aux professionnels de signer un formulaire de consentement (le lecteur peut trouver chaque consentement en annexe 4).

Les différents professionnels interviewés provenaient d'horizons différents mais étaient tous concernés par le maintien à domicile. Ainsi nous avons rencontré :

- Une professeure agrégée à l'école des sciences infirmières avec charge d'enseignement à l'université de Moncton, directrice du centre d'étude du vieillissement à l'Université de Moncton, titulaire de la chaire de recherche en santé CNFS-Université de Moncton sur le vieillissement des populations.
- Une infirmière gestionnaire de santé du réseau de santé Vitalité.
- Une responsable des soins de santé primaire du réseau de santé Vitalité.
- Une gestionnaire de projet impliquée dans l'évaluation de la stratégie « D'abord chez soi », travaillant au sein du ministère du Développement social.
- Un travailleur impliqué dans la stratégie « D'abord chez soi » et travaillant au sein du ministère du Développement social.

4.1.2. Documents en Belgique

Notre collecte de données en Belgique a été réalisée par le biais de différents documents relatifs au Protocole 3. Il s'agit principalement de rapports d'évaluation et de recommandations élaborés par les 4 universités belges chargées de l'analyse scientifique des projets.

Nous avons pu avoir accès à ces différents documents par l'intermédiaire de notre promotrice et, par la suite, en consultant le site web de l'INAMI qui héberge les différents rapports.

En accord avec notre promotrice, nous avons décidé de ne pas aller à la rencontrer des professionnels responsables de l'évaluation du Protocole 3. Nous avons jugé que les informations reprises dans les différents rapports suffiraient à réaliser notre analyse dans le cadre de la rédaction du présent travail de fin d'études.

4.2. Analyse des données

4.2.1. Analyse qualitative par entretien semi-dirigé

Chaque entretien a été enregistré sur un dictaphone pour être, par la suite, retranscrit. Nous avons tenté d'être le plus complet possible dans notre transcription afin d'en retirer la substantifique moelle.

Nous n'avons pas nous même réalisé d'enquête à caractère quantitatif. Nous nous sommes néanmoins servis de notre recherche documentaire et d'études ayant traits avec notre problématique en vue d'éclairer nos données qualitatives par le quantitatif.

Nous avons décidé de réaliser une analyse thématique de nos entretiens. « *L'analyse thématique consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'un verbatim d'entretien, d'un document organisationnel ou de notes d'observations. [...] L'analyse thématique a deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation. La première fonction concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de repérer tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité de documenter l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc de relever des récurrences, des regroupements, etc.* » (Mucchielli A *et al*, 2005). Pour le présent travail, nous avons plus spécifiquement travaillé selon la démarche de thématisation en continue. Les différents thèmes ont été identifiés au fur et à mesure de notre lecture pour être ensuite regroupés et, finalement, hiérarchisés selon que ces thèmes soient centraux ou associés (Mucchielli A *et al*, 2005). Nous avons ainsi pu construire petit à petit notre grille d'analyse en y insérant les différents éléments que nous avons pu mettre en avant.

4.2.2. Analyse documentaire

Pour l'analyse des projets de Protocole 3, nous avons décidé d'utiliser de la même technique que pour l'analyse de nos entretiens. Nous avons donc décidé de reprendre les grands items identifiés pour la stratégie « D'abord chez soi » et les avons transposés afin de réaliser une analyse SWOT des projets retenus.

Au cours de nos différentes recherches et de la réalisation de notre revue de littérature, nous avons décidé d'appliquer un filtre sur les documents et de ne pas nous intéresser aux documents en dessous de 2007. Ceci dans un souci de pertinence de notre recherche.

5. Résultats

L'analyse des entretiens réalisés au Nouveau-Brunswick dans la ville de Moncton entre le 5 et le 15 septembre 2017 avec les différents professionnels a été effectuée sur base des différents items de la stratégie « D'abord chez soi » et des questions clés posées lors des interviews. Dans la présentation de nos résultats, nous indiquerons dans chaque partie les forces, faiblesses, opportunités et menaces que nous identifions suivant les dires de nos interlocuteurs.

Afin de garantir l'anonymat des personnes interrogées ainsi que de faciliter la lecture, nous avons décidé de donner certains diminutifs aux professionnels :

Personne interviewée	Profil	Lien avec « D'abord chez soi »
P1	Professeure universitaire, directrice du centre d'étude du vieillissement à l'Université de Moncton, titulaire de la chaire de recherche en santé CNFS-Université de Moncton sur le vieillissement des populations	Impliquée dans les groupes de réflexion sur les stratégies de maintien à domicile au Nouveau-Brunswick, experte du vieillissement et du maintien à domicile
P2	Infirmière gestionnaire de santé du réseau Vitalité	Partie prenante d'une initiative soutenue par « D'abord chez soi »
P3	Directrice des soins de santé primaire du réseau de santé Vitalité	Impliquée dans le maintien à domicile des personnes âgées

P4	Gestionnaire de projet travaillant au sein du ministère du Développement social	Impliquée dans l'évaluation de la stratégie « D'abord chez soi » et dans la mise en place d'un programme d'aide au maintien à domicile
P5	Travailleur du ministère du Développement social	Impliqué dans l'évaluation de la stratégie « D'abord chez soi »

Perception de la réaction du système de santé néo-brunswickois par rapport au défi démographique lié au vieillissement

Nous définissons ici le terme « perception » comme étant la manière dont les personnes interrogées perçoivent la réaction du système néo-brunswickois par rapport au vieillissement dans la province.

De manière générale, les cinq professionnels interrogés ont une vision homogène des défis que va représenter le vieillissement au sein de la province du Nouveau-Brunswick, tous ont répondu que le nombre de personnes âgées était grandissant partout dans la province et voient ce vieillissement comme un enjeu pour la province dans les prochaines années. P4 restait, cependant, plus conventionnel dans sa manière d'aborder la question.

P1 et P3 ont mis en avant certaines menaces telles que le manque d'intérêt des politiques pour la problématique du vieillissement et le peu d'actions réalisées concrètement. P3 nous illustrait cela par ces propos « J'ai toujours été une de celles qui poussait pour qu'on fasse plus de prévention, de promotion de la santé mais c'est pas ça qui gagne des élections, c'est ouvrir des hôpitaux, ajouter des médecins, ça ça gagne des élections ». Ce manque d'intérêt pourrait nuire à la volonté de mettre en place des actions en faveur d'un vieillissement réussi pour les personnes âgées fragiles.

Perception de la réaction du système de santé néo-brunswickois par rapport au maintien à domicile des personnes âgées

Nous nous intéressons ici à la manière dont les professionnels interrogés perçoivent la réaction du système de santé par rapport au maintien à domicile.

P1, P2, P3 nous ont parlé des aidants informels, des proches, et nous interpellent quant à la diminution du soutien de la famille et au manque de personnes disponibles pour permettre la centralisation des informations du patient. Il va y avoir de plus en plus un besoin de services

pour soutenir les personnes à la maison car les familles le feront de moins en moins. « La génération actuelle de 70-80 ans ça ira pour eux, ce sera correct parce qu'ils auront de la famille autour d'eux mais pour nos nouvelles générations qui feront partie de la cohorte de 2025-2030-2035 eh bien il y a beaucoup de jeunes qui sont partis du Nouveau-Brunswick [...] Il faudra prendre ça en compte dans notre planification, il faudra prévoir cela ».

P2 soulignait plus spécifiquement qu'il fallait pouvoir offrir du soutien à ces aidants informels. P1 et P3 pointaient que certains lits d'hôpitaux étaient occupés par des personnes qui pourraient rentrer chez elles mais qui n'ont pas les services nécessaires à disposition à leur domicile ou dans la communauté. Elles mettaient aussi en avant que les longues hospitalisations et certaines institutionnalisations pourraient être évitées en offrant suffisamment de soutien à domicile « On sait aussi que 60% des gens qui sont dans les lits de nos grands hôpitaux régionaux seraient même pas obligés d'être là si on installait les bons services dans la communauté. »

P1, P2, P3 sont restés assez homogènes dans leur vision de la réaction du système de santé par rapport à la question du maintien à domicile des personnes âgées fragiles. Elles sont toutes restées critiques. Elles ont mis le doigt sur certaines problématiques liées au maintien à domicile et interpellent quant aux réponses à apporter. La diminution du nombre d'aidant-informels, le peu d'actions réalisées dans la pratique, le manque de services présent à domicile pourraient être des menaces pour le maintien à domicile des personnes âgées dans la province. P4 et P5 ont gardé pour leur part une position plus conventionnelle.

Perception des personnes âgées tel que rapportée par les personnes interrogées

Étant donné que nous n'avons pas pu recueillir la parole de personnes âgées quant à leur ressenti sur leur maintien à domicile et à leurs impressions sur la stratégie, nous avons interrogé les professionnels. Ces derniers nous ont rapporté certaines interpellations et des propos des personnes âgées qu'ils rencontrent ainsi que de leur famille.

De manière générale, les intervenants nous rapportent que les gens veulent rester à domicile mais des problèmes d'ordre financier pourraient être un frein à leur souhait. En effet, les soins à long terme représentent un coût non négligeable et peuvent entamer considérablement le budget du ménage, comme nous le disaient P2 « Le maintien à domicile représente un coût énorme. Les ressources sont très limitées pour les gens et puis la prise en charge se sera peut-être que 30%... » et P4 « Il y a aussi des PA qui sont réticents par rapport au coût parce que les soins de long terme ne sont pas pris autant en charge par le gouvernement, à l'inverse des soins

de court terme ». Beaucoup de service restent à charge des personnes, ce qui peut entraîner de devoir faire un choix.

Les intervenants ont une vision homogène du maintien à domicile et des défis que rencontre la province. Les menaces qui ont été pointées sont : le coût des soins à domicile, le manque de services à domicile et le fait que certaines personnes ne sont pas prêtes à laisser un inconnu venir les aider chez elle. Une force serait l'appréciation des gens des services qu'ils reçoivent.

Informations reçues par rapport à la stratégie « D'abord chez soi »

Nous voulons montrer au lecteur les informations que nous avons pu récolter auprès des professionnels avant de nous intéresser aux différents items caractérisant la stratégie « D'abord chez soi ».

Les intervenants ont pu mettre en avant certains manquements, des interpellations et des problématiques qui pourraient venir mettre en péril la stratégie et la mise en place d'initiatives.

Selon eux, la force de la stratégie est de vouloir répondre au désir des personnes âgées de rester à domicile et ainsi de réduire le nombre de placement. Certains intervenants l'ont mis en avant.

P1, P2, P3 ont pointé certaines faiblesses. Les personnes démentes ne sont pas prises en compte dans la stratégie ce qui interpelait plus particulièrement P2. Le manque d'évaluation de la stratégie, de suivi et de planification, a été souligné par P1 « On entendait que petit à petit on commençait à faire certains services ou des visites mais c'était tellement décousu et ça l'est encore. C'est comme si il n'y avait pas de vision extérieure, de suite logique, comme si il n'avait pas penser à quel programme mettre en place le premier et qui pourrait entraîner un deuxième puis un troisième [...] Il semble qu'il n'y a pas de mécanisme formel pour l'évaluation. » La méconnaissance des professionnels par rapport à la stratégie ainsi que la difficulté d'accès aux informations relatives à la stratégie lui semble également poser problème « c'est un peu comme si les gens ne savaient pas que ça faisait partie de « D'abord chez soi ». Cela prend énormément de temps, c'est très très lent et c'est même très très difficile d'avoir des informations de l'extérieur. » Le public ne semble pas non plus au courant de la stratégie et des actions qui sont menées, ce qui nous semble également être une faiblesse de la stratégie « Dans les entrevues et sondages qu'on a fait ces 2 dernières années, très peu de PA ou de famille nous ont ne fut ce que nommé la stratégie « D'abord chez soi ». Ce n'est pas très connu. »

P4 et P5 avaient une opinion divergente par rapport à la problématique de l'évaluation pointée par P1 « Un bon nombre d'initiatives ont des évaluations qui sont faites de façon individuelle.

[...] Pour ce qui est de l'évaluation globale de la stratégie « D'abord chez soi », ça c'est basé sur le nombre de personnes qui choisissent de rester à domicile. Par exemple au début du programme on avait 50% de personnes qui choisissaient de rester à domicile et 50% qui allaient en foyer de soins, on va voir si maintenant on a réussi à diminuer ce nombre là, ça va être ça la mesure. »

Certaines menaces ont aussi été mise en avant. Tous les intervenants ont envisagé le manque de ressources humaines pouvant fournir des aides à domicile comme étant une menace pour la stratégie car cela pourrait empêcher l'implémentation de certaines initiatives. « Il y a un manque de ressource pour le maintien à domicile, nous n'avons pas assez de personnel pour le maintien à domicile et aider dans les activités de vie quotidienne. » D'autres menaces ont été mise en évidence par P1, P2 et P3. L'utilisation de la stratégie à des fins politiques a été évoquée. Elles pointaient aussi qu'il existe trop de documents similaires qui n'aboutissent pas et qui font que les gens n'y croient plus. Selon les dires de P2 et P3 plus spécifiquement, le transfert du Programme extra-mural, qui est une composante importante de la stratégie et qui offre l'accès aux soins à domicile, vers une société d'assurance privée nommée Medavie au 1^{er} janvier 2018, pourrait nuire au maintien à domicile des personnes âgées fragiles et à l'accès aux soins. Comme P2 le mettait en avant « Ça commence à faire peur de voir que le gouvernement veut commencer à privatiser. Moi ça m'inquiète de voir s'en aller des soins de santé vers le domaine du privé. ».

Après avoir récoltés des informations sur la stratégie, nous avons interrogé les professionnels sur les trois grands piliers avancés par la stratégie « D'abord chez soi » : vieillissement en santé, soutien et soins appropriés, et système souple, intégré et viable. Nous avons décidé d'utiliser ces trois piliers pour définir trois grands thèmes dans lesquels nous proposerons des sous-thèmes au lecteur en fonction des interactions que nous avons eu avec les intervenants.

Perception des professionnels par rapport au vieillissement en santé au sein de la province

Les différents professionnels ont une vision assez homogène de la notion de vieillissement en santé et des composantes nécessaires pour y parvenir. Ils sont conscients des défis auxquels doit faire face la province pour permettre de répondre à cet objectif de la stratégie « D'abord chez soi ».

Les défis relevés par les professionnels pour parvenir à l'autogestion de la santé

Lorsque nous parlons d'autogestion de la santé, nous voulons mettre en évidence les moyens que peuvent avoir les gens pour gérer eux-mêmes leur santé et parvenir à un vieillissement à domicile dans les meilleures conditions.

P1, P2, P3 ont une vision homogène de l'autogestion de la santé. P4 et P5 ne sont pas rentrés dans les détails de cet item.

P1 et P2 nous indiquaient qu'il leur semblait qu'il manquait des ressources à la disposition des gens afin d'« autogérer » leur santé et de pouvoir rester chez eux d'une façon sécuritaire. Des séances d'information sur les chutes, la mémoire, etc., semblerait pouvoir répondre à cet objectif mais sont un manque au sein de la province. « C'est bien beau de vouloir garder nos aînés en santé et autonome mais il faut leur donner des moyens pour cela. » De leur point de vue, certains patients aigus auraient pu ne pas tomber dans la fragilité si l'on avait mis l'accent sur la prévention et la détection de la vulnérabilité au moyen, par exemple, d'un outil ou d'échelle « Si il y avait de la prévention on éviterait que les gens restent trop longtemps dans la partie critique et soit au-dessus de la pyramide. »

P1 et P3 mettaient aussi en avant que la province n'est pas suffisamment axée sur la promotion de la santé. La province aurait dû plus investir dans la prévention et la promotion de la santé mais il semblerait que ça ne soit pas une priorité. « Pour la stratégie comme telle on vise à maintenir les personnes à domicile le plus longtemps possible dans des conditions sécuritaires. [...] On n'a pas le choix, on n'a pas les moyens de soigner tous ces gens-là parce qu'on n'a pas investi dans la prévention ». P3 nous indiquait certaines initiatives qui, selon elle, pourraient répondre à l'objectif de l'auto-gestion : les centres de santé communautaires. Elle nous expliquait qu'un focus était fait sur la prévention dans ce type de structure « Ces deux endroits là [deux centres de santé communautaires] ont pris un rôle de faire de la prévention, de la promotion de la santé, pratiquer l'approche de l'autogestion, du client comme partenaire ».

P2 met en avant que pour permettre l'autogestion et un vieillissement à domicile il faudrait s'axer sur l'éducation à la santé et l'information. Elle constate que ses patients s'informent beaucoup plus que par le passé, ce qui peut être considéré comme une force. « On peut favoriser l'autogestion de la santé par l'éducation. » En revanche, elle pointe deux menaces à cette prise d'informations qui ont aussi été relevées par P3 et P1 : l'obstacle de la langue et le faible niveau de littéracie de nombreux patients francophones. De leurs points de vue, il faudrait plus prendre en compte la littéracie dans les stratégies comme « D'abord chez soi ». Ainsi P2 nous disait

« On a manqué de rentrer la littéracie dans les critères de vulnérabilité parce qu'on dit que le patient va s'autogérer, qu'il va s'informer mais si il ne peut même pas comprendre... ».

Ressources communautaires identifiées par les professionnels

Nous nous intéressons ici aux ressources que les professionnels ont identifiées dans la communauté et qui peuvent permettre le vieillissement en santé. Les principales intervenantes à nous en avoir parlé sont P1 et P3. Elles sont assez homogènes dans leur vision.

Le manque de ressources communautaires dans certaines régions a été identifié comme une faiblesse. P1 les juge insuffisantes dans la zone de Moncton en comparaison à d'autres régions de la province plus au nord qui s'impliquent beaucoup plus dans des actions communautaires, ce qui est appuyé par P3. Elle met en avant qu'il n'y a pas suffisamment d'informations communiquées via des séances d'informations sur le vieillissement par exemple, et un manque de ressources humaines « Ce centre-là [un centre communautaire dans le nord] coordonne et va voir ce qu'il y a comme besoin dans la communauté, va développer certains programmes. Ici à Moncton c'est très sporadique, très ici et là, qu'un groupe déciderait de faire qqch. »

P3 nous disait qu'elle trouvait que les services communautaires de la province étaient plutôt bons, ce qui est une force pour elle, mais qu'elle trouvait que la publicité pour fréquenter les centres de soins communautaires était mal faite, ce qui représente une faiblesse « On offre de très bons services mais on est très mauvais pour les publiciser. L'information n'est pas toujours bien donnée au client et si elle est donnée c'est sur le site web. Les personnes âgées ne vont pas aller sur un site web. ».

Point de vue sur les offres de services à domicile pour soutenir le maintien à domicile

Nous voulons mettre en avant les différents services que les professionnels identifient comme nécessaire au maintien à domicile. Il s'agit tant de services de soins à la personne que d'aides dans les activités de la vie quotidienne.

Tous les intervenants ont une vision homogène et mettent en avant que les services à domicile sont insuffisants et morcelés. Ils nous ont interpellé plus spécifiquement quant au manque d'offre de services de soutien à domicile qui pourrait représenter une menace à la mise en place d'initiatives favorisant le maintien à domicile.

Tous les professionnels mettaient en avant que certains services manquent à domicile et qu'ils sont limités dans leurs offres. Ainsi P5 nous disait « Les services que tu peux avoir par les

agences sont quand même aussi limités comme service. Ce sont des petits travaux autour de la maison, ils vont faire le petit ménage, pas le gros ménage.» Le manque de ressources humaines afin d'offrir les aides dans les activités de la vie quotidienne peut être considéré, selon eux, comme une menace.

En conclusion de cet item du vieillissement en santé, nous relevons qu'une opportunité de la stratégie réside dans le travail réalisé par les centres de santé communautaires. Les menaces que nous identifions sont les suivantes : le manque de ressources humaines, le manque de services à domicile pour répondre aux besoins des gens, la province ne mise pas suffisamment sur la prévention et la promotion de la santé, le faible niveau de littéracie et les obstacles linguistiques.

Perception des professionnels quant à la thématique du soutien et des soins appropriés

De manière générale, les professionnels interviewés ont une vision homogène des actions qui peuvent être développées afin d'améliorer le soutien et offrir des soins appropriés.

Soutien et soins offerts par des professionnels

Nous entendons par soutien et soins offerts par des professionnels, les aides qui peuvent être apportées aux personnes âgées afin de leur permettre de rester à domicile. Ce point rejoint celui du point de vue des professionnels sur les services offerts à domicile dans la thématique vieillissement en santé.

La grande menace qui est de nouveau pointée par les différents intervenants est celle du manque de services à domicile et de ressources humaines. Ils mettaient en avant qu'il y a un manque de personnel de support afin de permettre une bonne prise en charge des personnes âgées à domicile. Les propos de P5 sont explicites « Des infirmières il y en a assez, ce dont on manque ce sont les supports à domicile pour donner le bain, faire la nourriture, nettoyer la maison. » Ce manque de main d'œuvre semble pouvoir provenir d'une perte d'intérêt pour le secteur des aides au maintien à domicile comme nous le dit P3 « Dans le passé il y avait beaucoup plus de personnes intéressées de travailler avec des PA à domicile. Maintenant la nouvelle génération ne semble pas intéressée de prendre soins des besoins de base. » mais P2 soulignait également que la rémunération du personnel n'était pas suffisamment attrayante « Il n'y a pas assez de personnes intéressées et puis ça ne paie pas assez. » Une méconnaissance des jeunes par rapport à la problématique du vieillissement dans la province semble pouvoir expliquer cette pénurie d'aidants formels selon P1. Le départ des jeunes vers des provinces plus attrayantes semble

également pouvoir être une explication et pourrait être une menace pour la mise en place d'initiatives innovantes selon P3. « Ne pas savoir garder les jeunes dans la province pourrait mettre en péril certains programmes [...] ». En revanche, certains ont relevé que l'immigration pourrait être vue comme une opportunité pour la stratégie.

Apports des technologies relevés par les professionnels

Nous voulons ici mettre en évidence les technologies qui peuvent être offertes afin d'aider les personnes âgées fragiles à leur domicile et venir soutenir les aides déjà mise en place.

Au niveau des technologies pouvant être mobilisée à domicile, deux intervenants ont mis en évidence l'option télé-soins 811 qui est un numéro d'appel qui permet de parler à une infirmière qualifiée. Elle collecte des données et elle va informer la personne de ce qu'elle peut faire (aller aux Urgences, voir un médecin, prendre un médicament, etc.). Ce service pourrait être une opportunité qui permettrait la mise en place de certaines initiatives et pourrait aider à ciblé les besoins des personnes âgées fragiles.

P1, P4 et P5 nous ont aussi parlé d'une option de surveillance à distance de la personne âgée fragile à domicile par le biais d'alarmes, cameras, détecteurs. Chacun a déploré la sous-utilisation de ce système, très utile par exemple pour les personnes démentes, et la méconnaissance des personnes au sujet de cette technologie. P1 le mettait en avant « Les gens ne connaissent pas qu'ils ont accès à cela. » mais parlait aussi d'un sentiment de malaise des familles à « s'incruster » dans l'intimité du parent. Cela pourrait expliquer la sous-utilisation. La sous-utilisation des outils technologiques et la méconnaissance sont des faiblesses.

P3 nous parlait d'une autre technologie sous-utilisée qui est la télésanté. Cet outil est disponible dans les centres de santé communautaire et permet, par le biais de la video-conférence, d'entrer en contact avec un médecin. Au vu des conditions climatiques extrêmes en hiver et des longues distances que doivent parfois parcourir les personnes pour voir un médecin, les gens sont en demande de pouvoir avoir plus accès à la télésanté. La mentalité des travailleurs du système de santé tels que les médecins est ici pointée comme posant problèmes et pouvant être une menace pour l'utilisation de l'outil. « Il y a encore beaucoup de travail à faire auprès des médecins. Peut-être que ça prend trop de temps pour eux et donc ils peuvent pas faire autant d'argent [...] C'est vraiment pas utilisé parce que les médecins ne veulent pas. »

La radio est un autre média qui a été mis en avant par P3 et qui pourrait être une belle opportunité pour la stratégie. P3 nous expliquait que l'utilisation de la radio pour transférer des

informations sur la santé fonctionnait plutôt bien, même au niveau de la population plus âgée. Elle permet, en outre, de réduire les inégalités d'accès aux informations de santé. « On utilise beaucoup la radio communautaire parce qu'il faut savoir que notre taux d'alphabétisme est très bas ici. [...] c'est pas tout le monde qui a les moyens de s'acheter un journal, c'est pas tout le monde qui lit l'internet. Alors chez nous, la radio communautaire c'est un bon outil. Et la chronique est vraiment suivie par beaucoup de gens. »

En conclusion de cette thématique des soutiens et soins appropriés, nous pouvons pointer différentes menaces au développement de l'offre de services tel que souhaité par la stratégie « D'abord chez soi » : le manque de ressource humaines au domicile des gens, le manque de prise en charge financière des services d'aide à domicile par le gouvernement, le manque d'intérêt pour la télé-santé de la part des médecins. Les intervenants ont pointé le peu d'utilisation des technologies comme une faiblesse de la stratégie. Développer les projets de radio communautaire nous semble en revanche être une opportunité ainsi que la mise en avant des technologies citées ci-dessus auprès du public.

Point de vue des professionnels sur la notion de système souple, intégré et viable

Les visions des différents intervenants sont moins homogènes que dans les deux thématiques précédentes.

Perception de la coordination et de la gestion de cas tel que perçue par les professionnels

Nous parlons ici de la coordination interprofessionnelle et interservices au service du patient ainsi que de la gestion de cas pour des patients plus fragiles.

P2 et P3 mettent en avant que la coordination est bonne dans la pratique et s'améliore tandis que P1 est plus critique et observe la situation dans son ensemble, avec plus de recul. P4 et P5 sont plutôt dans une posture descriptive de la situation.

La coordination et la gestion de cas semblent assez bonne entre P2 et ses collègues du Ministère du développement social et du Programme extra-mural. Une bonne collaboration est présente entre ces services. Nous identifions cela comme étant une force pour le bon fonctionnement d'initiatives soutenues par la stratégie « D'abord chez soi ». P2 indiquait que sans une bonne coordination, il y avait un risque important de mal transmettre les informations ainsi que des risques de doublons entre service « C'est un gros travail la coordination. C'est un peu comme

comment la main droite parle à la main gauche. [...]». P3 considère aussi que la coordination s'améliore dans la province et insiste sur la nécessité que le gouvernement néo-brunswickois incite plus à la collaboration entre services.

P1 est beaucoup plus critique sur le sujet de la coordination et de la gestion de cas, mettant en avant que cela est trop peu développé dans la province et que c'est un gros manque. Le manque de communication est assez interpelant selon elle et cela entraîne un dédoublement dans les actions. Elle met aussi en avant qu'il faudrait plus développer le travail en réseau « On dit qu'on veut développer des soins axés et contrés sur la personne, oui mais la personne qui a toujours besoin de répéter son histoire à trois ou quatre agences, ça n'a pas d'allure. Parlons nous, créons un système. [...] Il faut trouver des mécanismes de travail en réseau. » Nous considérons cette absence de travail en réseau comme une faiblesse. P5 mettait en avant qu'il n'existe certes aucun mécanisme d'échange formel mais que cela n'empêche pas une bonne collaboration entre services. De plus, de temps en temps, différents acteurs se regroupent et discutent ensemble de problèmes rencontrés au Nouveau-Brunswick.

P4 parle d'une autre manière de favoriser la collaboration entre services et la transmission de l'information, il s'agit du dossier informatisé. En revanche, ce système n'est à l'intention que des médecins, pharmaciens communautaires et hôpitaux. Les services et soins à domicile utilisent toujours des moyens de communication sur support papier au domicile du patient. Le ministère travaille actuellement au développement d'un dossier de santé électronique « L'extra-mural et le Développement social n'y ont pas accès. Nous travaillons à développer ce dossier électronique pour que d'autres professionnels aient accès. [...] L'extra-mural et les travailleurs sociaux travaillent de façon très proche, ils transmettent des informations par le plan de soins papier qui est au domicile du patient ». Selon nous, le fait d'utiliser un support pour transmettre l'information peut être considéré comme une force mais nous craignons la perte du document qui reste au domicile du patient. Développer un dossier informatisé plus étendu pourrait constituer une véritable opportunité pour le bon fonctionnement de cette thématique de la stratégie « D'abord chez soi ».

Il semble qu'il y ait beaucoup de partenariats dans les actions de santé communautaire comme nous le disait P3. Selon elle, le système de santé néo-brunswickois est en pleine mutation vers des services communautaires « On a compris que le système de santé seul ne va pas régler la santé de la population. Ça a pris longtemps pour qu'on le comprenne dans les 10 dernières années passées. On est en plein dans une réforme du système de santé. On est en train de se

rapprocher des services communautaires ». Nous considérons cette mutation du système comme pouvant être une opportunité pour la prise en charge des personnes âgées fragiles.

En conclusion de cette thématique du système souple, intégré et viable, nous pouvons pointer comme forces : la bonne coordination entre certains services qui s'améliore avec le temps, l'utilisation d'un support pour transmettre des informations sur le patient. Deux opportunités à saisir pour la stratégie « D'abord chez soi » sont : la mutation du système de santé actuel et le développement d'un dossier patient électronique accessible aux services de maintien à domicile. Nous pouvons mettre en avant une faiblesse résidant dans le manque de développement de la gestion de cas pour les personnes âgées fragiles et les difficultés de coordination et de transmission d'information entre services mis en évidence par P1.

6. Discussion

Afin de répondre à notre question de recherche qui est quels éléments d'un projet, tel que « D'abord chez soi » pourraient être utiles pour aider les personnes âgées fragiles à garder leur autonomie et à vivre chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent, nous nous sommes intéressés à certains concepts qui ont attiré notre attention lors de la rédaction de nos résultats et qui peuvent venir enrichir un projet tel que Protocole 3 ici en Belgique. Il s'agit des points suivants : les aides formelles et informelles, la privatisation des soins de santé, l'évaluation et la conduite de projet, la promotion de la santé, la coordination et le case management. Ces éléments viennent étayer notre réflexion et mettre en évidence des points d'attention sur lesquels nous devons nous focaliser afin de soutenir le maintien à domicile des personnes âgées fragiles.

Les aides informelles et les aides formelles

Les aidants informels sont une composante essentielle de la prise en charge des personnes âgées fragiles. Il est important de mettre en place des actions qui leur apportent du soutien afin d'éviter qu'ils s'épuisent tant d'un point de vue physique que psychologique. Cependant, il nous semble nécessaire de nous interroger sur le devenir de ces aides informelles si précieuses. Comme il l'a été souligné par certains intervenants, il y aura un besoin grandissant en services formels pour soutenir les personnes âgées fragiles à domicile car les familles, les enfants, le feront de moins en moins. La Belgique se trouvera également dans une situation similaire. Il est à craindre

que le réservoir d'aidants informels ne puisse pas combler les besoins et ce, pour différentes raisons : la modification de la composition des ménages (divorces, familles monoparentales, migration des enfants, baisse de la fécondité), l'augmentation du nombre de papyboomers, la diminution du nombre de femmes inactives et entre 50 et 79 qui sont considérées comme aidants informels principaux, le passage du « cure » au « care » dans les soins de longues durées, les soins de confort, l'entretien personnel, etc (Gourbin C., 2018). Il est donc nécessaire de planifier une prise en charge formelle afin de remédier aux besoins à venir. Deux éléments ont, cependant, attiré notre attention : le coût et l'offre limitée en aides formelles.

En tant que travailleuse sociale et future diplômée en santé publique, il nous semble important de rester vigilant quant au coût que ces soins de longues durées pourraient engendrer pour les personnes âgées. Au Nouveau-Brunswick, les soins de longue durée ne sont pas autant pris en charge que ne le sont les soins à court terme. Ce coût pourrait être un frein pour accepter les aides à domicile. De plus, le coût de beaucoup de services d'aide au maintien à domicile reste à charge des personnes. Il existe, certes, des aides financières pour les revenus les plus faibles mais elles ne permettent de couvrir que certaines aides (toilette, repas, petit ménage). Pour les frais non couverts, les personnes doivent parfois faire des choix et renoncer à des services auxquels elles auraient besoin, faute de moyens financiers. Ce cas de figure est aussi vrai en Belgique. La volonté des personnes âgées de rester à leur domicile pourrait aussi être contrariée en raison du manque d'aide financière pour réaménager le domicile par exemple. Tant au Nouveau-Brunswick qu'en Belgique, nous avons constaté que les interventions financières dans ce genre de cas étaient dérisoires face à l'ampleur de la tâche à accomplir. P1 mettait en avant, par exemple, qu'une prime de 1500 dollars pouvait être accordée aux personnes. Ce type d'aide peut permettre d'installer certaines rampes de soutien ou des barres dans la douche mais, pour réaménager un rez-de-chaussée par exemple, les aides sont trop insuffisantes. P1 nous rapportait que les familles ont tendance à se plaindre de ne pas avoir de moyens suffisants. Dans notre travail quotidien, il nous arrive aussi de rencontrer des personnes qui auraient besoin de réaliser des aménagements de domicile (rez-de-chaussée, douches, etc) pour rester chez elles mais nous faisons trop souvent le constat que ces travaux restent trop onéreux malgré les aides financières et ne sont, par conséquent, pas réalisés.

Il nous paraît aussi important de ne pas négliger l'offre en aides formelles car cela pourrait avoir un effet délétère sur l'accessibilité des personnes âgées fragiles aux services dont elles ont besoin. Comme l'ont mis en avant les intervenants néo-brunswickois, il y a un réel manque de professionnels qualifiés pour assurer le maintien à domicile de ce public dans la province, ce

qui impacte grandement sur la possibilité d'offrir des soins à domicile et de mettre en place des services d'aide dans les activités de la vie quotidienne. Le manque de services formels disponibles laisse craindre qu'une partie de la population ne soit pas couverte voire que seuls les plus nantis puissent y avoir recours... Comme nous l'avons mis en avant, le manque d'offre de soins à domicile subventionnés par les pouvoirs publics peut amener les personnes âgées fragiles à devoir se tourner vers les services privés non pris en charge, ce qui pose des questions de fond sur l'accessibilité.

L'immigration a été pointée comme pouvant permettre de renouveler la main d'œuvre nécessaire à la prise en charge des personnes âgées fragiles à leur domicile ainsi que freiner le vieillissement de la population. Il s'agit bien sûr d'une possibilité envisageable, néanmoins, certains rapports des nations unies mettent en avant que « *Le maintien des rapports de soutien potentiels à leurs niveaux actuels uniquement en ayant recours à une migration de remplacement semble inaccessible en raison du nombre extraordinairement important des migrants qui s'avèreraient nécessaires* » (ONU, 2017 ; Courbin C, 2018). Il est donc important, tant en Belgique qu'au Nouveau-Brunswick, d'envisager d'autres solutions afin d'atténuer les conséquences du manque d'aide formelle au domicile des seniors. Nous pourrions, par exemple, envisager de mieux informer les jeunes sur les possibilités de carrières dans le domaine du maintien à domicile et de rendre plus attractifs ces différents métiers paramédicaux.

La privatisation des soins

La privatisation du Programme extra-mural au 1^{er} janvier 2018 est un point interpellant dont nous ont fait part plusieurs professionnels. Pour rappel il s'agit du « *programme provincial de soins de santé à domicile qui fournit des services de soins de santé aux Néo-Brunswickois de tous âges à leur domicile* » (GNB, 2018). Actuellement il semble y avoir un partage de compétences entre différents acteurs : le gouvernement du Nouveau-Brunswick finance les services du Programme extra-mural, le ministère de la Santé est responsable de la direction générale du programme, le programme et l'équipe de professionnels sont dirigés par Medavie, les régies régionales (Réseau de santé Vitalité et Réseau de santé Horizon) fournissent les soins. Cette division des compétences nous semble poser problèmes en termes d'efficacité et d'opérabilité du programme. De plus, l'immixtion d'une société d'assurance privée dans le domaine de l'accès aux soins de santé pour l'ensemble de la population nous pose question d'autant plus que la loi canadienne sur la santé promeut l'accessibilité des soins pour tous.

Selon les critères de l’OMS, un système de santé doit pouvoir répondre à trois objectifs fondamentaux : améliorer la santé de la population, répondre aux attentes des gens, assurer une protection financière contre le coût de la mauvaise santé (Champagne F. *et al*, 2005). Avec le transfert de la direction du programme organisant les soins de santé à domicile vers une société privée, nous craignons que ces objectifs ne soient pas remplis. La privatisation des soins constitue, de notre point de vue, un risque non négligeable quant à la qualité des soins et à l’accès aux services de santé pour tous. Medavie pourrait privilégier certaines zones géographiques qui sont plus intéressantes que d’autres d’un point de vue économique. Les zones urbaines pourraient ainsi être privilégiées aux zones rurales.

Comme nous l’avons mis en avant précédemment, le Nouveau-Brunswick est confronté à de multiples défis tels que le vieillissement de la population et n’est pas en mesure de répondre à tous les coûts qu’engendre cet état de fait. Le transfert de compétences étatiques vers les milieux privés apparaît comme étant la seule solution afin de « réduire les coûts », au détriment de la qualité des soins, de l’accessibilité pour tous, etc. Avec les transformations à l’œuvre dans le système de sécurité sociale belge, nous craignons que ce type de procédés ne prennent de plus en plus d’ampleur. Étant donné que nous ne sommes pas encore arrivés au même stade que cette province canadienne et que nous avons encore des possibilités de marge de manœuvre, ne serait-il pas important de tirer leçon de l’expérience néo-brunswickoise afin d’éviter de reproduire certaines de leurs erreurs ?

L’évaluation et la conduite de projet

Certains éléments de conduite de projet nous ont questionné lors de la rédaction de nos résultats. En termes d’évaluation de la stratégie, il semble, par exemple, qu’il n’y ait pas d’évaluation formelle qui ait été élaborée. Comme nous le disait P1 « Sans évaluation on ne peut pas savoir si les actions et les financements qu’on accorde à certaines initiatives vont dans la bonne direction ou pas. Sans évaluation, on peut continuer à faire des mauvaises pratiques sans même le savoir ».

P4 et P5 nous expliquaient que certaines évaluations étaient faites individuellement, par projet, et que pour évaluer si « D’abord chez soi » rencontre bien les objectifs fixés, ils regardaient si le nombre de personnes qui choisissent de rester à domicile augmente ou non. Il semble donc que dans la pratique les projets soutenus par la stratégie soient évalués et qu’un critère ait été proposé pour évaluer globalement le bon fonctionnement de la stratégie. Cependant, selon nous, ce critère d’évaluation globale de la stratégie est un peu trop succinct. Comment savoir si les

personnes qui sont à leur domicile y sont par choix, ont suffisamment de services à leur disposition, etc. ?

« *Les projets doivent être planifiés et contrôlés globalement et au sein de chaque étape* » (Philippe M., 2016). Dans le cas de « D'abord chez soi », il semble que la ligne de conduite pour implémenter les initiatives ne soit pas toujours très claire, les évaluations ne sont pas toujours régulières, aucune évaluation « formelle » globale n'est réalisée, aucun rapport de fin de projet n'est disponible. Ces différents éléments nous interpellent, d'autant plus que P1 nous expliquait avoir participé à l'élaboration d'une nouvelle stratégie pour la province et que la récolte d'informations au sujet des résultats de « D'abord chez soi » était très compliquée. « J'ai été impliquée dans le développement de la [nouvelle] stratégie provinciale sur le vieillissement, on voulait recevoir des informations par rapport à où était rendu le dossier « D'abord chez soi », quelles initiatives avaient été implantées, etc, et c'était tellement difficile à recevoir l'information et à comprendre où cela était rendu. A un moment on s'est demandé, est-ce que c'est un grand secret ? ». Afin de pouvoir évaluer les résultats de la stratégie et permettre la mise sur pieds de la nouvelle, il nous semble essentiel que les informations au sujet de « D'abord chez soi » soient disponibles et accessibles. Une évaluation globale du projet permettrait de procéder à certains réajustements et éviter de répéter certaines erreurs. Nous pensons que l'outil InterRAI pourrait être intéressant à utiliser dans l'évaluation globale de la stratégie « D'abord chez soi » afin d'analyser si les objectifs fixés sont remplis et si les besoins des personnes vulnérables sont comblés.

« Se tenir ensemble : une stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick » est la nouvelle stratégie provinciale diffusée en janvier 2017. Nous avons été surpris d'apprendre l'existence de ce document alors qu'un travail similaire avait déjà été fait pour « D'abord chez soi ». Cette nouvelle stratégie se nourrit, certes, des précédents rapports d'experts, des recherches auprès des personnes âgées, de la stratégie précédente, mais, néanmoins, nous nous questionnons quant à la pertinence de ce document sans qu'un rapport de clôture ait été réalisé pour la stratégie « D'abord chez soi ». Ne faudrait-il pas s'axer sur une stratégie et venir la nourrir au fur et à mesure des évaluations ? Est-ce que la province ne se disperse pas un peu ? N'y a-t-il pas ici une forme d'instrumentalisation de la part des politiques ? Cette répétition dans les stratégies, les rapports, etc. peut, selon nous, mettre à mal la crédibilité du gouvernement et des politiques auprès des professionnels investis dans le maintien à domicile des personnes âgées fragiles, en témoignent les paroles de P2 « Ce sont un peu des termes copié-collé, c'est beau on va mettre ça là. (rire) wawh c'est beau je vais l'acheter » et les inquiétudes

de P1 sur l'accumulation de rapports qui « prennent la poussière » sans implémentation réelle des initiatives proposées « La stratégie provinciale sur le vieillissement a été mise en ligne publiquement fin janvier 2017. Je ne vais pas dire qu'il n'y a pas de travail qui a été fait depuis mais il n'y a pas encore de recommandation qui a été implantée. Un autre document qui j'espère ne va pas prendre la poussière mais j'ai peur que la poussière est en train de s'accumuler (rire). » Au travers des paroles de P1 et P2 nous pouvons constater que la répétition dans les stratégies peut avoir un impact sur le crédit accordé aux politiques d'actions menées par le gouvernement mais aussi sur l'investissement des travailleurs dans les différentes initiatives. Ainsi, nous avons pu constater que les professionnels ne sont pas toujours conscients que le programme dans lequel ils s'investissent fait partie de « D'abord chez soi », ce qui nous semble problématique pour permettre la mise en place d'initiatives innovantes et assurer une certaine cohérence dans les actions menées.

Comme nous l'avons mis en avant, en conduite de projet il y a certaines phases à respecter dont l'identification des besoins. Ne pas retrouver d'axe plus spécifique pour un public souffrant de démences dans la stratégie « D'abord chez soi » nous a interpellé. La démence risque pourtant d'être de plus en plus présente dans les prochaines années avec le vieillissement de la population. A l'heure actuelle, on dénombre 50 millions de personnes dans le monde atteintes de démence. Cette proportion devrait augmenter et atteindre 82 millions en 2030 et 152 millions d'ici 2050 (OMS, 2017). Il nous semble donc important que ce public spécifique soit mieux pris en compte dans les interventions futures. La nouvelle stratégie provinciale intitulée « Se tenir ensemble : une stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick » aborde la question de la prise en charge des personnes démentes. Dans les interventions soutenues par Protocole 3, les besoins des publics fragiles tels que les personnes démentes peuvent être identifiés grâce au BelRAI-HC. Des recommandations ont été faites quant au type d'interventions à mettre en place et à l'intensité de ces dernières. Nous pensons qu'il serait intéressant que le Nouveau-Brunswick fasse de même en utilisant, par exemple, l'outil InterRAI.

Il semble que Protocole 3 soit suivi avec plus de rigueur que « D'abord chez soi ». Une évaluation des différents projets soutenus a été réalisée formellement et un rapport global reprenant toutes les initiatives a été diffusés sur le site web de l'INAMI. Les différents rapports ont permis de mettre en avant l'atteinte ou non des objectifs fixés et de réagir à certains manquements en opérant certaines réorientations, précisions, etc. dans le second appel à projet. Il pourrait être intéressant que le Nouveau-Brunswick procède de la même façon. En revanche,

nous pointons un manque de vulgarisation dans la définition de Protocole 3 et dans les rapports d'évaluation. Lorsque nous nous sommes intéressés à Protocole 3, nous avons dû lire des arrêtés royaux, textes légaux, etc. pour pouvoir appréhender les spécificités du projet. Nous ne sommes pas sûrs que cela permette à tout en chacun de pouvoir s'y intéresser et de connaître l'existence d'initiatives novatrices pour soutenir le maintien à domicile des personnes âgées fragiles. A moins d'être un initié, les textes et rapports sont difficilement compréhensibles, à l'inverse de la stratégie « D'abord chez soi » qui a été diffusée dans un langage simple et à la portée de tous.

La promotion de la santé

Les professionnels ont mis en avant qu'il manquait d'actions de prévention et de promotion de la santé. Au travers des différents cours que nous avons suivi durant ce master, nous dressons le même constat ici en Belgique. Or, nous pensons que de telles actions auraient un effet bénéfique pour favoriser un vieillissement en santé et réduire ainsi les risques liés à la fragilité chez les personnes âgées. P3 mettait en avant qu'en investissant de l'énergie dans ce genre d'initiatives il aurait peut-être pu être possible de limiter le nombre de personnes fragiles dont il faut prendre soin à domicile actuellement.

En tant que cadre normatif de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa⁷ développe des axes stratégiques permettant d'atteindre l'objectif de santé pour tous, « le renforcement de l'action communautaire » et « l'acquisition d'aptitudes individuelles » (Aujoulat I, 2016). Cela nous semble réalisable au moyen de projets et structures tels que la radio communautaire et les centres de santé communautaire au Nouveau-Brunswick mais aussi au moyen des nouvelles technologies. Tant au Nouveau-Brunswick qu'en Belgique, il nous semble que ces technologies soient sous-utilisées alors qu'elles peuvent être des soutiens précieux dans le maintien à domicile des personnes âgées fragiles. Les outils technologiques peuvent constituer un atout dans la prise en charge de ce public. Ils peuvent permettre une ouverture vers le monde extérieur (via la radio communautaire par exemple), favoriser l'accès à autrui (via le téléphone par exemple), compenser les pertes d'autonomie, permettre l'aménagement du domicile pour favoriser le vieillissement chez soi en sécurité (système de surveillance par exemple) (Bobillier-Chaumon M-E. *et al*, 2009).

« La raison d'être de la promotion de la santé est d'augmenter le contrôle que les personnes exercent sur leur propre santé et sur les déterminants de celle-ci, dans le contexte de leur propre

⁷ Charte d'Ottawa, OMS, 1986

vie... là où ils habitent, aiment, travaillent, apprennent et jouent [...] ce processus englobe non seulement les actions qui visent à renforcer les capacités des individus, mais également celles qui tendent à modifier les conditions sociales, environnementales et économiques ayant des répercussions sur la santé » (Aujoulat I, 2016). Développer ces actions pourrait avoir un impact sur les déterminants de la santé des personnes âgées et permettre à ces dernières de mobiliser leurs compétences et leur pouvoir d'agir, leur « empowerment ». Cela pourrait également venir enrichir la thématique du Vieillissement en santé de la stratégie « D'abord chez soi » qui semble, selon les dires des intervenants, trop peu développée. Ce qualificatif de vieillissement en santé pour la Belgique et comme soutien à Protocole 3 nous semble nécessaire à promouvoir. En effet, comme nous l'avons mis en avant, les initiatives développées actuellement dans le cadre de Protocole 3 sont principalement axées sur le « cure » et non sur la prévention de situations entraînant la fragilité des personnes âgées. Comme le pointe l'OMS, il est nécessaire de promouvoir un vieillissement en bonne santé dans nos populations. « Si l'on veut que le vieillissement soit quelque chose de positif, il faut aussi que la vie plus longue s'accompagne de possibilités d'être en bonne santé, de participer et d'être en sécurité. » (OMS, 2002).

En termes de promotion de la santé, l'objectif d'autogestion de la santé soutenu par la stratégie « D'abord chez soi » est intéressant à développer, cependant, comme P2 le mettait en avant, comment est-il possible d'autogérer sa santé si l'on ne comprend pas et que l'on n'a pas les informations nécessaires à sa disposition ? Etant donné que certains professionnels ont abordé la notion de la littéracie en santé au cours de nos interviews, nous avons trouvé pertinent de nous y intéresser et de nous interroger sur sa pertinence dans le contexte du maintien à domicile des personnes âgées fragiles.

La littératie en santé peut être considérée comme une ressource pour la santé et comme un indicateur de succès d'une intervention de promotion de la santé. La littératie est, cependant, une compétence complexe. Il s'agit de « la capacité à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. » (Aujoulat I., 2016). Le niveau d'éducation est assez bas au Nouveau-Brunswick (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2013), ce qui peut jouer un rôle dans ce manque de maîtrise des informations relatives à sa santé et dans le pouvoir d'agir des individus.

La littéracie est une compétence complexe et peut être difficilement quantifiable, plus spécifiquement dans le contexte du maintien à domicile des personnes âgées fragiles. P2

l'exemplifiait en nous disant ceci « comment tu évalues le niveau de littéracie de quelqu'un ? c'est compliqué, vas-tu le faire par son niveau scolaire ? Oui je peux bien y aller par le niveau scolaire mais là il s'avère que le patient fait de la démence, il peut plus lire depuis des années, pourtant il a une maîtrise [Master] mais il ne comprendra rien là-dedans (en montrant un document). Pourtant il a été gérant d'une grande compagnie. Donc son niveau de littéracie est quasi nul. Compréhension 0, écriture 0, lecture 0, en français et en anglais. Mais si je m'étais arrêtée à son niveau d'éducation, j'aurais noté maîtrise et alors on n'aurait pas fait attention au niveau de littéracie ». Au vu de sa complexité, nous suggérons de rester prudent dans l'utilisation de cette notion et dans sa mesure auprès des personnes âgées fragiles.

La collaboration professionnelle et le case management

Les professionnels de terrain que nous avons rencontré nous ont rapporté que la collaboration professionnelle entre services était plutôt bonne mais pourrait encore s'améliorer. Le travail en réseau semble peu mis en place. D'un regard extérieur P1 mettait, cependant, en avant qu'il existe un manque de coordination entre les services et que le case management est trop peu développé dans la province. Dans notre revue de la littérature, nous avons pourtant mis en avant l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle ainsi que celle du case-management auprès des personnes âgées fragiles.

Le développement de nouvelles pratiques cliniques basées sur la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle est devenu primordiale au vu des nouvelles formes d'organisation des systèmes de santé axés sur les soins intégrés, les réseaux de santé et la gestion de programmes (D'Amour D. *et al*, 2008). D'Amour a, par ailleurs, développé un outil permettant de mesurer l'intensité de la collaboration interprofessionnelle sur base de différents indicateurs. Il pourrait être intéressant d'utiliser plus régulièrement cet outil au Nouveau-Brunswick et en Belgique afin de focaliser certaines actions sur les points à améliorer.

Le case management « *consiste en une gestion et une coordination de l'ensemble des soins médicaux, paramédicaux, psychologiques, de bien-être nécessaires pour répondre aux besoins et souhaits des personnes atteintes de maladie chronique* » (Integreo, s.d.). La distinction entre case management et coordination n'est pas toujours claire. Il est donc important de bien être au clair sur les missions de l'un et de l'autre. Le rôle du case manager ne se limite pas à la coordination administrative et pratique, il est l'avocat du patient fragile, connaît ses besoins, son état de santé, procède à des évaluations régulières, etc. la coordination se focalise quant à elle sur l'agencement de l'agenda des soins et services requis (Lambert A-S. *et al*, 2017).

Il serait intéressant de soutenir les initiatives de case management en Belgique et de les développer d'avantages afin de les faire entrer dans les pratiques communes. Comme les rapports sur Protocole 3 le mettent en avant, le case management peut être bénéfique pour répondre aux besoins des personnes âgées fragiles et plus particulièrement lorsque leurs besoins spécifiques ont été identifiés grâce à l'outil BelRAI-HC et que l'on a pu définir clairement l'intensité de l'intervention qui est nécessaire. Comme nous l'avons déjà mis en avant précédemment, il pourrait être intéressant pour le Nouveau-Brunswick d'utiliser l'outil InterRAI afin d'identifier les besoins des personnes âgées fragiles. Développer le case management dans cette province nous semble, par ailleurs, essentiel au vu des enjeux que constituera le vieillissement dans les années à venir.

6.1. Recommandations

De manière générale, que ce soit pour la Belgique ou pour le Nouveau-Brunswick, nous recommandons l'utilisation d'outils tels que le BelRAI-HC, InterRAI, afin de bien identifier les besoins des personnes âgées fragiles et ainsi pouvoir leur proposer des actions qui soient en adéquation avec leur réalité. Utiliser des outils tels que celui de D'Amour pour mesurer l'intensité de la collaboration interprofessionnelle nous semble aussi intéressant.

Développer plus d'actions de promotion de la santé et de prévention des situations de fragilité nous semble nécessaire tant au Nouveau-Brunswick qu'en Belgique. Différentes pistes de solutions ont été proposées dans le présent travail.

Le case management pourrait être un soutien important dans la prise en charge globale des personnes âgées fragiles à leur domicile. Promouvoir et financer cette fonction nous semble donc important tant en Belgique qu'au Nouveau-Brunswick.

Le soutien des aidants informels nous semble également important ainsi qu'offrir des aides formelles suffisantes et accessibles à tous tant d'un point de vue financier que géographique. Rester vigilant tant en Belgique qu'au Nouveau-Brunswick à ce que tout en chacun puisse accéder aux services dont il a besoin est pour nous essentiel. Nous préconisons donc d'être conscient de l'impact de la privatisation des soins de santé et d'en limiter les conséquences négatives sur la santé et les conditions de vie des individus.

Nous voulons attirer l'attention des politiques néo-brunswickoises sur l'importance de ne pas se répéter dans les stratégies et de plutôt venir enrichir une stratégie au fur et à mesure des évaluations comme cela peut être le cas avec Protocole 3. L'évaluation des projets pourrait aussi

être améliorée et diffusée plus largement afin de permettre tant aux professionnels qu'au public d'avoir connaissances des actions menées et de leurs résultats.

Développer en Belgique des actions similaires à celles des centres de santé communautaire néo-brunswickois pourrait être un apport considérable pour les personnes âgées fragiles désirant séjourner à domicile.

Au vu des enjeux inhérents à la question du maintien à domicile des personnes âgées fragiles, nous pensons que d'autres recherches qualitatives et quantitatives pourraient venir enrichir et compléter les données présentées dans ce travail de fin d'études. Nous pensons, par exemple, à l'intérêt que pourrait représenter une étude qualitative réalisée auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile qui viendrait enrichir les résultats du présent travail.

6.2. Forces et limites de la méthode utilisée

Notre choix de la démarche de la thématization en continue nous a permis d'entreprendre une analyse fine et riche de chaque entretien. Grâce à cette méthode nous avons pu réaliser une analyse prospective en profondeur.

En choisissant de comparer le fonctionnement d'une stratégie canadienne à nos pratiques belges, nous avons pu croiser les éléments des deux systèmes de santé. Notre intérêt pour les différentes pratiques à l'international nous a offert la possibilité de diversifier nos idées et d'alimenter notre réflexion.

Nous être rendus au Nouveau-Brunswick nous a permis de rencontrer des professionnels de terrain et d'échanger avec eux. Les différentes entrevues ont apporté de la richesse à ce travail et nous ont offert la possibilité de nous imprégner de la situation sur place. Cela nous a aussi permis d'avoir accès à certains documents et informations que nous n'aurions pas pu obtenir en Belgique.

Nous avons choisi d'interroger des professionnels impliqués dans le maintien à domicile qui provenait de différents horizons et possédaient chacun leur propre expertise afin d'affiner notre analyse et mettre en avant les convergences et divergences entre les différents points de vue.

Nous n'avons pas pu rencontrer tous les professionnels avec lesquels nous avons pris rendez-vous. Nous devions normalement rencontrer une responsable de zone mais l'entretien a été annulé en dernière minutes et nous n'avons, par la suite, plus eu la possibilité ni de rencontrer la personne ni d'entrer en contact avec elle. Afin de faciliter une rencontre, nous avons proposé

à la responsable d'effectuer le rendez-vous par video conférence. Cette proposition n'a pas non plus abouti. Nous avons néanmoins des professionnels ressources que nous pouvions solliciter si certains de nos rendez-vous se désistaient.

Nous aurions aimé pouvoir interroger des travailleurs sociaux du Ministère du développement social mais notre demande n'a pas abouti positivement. Etant donné que cela n'a pas été possible nous avons interrogé P2 qui travaille en lien étroit avec certains travailleurs sociaux du Ministère du développement social. Cela nous a permis de nous faire une idée du travail qu'ils effectuent auprès de la population âgée ainsi que de prendre connaissance de leurs pratiques et de la coordination qu'il existe entre le service de P2 et ce Ministère.

Nous aurions voulu pouvoir rencontrer des personnes âgées de la province afin d'avoir également leur ressenti sur leur situation à domicile et d'échanger avec elles sur les différentes orientations de la stratégie « D'abord chez soi ». Nous avons sollicité certains organismes par mail et par téléphone afin de nous y aider mais nos sollicitations sont restées sans réponse ou n'ont pas abouti positivement. Nous avons, cependant, pu récolter des bribes du vécu des personnes au travers des paroles de certains professionnels interviewés qui sont en contact direct et régulier avec des personnes âgées.

Conclusion

L'objectif général de ce mémoire était de mettre en évidence les éléments de la stratégie néo-brunswickoise « D'abord chez soi » qui pourraient être utiles pour aider les personnes âgées fragiles à garder leur autonomie et à vivre chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

Nous avons démontré l'apport non-négligeable des aidants informels et la nécessité de développer plus d'aides formelles afin de faire face aux enjeux futurs que représentera le vieillissement. Il nous semble cependant nécessaire de faire attention à leur coût et à l'offre suffisante, sans quoi certains pourraient ne pas y avoir accès ce qui nuirait grandement à leur désir de rester chez eux de façon sécuritaire.

Nous avons relevé qu'un processus de privatisation était à l'œuvre dans le système de santé et qu'il est susceptible d'avoir un effet délétère sur l'accès aux aides et soins dont ont besoin les personnes âgées fragiles. Il nous semble donc nécessaire d'y rester vigilant et de tout mettre en œuvre pour contrer cette mécanique.

Comme nous l'avons exemplifié au travers de « D'abord chez soi », les carences en méthodologie de conduite de projet peuvent desservir la réalisation des objectifs fixés et fragiliser la mise en place des actions concrètes. Il nous paraît donc important de ne pas lésiner sur cet aspect primordial pour une bonne implémentation de projets.

Pour soutenir le maintien à domicile nous avons mis en exergue l'apport d'actions de promotion de la santé et l'importance de les promouvoir tant en amont qu'en aval d'une potentielle situation de fragilité.

Pour finir, nous avons identifié la bonne collaboration et communication entre tous les professionnels comme étant nécessaire à la prise en charge globale d'une personne âgée fragile ainsi que le rôle du case-management comme étant centrale pour répondre aux besoins de la personne.

En tant que travailleuse sociale et future professionnelle de la santé publique, nous pensons qu'il est important de prendre ces différents éléments en compte afin de pouvoir répondre au souhait des personnes âgées et permettre le maintien à domicile dans des conditions décentes et sécuritaires.

Bibliographie

AR du 2 juillet 2009 Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles. S. P. F. S. Sociale. Bruxelles, Moniteur Belge. C – 2009/22346: 22

AR du 17 août 2013 Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité peut conclure des conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles. S. P. F. S. Sociale. Bruxelles, Moniteur belge. C – 2013/22422: 20.

Aujoulat I. (2016), WFSP2106 Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique – l'observation [présentation PowerPoint]. Repéré sur la plateforme en ligne Moodle de l'UCL : <https://moodleucl.uclouvain.be/my/>.

Aujoulat I. (2016), WFSP2106 Promotion de la santé et santé publique – concepts et orientations. [Présentation PowerPoint]. Repéré sur la plateforme en ligne Moodle de l'UCL : <https://moodleucl.uclouvain.be/my/>.

Aujoulat I. (2016), WFSP2109 Promotion de la santé – séances 2 : agir en promotion de la santé [présentation PowerPoint]. Repéré sur la plateforme en ligne Moodle de l'UCL : <https://moodleucl.uclouvain.be/my/>.

Avenant n° 3 au Protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, conclu entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées et qui concerne les formes alternatives de soins et de soutien aux soins. C – 2008/24254

Bobillier-Chaumon M-E., Ciobanu R-O (2009), Les nouvelles technologies au service des personnes âgées : Entre promesses et interrogations : une revue de questions. *Psychologie Française*, 54, 271-285.

Boulet J-F. (2012), Les services de soins et d'aide à domicile face au défi démographique. Bruxelles: CPCP.

Brodiez-Dolino A. (2015), La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. *Informations sociales*, 2, n° 188, 10-18.

Caradec V. (2009), L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, 3, n° 157, 38-45.

Citoyenneté et Immigration Canada (2013), Bienvenue au Canada, ce que vous devriez savoir. Disponible à l'adresse : <http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/pub/bienvenue.pdf>, consulté le 13 août 2017.

Champagne F., Contandriopoulos A-P., Picot-Touché J., Béland F., Nguyen H. (2005), un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé : le modèle EGIPSS. Québec: Université de Montreal.

D'Amour D., Goulet L., Labadie J-F., San Martín-Rodriguez L., Pineault R. (2008), A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8:188, 1-14.

De Brauwier I. (2017-2018), WFSP2273 Evaluation et réadaptation en gériatrie, travail interdisciplinaire. Disponible sur la plateforme en ligne moodle de l'UCL : <https://moodleucl.uclouvain.be/course/view.php?id=9719>

Déoux S., Girard V., Massot O. (2011), L'habitat, facteur de santé des trente dernières années de vie des aînés?, *Gérontologie et société*, 1, n°136, 91-103.

De Saint-Hubert M. (2017-2018), WFSP2272 Vieillesse normale et pathologique, cours 1 : normes. Disponible sur la plateforme en ligne moodle de l'UCL : <https://moodleucl.uclouvain.be/course/view.php?id=8696>

Deschietere G. (2017-2018), WFSP2271 Psychogériatrie : psychologie et psychopathologie de la personne âgée – Psychiatrie de la personne âgée [Présentation PowerPoint].

Drielsma P., Fauquert B., Prévost M. (2016), Pluri-, multi-, inter-, trans- ou interdisciplinarité ?. *Cahier Sc*, 74, 1-6.

Duée M., Rebillard C. (2006), La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *Santé et protection sociale*, 7, 613-619.

Dupuis-Blanchard S. PhD, Gould O. PhD, Simard M. PhD, Villalon L. PhD (2011), les défis et les enjeux liés au maintien à domicile des aînés : une étude de cas en milieu néo-brunswickois. Disponible sur le site web de l'Université de Moncton : <http://www.umoncton.ca/cev/files/cev/wf/Rapport%20de%20recherche%20Dieppe%20%28rapport%20final%29.pdf>, consulté le 11 octobre 2017.

Duyck J., Englert M., Masure L. et Paul J-M. (2011), Perspectives de population 2012-2060. Disponible sur le site web du SPF Economie : http://economie.fgov.be/fr/binaries/For_Pop_1260_10467_F%20print_tcm326-224707.pdf, consulté le 11 octobre 2017.

Ennuyer B. (2009), Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ?, *Gérontologie et société*, 4, n° 131, 63-79.

Ennuyer B. (2013), Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance. *Gérontologie et société*, 2, n° 145, 25-35.

Eurostat (2016), Structure et vieillissement de la population. Disponible à l'adresse : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr, consulté le 11 octobre 2017.

Gourbin C. (2018), WFSP 2270 : santé et vieillissement, vers quelle prise en charge [présentation PowerPoint]. Repéré sur la plateforme en ligne Moodle de l'UCL : <https://moodleucl.uclouvain.be/my/>.

Gouvernement du Canada (2016), Système de soins de santé au Canada. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante-du-canada.html>, consulté le 11 août 2017.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2013), Profil de la population active du Nouveau-Brunswick. Disponible sur le site web du Gouvernement du Nouveau-Brunswick :

<http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/petl-epft/PDF/Emp/Profil-PopulationActiveDuNB.pdf>, consulté le 29 mai 2018.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2014), D'abord chez soi. Disponible sur le site web du Gouvernement du Nouveau-Brunswick : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/DabordChezSoi.pdf>, consulté le 7 juillet 2017.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2017), géographie. Disponible sur site web du gouvernement du Nouveau-Brunswick : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/gateways/A_propos_du_NB/geographie.html, consulté le 20 août 2017.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2017), Se tenir ensemble : une stratégie sur le vieillissement au Nouveau-Brunswick. Disponible sur le site web du Gouvernement du Nouveau-Brunswick : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Seniors/UneStrategieSurLeVieillissementPourLeNB.pdf>, consulté le 7 juillet 2017.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2018), Mandat – santé. Disponible sur site web du gouvernement du Nouveau-Brunswick : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/contacts/dept_renderer.141.html#mandat, consulté le 10 juillet 2018.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2018), Santé, protections et factures au Nouveau-Brunswick. Disponible sur le site web du gouvernement du Nouveau-Brunswick : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/AssurancemaladiesMedicaments/content/assurance-maladie/Protection-et-factures-au-Nouveau-Brunswick.html>, consulté le 26 février 2018.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2018), Programme extra-mural. Disponible sur le site web du gouvernement du Nouveau-Brunswick : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.8975.Programme_extra-mural.html, consulté le 27 mai 2018.

Grenier C. (2009), Introduction au cahier : La personne âgée : de nouvelles frontières pour comprendre et agir. *Management & Avenir*, 26, 127-141.

INAMI (2018), Innovez dans des formes alternatives de soins aux personnes âgées. Disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/Pages/default.aspx#.WvRf9YiFPIX>, consulté le 15 mai 2018.

Integreo (s.d.), Fiche pratique composante 3 : case management. Disponible à l'adresse : https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/3._praktische_fiche_casemanagement_fr.pdf

Joël M-E. (2014), L'émergence de la question des aidants. In Joël M-E. (2014), *Accompagner (autrement) le grand âge*. Paris: Editions de l'Atelier (pp. 11-29).

Laasman J-M., Maron L., Van den Heede A., Van Duynslaeger M., Vervoort K et Vranckenhttp J. (2016), Maison de repos, à quel prix ?. Disponible à l'adresse : http://solidaris.be/Lists/PubDocs/Etude-Couts-maison-repos_Mars2016.pdf, consulté le 2 novembre 2017.

Lambert A-S., Declercq A., de Almeida Mello J., Cès S., Macq J. (2017), Protocole 3 Report on quantitative analysis . Disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/Pages/default.aspx#.WrDIONvOV3>, consulté le 12 mai 2018.

Lambert A-S., Declercq A., Flusin D., Bastiaens H., de Almeida Mello J., Lopez Hartmann M (2017), Rapport de synthèse intégré Corrigé du 18.08.2017. Disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/Pages/default.aspx#.WrDIONvOV3>, consulté le 12 mai 2018.

Medavie (2018), Le programme extra-mural. Disponible sur le site web de Medavie : <https://medavienb.ca/fr/ce-que-nous-faisons/programme-extra-mural/>, consulté le 10 juillet 2018.

Ministère des Finances Canada (2011), Transfert canadien en matière de santé. Disponible à l'adresse : <https://www.fin.gc.ca/fedprov/cht-fra.asp>, consulté le 2 novembre 2017.

Moreau-Gruet F., Zimmermann-Sloutskis D. Zimmermann E. (2012), Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution. Disponible à l'adresse : http://www.revs.ch/multimedia/docs/2012/10/Obsan_54_RAPPORT.pdf

Mucchielli A, Paillé P. (2005), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Nouveau-Brunswick Canada (2016), Vivre et s'établir au Nouveau-Brunswick, Canada. Disponible à l'adresse : <http://bienvenueb.ca/content/wel-bien/fr/VivreEtSetablir/content/Sante.html>, consulté le 26 février 2018.

New Brunswick Medical Society (2018), What services does Medicare cover?. Disponible à l'adresse : <https://www.nbms.nb.ca/information-pour-les-patients/services-payes-par-l-assurance-maladie/>, consulté le 26 février 2018.

OMS (2002), Vieillir en restant actif cadre d'orientation. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67758/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf;jsessionid=A17B3E6535445CB7FB966205B7153784?sequence=1, consulté le 29 mai 2018.

OMS (2015), vieillissement et santé, aide-mémoire n°404. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>, consulté le 2 novembre 2017.

OMS (2017), la démence. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, consulté le 29 mai 2018.

OMS (2017), vieillissement et qualité de vie. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>, consulté le 2 novembre 2017.

OMS (2015), rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>

ONU (2017), Les migrations de remplacement : s'agit-il d'une solution au déclin et au vieillissement des populations ? Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/esa/population/publications/migration/execsumFrench.pdf>, consulté le 28 mai 2018.

Philippe M. (2016), WFSP2110 conduite de projet : Prérequis [présentation PowerPoint]. Repéré sur la plateforme en ligne Moodle de l'UCL : <https://moodleucl.uclouvain.be/my/>.

Protocole n° 3 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées. C – 2006/22284

Rantz M. PhD et al. (2014), The continued success of registered nurse care coordination in a state evaluation of aging in place in senior housing. *Nursing Outlook*, 4/62, 237-246.

Réseau de santé Vitalité (s.d.), guide du patient. Disponible à l'adresse : <http://www.vitalitenb.ca/fr/guide-du-patient>, consulté le 26 février 2018.

Rolland Y. (2011), La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.*, 9(4), 387-390.

Service public fédéral belge (2017), Un aperçu chiffré de la population. Disponible à l'adresse : https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/Population, consulté le 2 novembre 2017.

Statistique Canada (2015), Série « Perspective géographique », Recensement de 2011 - Province du Nouveau-Brunswick. Disponible à l'adresse : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/fogs-spg/Facts-pr-fra.cfm?LANG=Fra&GK=PR&GC=13>, consulté le 20 août 2017.

Statistique Canada (2016), Rapport de dépendance. Disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/demo/dep-fra.htm>, consulté le 2 novembre 2017.

Statistique Canada (2017), Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires. Disponible à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a47>, consulté le 2 novembre 2017.

Statistiques Canada (2014), Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2013 à 2063. Disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140917/dq140917a-fra.htm>, consulté le 3 octobre 2017.

Statistiques Canada (2017), Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires. Disponible à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=0510001&pattern=&csid=>, consulté le 2 novembre 2017.

Statistiques Canada (2014), Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2013 à 2063. Disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140917/dq140917a-fra.htm>, consulté le 2 novembre 2017.

Steinmeyer Z., Soler V., Gallini A., Sitalapresad E., Sourdet S. (2017), La vision dans l'exploration de la fragilité chez le sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*, 17, 51-57.

Sun Life (2017), Les soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. Disponible à l'adresse : <https://www.sunnet.sunlife.com/files/advisor/french/PDF/Completereport-LTC-Costs-NB.pdf>, consulté le 10 juillet 2018.

Turcotte M., Schellenberg G. (2006), Un portrait des aînés au Canada. Disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf>, consulté le 3 octobre 2017.

UCL, KUL, UA (2017), Recommandations en vue de la pérennisation des interventions évaluées dans le cadre du programme financé par le Protocole . Disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/Pages/default.aspx#.WrDIONvOV3>, consulté le 12/05/2018.

United Nation – Department of Economic and Social Affairs (2015), World Population Prospects, The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. New-York: United Nations.

Van Durme T. (2017), *Case management for older people in Belgium : a realist perspective for the evaluation of case management in primary care*. Thèse de doctorat en sciences de la santé publique, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

Van Durme T., Karam M., Macq J., Ledent X., Goemans M. (2016), rencontres infirmière : Vers des soins intégrés pour accompagner la personne âgée ayant des besoins en soins complexes à domicile : quelle coordination pour qui ? Disponible à l'adresse : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/van_durme_rencontresinfirmieres.pdf, consulté le 10 mars 2018.

Van Durme T., Lopez Hartmann M., Anthierens S., Flusin D., Remmen R., Macq J. (2017), Protocole 3 final report. Disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/Pages/default.aspx#.WrDIONvOV3>, consulté le 12/05/2018.

Van Durme T., Schmitz O., Cès S, Macq J. (2015), Maintien à domicile : initiatives soutenues par l'INAMI. *Santé Conjugée*, 72, 71-76.

Vigneul M. (2013), Principales caractéristiques du système de santé belge. *Inami*, 6-41. Disponible à l'adresse : <http://www.coopami.org/fr/coopami/realisation/2013/pdf/2013110401.pdf>, consulté le 4 mars 2018.

Wales J. PhD et al (2012), the meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist*, 52, 357-366.

Winance M. (2007), Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. *Sciences sociales et santé*, 25, 83-91.

Annexes

- Annexe 1 : Canada et Nouveau-Brunswick : présentation et système de santé
- Annexe 2 : D'abord chez soi – fiche résumé
- Annexe 3 : Guide d'entretien des professionnels néo-brunswickois
- Annexe 4 : Formulaires de consentement

