



*appui santé & médico-social*

# PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES: CLASSIFICATION DES PROFILS DE BESOINS

## RÉSUMÉ DES TRAVAUX SUR L'OUTIL BALANCE OF CARE

Congrès de l'ALASS - Août 2013

Marie-Dominique Lussier

Claire Musiol

Agence Nationale d'Appui à la Performance  
des établissements de santé et médico-sociaux



## Travaux de l'ANAP sur les parcours de santé des personnes âgées

- **2010 – 2013 : Accompagnements en région pour améliorer le parcours de santé des personnes âgées :**
  - ✓ Diagnostic partagé des besoins,
  - ✓ Feuille de route avec actions d'amélioration,
  - ✓ Mise en œuvre.
  
  - ✓ ARS Pays de Loire
  - ✓ ARS Ile de France
- **En cours : cadrage pour l'accompagnement des territoires retenus dans le cadre de l'article 48 (LFSS 2013)**
- **En parallèle, travaux en groupe sur la méthodologie Balance of Care depuis 2011**



Travaux d'approfondissement sur les outils dans le cadre de la méthodologie Balance of Care

# **LE PRINCIPE : UN CHANGEMENT DE PARADIGME**

## **Présentation du déroulé des travaux BOC**

Le modèle « *Balance of Care* » implique un changement de paradigme de planification et organisation de l'offre médico-sociale...



**Population**



**Services**



**Offre médico-sociale**

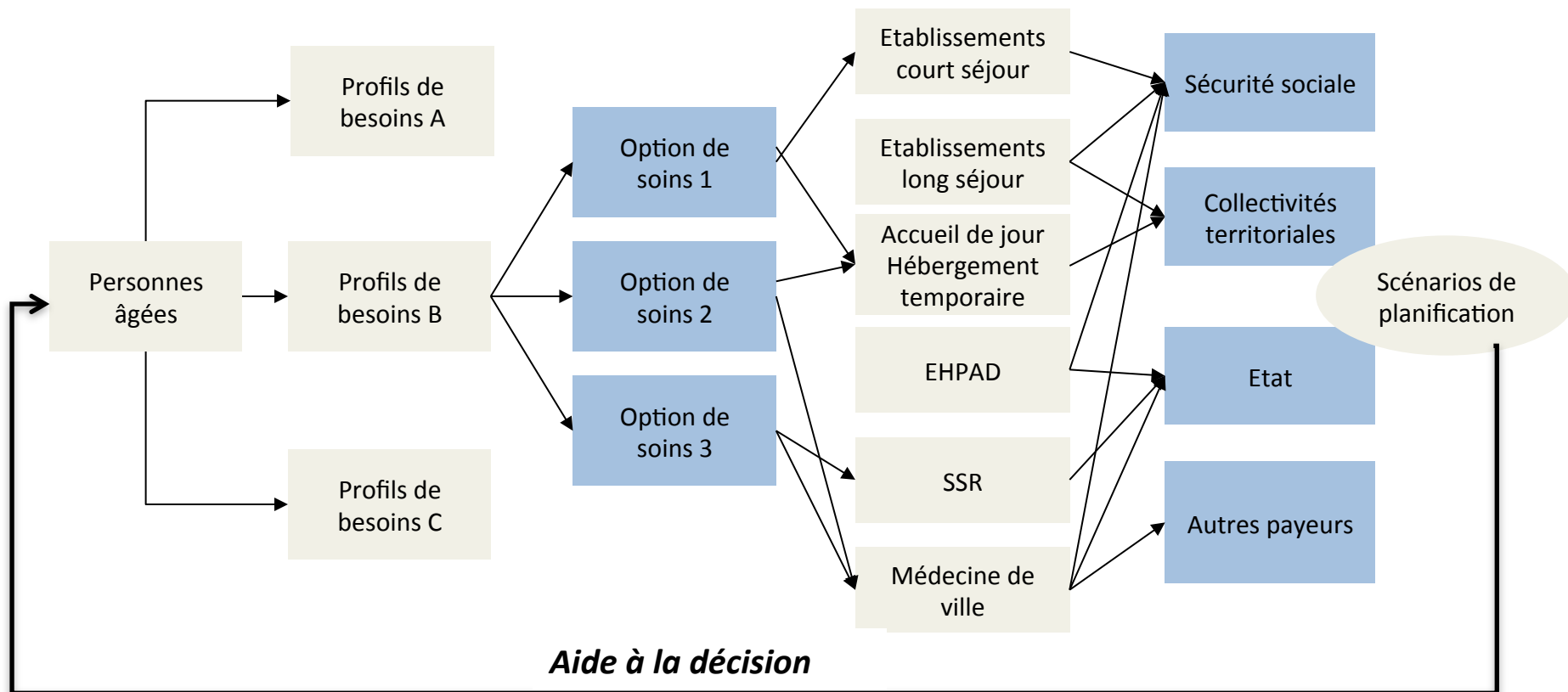
**Approche traditionnelle**



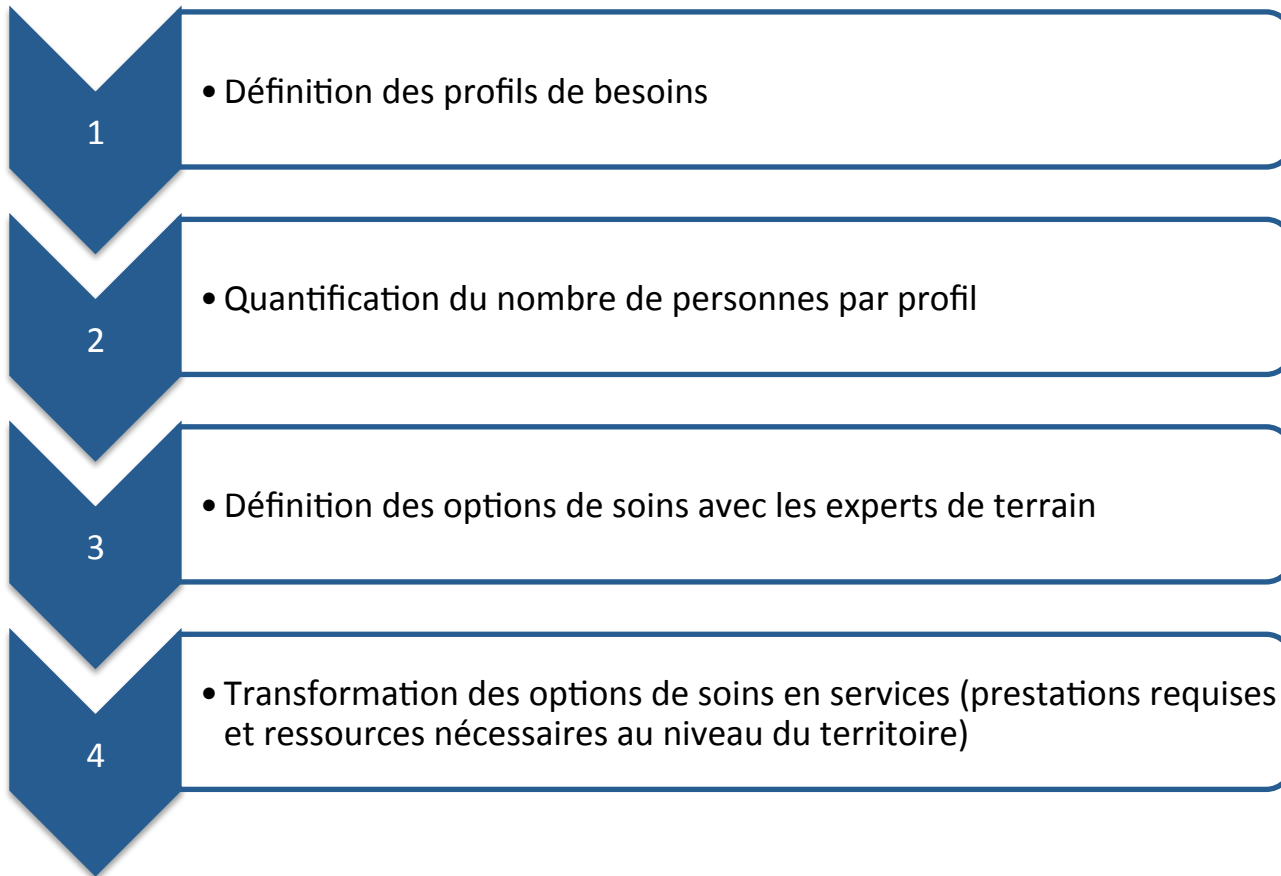
**Approche Balance of Care**



Pour définir le « parcours approprié », nous avons utilisé la méthode « *Balance of Care* »



La méthodologie « **Balance of Care** » est structurée en quatre grandes étapes



## Présentation des travaux 2011 - 2013 :

### Constitution d'un groupe de professionnels

1. Classification en profil de besoins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
2. Méthodes de quantification des profils et de calcul de la consommation de soins
3. Test de la classification par des structures
4. Discussion sur l'appropriation des travaux et la diffusion

### Les membres du groupe de travail :

HCAAM, IRDES, HAS, DSS, FNEHAD, FEHAP, Cnam 75, ERSM IdF, ANESM, ARS, CH, médecins, Réseau de santé, MSP, Equipe Nationale MAIA, CISS, ANAP, Antares Consulting

# LES PROFILS DE BESOINS



## La classification des profils de besoins recherchée poursuit deux finalités:

- **Faciliter l'orientation des personnes âgées (75+)** vers les dispositifs appropriés à tout moment, orientation rendue possible par une évaluation du type de ressources qu'elles nécessitent
- **Planifier le déploiement de l'offre** sanitaire et médico-sociale dans un territoire **en fonction des besoins** de cette sous population et des propositions des professionnels  
⇒ **Sa validation doit donc porter sur ces deux axes.**

### DONC :

- **Construire des groupes de prise en charge de personnes âgées** qui se différencient entre eux par la combinaison spécifique de ressources et de compétences humaines qu'ils vont mobiliser dans le temps.
- Constituer un outil de dialogue facilitant notamment la coopération lors des situations de transition (admission/sortie) entre secteurs médical et médico-social. Elle doit donc être considérée comme **pertinente par les deux types de professionnels** qui interviennent auprès des personnes âgées: professionnels hospitaliers (aigu, SSR) et extra hospitaliers (Ville/EPHAD).

En partant du modèle de pyramide de *Kaiser Permanente* le groupe propose une classification de la population cible en fonction des risques d'utilisation des ressources :



**Niveau 3. : 5% de la population cible**

Personnes avec un recours élevé dominant aux services hospitaliers (N>3 hospitalisations ou plus, recours plus ou moins fréquent aux urgences, etc.) ou d'hébergement.

**Niveau 2. : 15-20% de la population cible.**

Personnes avec un besoin d'accompagnement sanitaire et médico-social et risque d'hospitalisation < ou = 2 et peu ou sans recours aux urgences.

**Niveau 1. 70-80% de la population cible.**

Personnes prises en charge en ambulatoire. Recours limite aux structures sanitaires, d'hospitalisation ou d'hébergement.

**Niveau 0. healthy ageing**

Personnes avec un accès à tous les champs de la prévention primaire + bien être , bien vieillir...

**Les variables clés pour construire les différents profils sont donc la pathologie, l'autonomie et la fragilité/vulnérabilité:**

## Pathologie

- Sans pathologie
- Pathologie chronique simple (une ou plusieurs ALD)
- Poly pathologies dont une pathologie à risque de décompensation (une ou plusieurs ALD + 1 recours à l'hôpital dans les 12 derniers mois)
- Poly pathologies complexes (une ou plusieurs ALD + plusieurs recours à l'hôpital dans les 12 derniers mois)

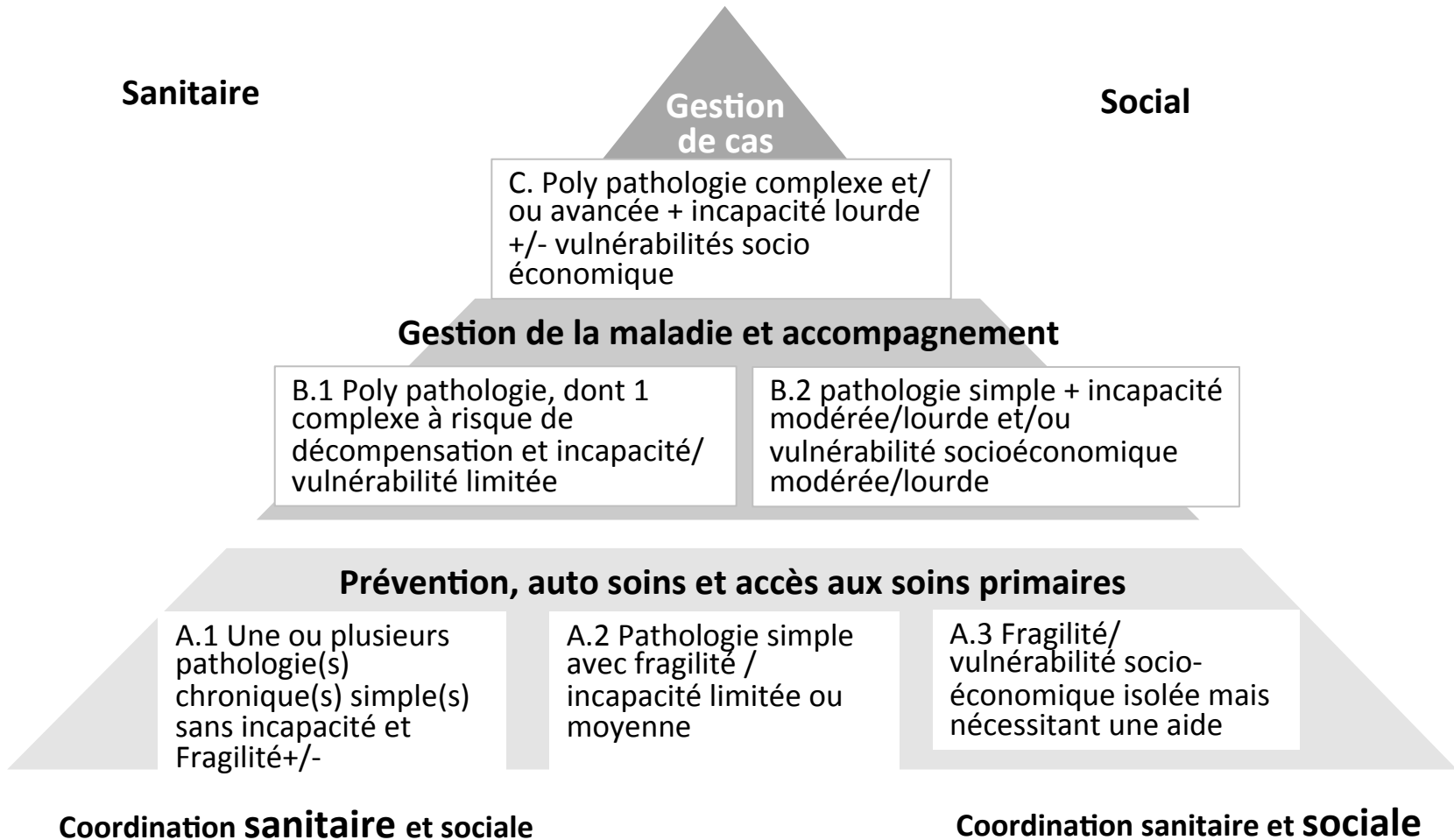
## Autonomie

- Incapacité limitée (GIR 5-6)
- Incapacité modérée (GIR 3-4)
- Incapacité lourde (GIR 1-2)

## Fragilité/Vulnérabilité

- Fragilité clinique selon Fried
- vulnérabilité socio économique (bénéficiaires de la CMU / ASPA et/ou isolés et > 85 ans)
- Capacité à prendre en charge sa santé (health literacy/ empowerment)

La classification retenue par le groupe est la suivante:



**Une première version des critères de quantification des profils est la suivante:**

Identification des variables et des bases des données			
Profil de besoins	Consommation	Autonomie	Vulnérabilité
A.1 Une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) simple(s) sans incapacité	1 ou plusieurs ALD sans hospitalisation MCO ni recours aux urgences au cours de l'année	Sans GIR	Faible
A.2 Pathologie simple avec incapacité limitée		GIR 5-6	Faible
A.3 Vulnérabilité socio-économique isolée mais nécessitant une aide	N/A	N/A	Forte
B.1 Poly pathologie, dont 1 complexe à risque de décompensation et incapacité limitée	2 ou plus ALD et 1 ou 2 hospitalisations MCO ou recours aux urgences	GIR 5-6	Faible
B.2 Pathologie simple + incapacité modérée/lourde ou vulnérabilité socio-économique modérée/lourde	1 ALD et 1 ou 2 hospitalisations en MCO ou recours aux urgences	GIR 3-4	Moyenne
C. Poly pathologie complexe et/ou avancée + incapacité lourde +/- vulnérabilités socio-économique	Plusieurs ALD et 3 ou plus d'arrivées à l'hôpital (MCO ou urgences)	GIR 1 - 2	Forte

D'autre part, la segmentation doit permettre de mobiliser des compétences et des ressources en fonction du niveau de risque



	Patients, famille	La coordination de proximité (MG traitat)	professionnels paramédicaux	médecin de spécialiste	accompagnement social (dont SAD/assistante sociale/ APA/...)	accompagnement médico-social (dont SSIAD/hors EHPAD)	Coordination sur territoire	Services hospitaliers ambulatoires (consultation et HdJ)	Hospitalisation MCO	urgences	HAD	SSR (entrée directe)	Établissement USLD et EHPAD	Gestionnaire de cas
niveau 3 GESTION DE CAS					++		+	+	++	+	++	++	++	Acteur clé
niveau 2 SOIN COORDONNE	+	+	+	+	+	++	Acteur clé	++	+	+	++	++	+	+
niveau 1 AUTO-SOINS	+	Acteur clé	++	++	++					+				
niveau 0 PREVENTION	Acteur clé	+	+											

## Les variables proposées pour quantifier les profils ont été choisies en fonction des critères de disponibilité et d'utilisation

- Les **ALD** et la consommation de ressources, comme indicateurs de pathologie chronique (Source : SNIIRAM)
- Le **GIR**, comme indicateur de perte d'autonomie (Source: CNSA/ Conseil Généraux))
- Les **minimum sociaux** , comme indicateur de vulnérabilité socio-économique (source: Ministère des Finances)
- Bien que le groupe reconnaît qu'il y ait probablement d'autres variables plus pertinentes, le choix de celles-ci correspond à une question de **disponibilité et d'accessibilité**.
- La vulnérabilité socio-économique est un concept complexe à mesurer. Le niveau des revenus, via les minimum sociaux, apparaît comme le plus facilement accessible.
- Le GIR, avec ces limites pour identifier et évaluer correctement la perte d'autonomie, présente l'avantage d'être utilisé à l'échelle nationale.

Cependant, le groupe constate l'impossibilité de lier les trois sources ou bases de données proposées. Plus concrètement, on ne peut pas déterminer si une personne identifiée dans la base SNIIRAM comme atteinte d'au moins une ALD, est également présente dans la base GIR (à cause de l'absence du NIR sur cette dernière base) > **pas de chaînage existant !**

# TEST DE QUANTIFICATION DES PROFILS



## Objectifs du test de validation

- **Objectifs principaux :**
  - Évaluer la capacité et sensibilité des variables proposées par le groupe pour construire les profils (ALD, recours aux urgences et hospitalisation, classe GIR et vulnérabilité)
  - Mesurer la validité de construction et la reproductibilité de la classification
- **Objectifs secondaires :**
  - Tester la capacité d'autres variables complémentaires proposées dans le questionnaire pourrait aussi contribuer à construire la classification.
  - Évaluer la facilité de compréhension des profils pour les professionnels et la disponibilité et facilité des données nécessaires auprès des acteurs.
  - Obtenir un aperçu du nombre de cas par profil

## Premier test de classification

- **Questionnaire simple envoyé à 6 structures**
  - **Types de structures : HDJ, SSIAD, Réseau, SAD**
  - **Rempli par des médecins, infirmiers, aides-soignantes**
  
- **Les professionnels ont testé la classification en classant des dossiers patients anonymisés dans les profils**

**Les structures participantes ont répondu au questionnaire suivant:**

Questions	Options de réponse
<b>Caractéristiques générales</b>	
Age	Insérer l'age du patient
Sexe	Insérer le sexe
<b>Critères cliniques</b>	
N Total ALD	Insérer le nombre
ALD 1. AVC	1. Oui; 0. Non
ALD 3. Arthériopathies	1. Oui; 0. Non
ALD 5. Insuffisance Cardique	1. Oui; 0. Non
ALD 8. Diabète	1. Oui; 0. Non
ALD 12. HTA	1. Oui; 0. Non
ALD 13. Maladie coronaire	1. Oui; 0. Non
ALD 14. Insuffisance respiratoire	1. Oui; 0. Non
ALD 15. Alzheimer et démences	1. Oui; 0. Non
ALD 16. Parkinson	1. Oui; 0. Non
ALD 19. Néphropatie	1. Oui; 0. Non
ALD 23. Affections psychiatriques	1. Oui; 0. Non
ALD. 30 Tumeur maligne	1. Oui; 0. Non
Autre ALD pertinente pour le patient	Insérer le numéro de la ALD
Pathologie non connu	
<b>Consommation de ressources</b>	
N d'hospitalisations par an	Insérer le nombre
N de recours aux urgences	Insérer le nombre
N de séances en HdJ	Insérer le nombre
IDE/AS	0. Non; 1. Passage occasionnelle; 2. Passage quotidienne/multi
Aide à domicile	0. Non; 1. Aide occasionnelle; 2. Aide quotidienne/multiple
N de médicaments	Insérer le nombre
<b>Autonomie</b>	
Classe GIR	1; 2; 3; 4; 5; 6
<b>Vulnérabilité socioéconomique</b>	
Aide financière	1. Pas besoin; 2. Aide en place suffisante; 3. Besoin d'aide ou d'aide supplémentaire (si déjà en place)
Support social	1. Couple ou famille; 2 Seule avec aide; 3. Seule sans aide;
Habitat	1. Adapté; 2. Peu Adapté; 3. Inadéquat
<b>Votre classification</b>	
Profil de besoins	A1; A2; A3; B1; B2; C

## Retour d'expériences des participants ayant effectué le remplissage des dossiers

- Les modalités de remplissage ont été facilement comprises par les professionnels contactés
- Le remplissage est rapide (10 minutes) et ne présente pas de difficulté
- Les structures participantes s'y retrouvent sur l'échelle de vulnérabilité et le niveau de granularité sur les critères est satisfaisant (ni trop fin, ni trop macro)
- Les structures participantes peuvent classer facilement les dossiers sur les profils. Les profils sont compréhensibles et intuitifs.
- L'utilisation des ALD comme critère de pathologie pose certains problèmes:
  - Les ALD comprennent les affections de long durée, mais pas toutes les pathologies
  - Les ALD sont généralement sous déclarées
  - L'ALD « orthopédie » n'est pas représentée

- **Difficultés d'accès à certaines données, notamment médicales, en fonction des acteurs:**
  - SSIAD et SAD pour les **ALD**
  - SAD pour le nombre **d'hospitalisation**, de recours aux **urgences** et de **médicaments**
  - **L'habitat** est considéré comme une donnée discriminante cependant elle ne peut être complétée que sur du déclaratif. Un passage à domicile est nécessaire pour s'assurer de la validité de cette donnée.
- **La définition de certaines données devrait être explicitée :**
  - La définition de **l'aidant** dans la question du support social devrait être spécifiée. Une catégorie pourrait être ajoutée dans les cas où la personne est entourée (en couple/famille) mais non aidée : « aidant contrariant » ou « entourage sans aide ». Autre solution : indiquer de choisir la catégorie « seule sans aide » pour ces cas.
  - Une définition des **médicaments** à prendre en compte pour le questionnaire devrait être ajoutée:
    - Faut-il comptabiliser les médicaments pour les risques cardio-vasculaires (souvent en grand nombre)?
    - Les médicaments de confort doivent-ils être pris en compte?
    - Les collyres ou contention par exemple, doivent-ils être pris en compte?
    - Les médicaments prescrits sont-ils effectivement consommés?
    - Les SAD n'ont pas pu remplir ce critère, le nombre de médicaments (6,5 en moyenne) ne reflète donc pas une réalité

## Construction d'un algorithme de classification

- Variables de classification identifiées initialement par le groupe : ALD, recours aux urgences et hospitalisation, classe GIR et vulnérabilité
  - **Analyse des distributions des différentes variables** disponibles pour mesurer leur contribution éventuelle à construire la classification.
  - Nous en avons déduit un **premier algorithme de classification** exploratoire dérivé de l'observation de la distribution des variables et dont l'amélioration passe par l'usage de variables alternatives à rechercher et à tester.
- 
- Avec l'utilisation de l'algorithme, le niveau de consommation (somme des hospitalisations, urgences et aides à domicile), la classe GIR et les critères de vulnérabilité (financière, logement et isolement) sont très discriminants pour déterminer les 6 profils.
  - Les ALD et les médicaments n'apparaissent pas, a priori, comme des variables discriminantes entre les profils.
  - Faible représentation des 3 profils du niveau A car test auprès de structures prenant en charge davantage de niveau 2 et 3
  - Cohérence dans la proportion de cas B et C (3 cas B pour 1 cas C)

# POURSUITE DE LA DEMARCHE

## Conclusions relatives à la classification:

- La classification et les méthodes de quantification proposées par le groupe semblent pertinentes: les acteurs qui ont participé au test s'y retrouvent, la quantification des profils semble cohérente avec les définitions, et il y a une certaine adéquation entre les profils « déclarés » par les réseaux et les profils « classifiés » par l'algorithme de classification.
- Un travail technique d'affinage de la classification reste à réaliser :
  - La construction de l'algorithme en soi devrait être affinée :
    - ✓ Quelles variables considérer?
    - ✓ Quels sont les seuils à utiliser pour chaque variable?
  - Doit-on inclure d'autres variables:
    - ✓ Habitat : vérifié / non vérifié ?
    - ✓ Médicaments: utiliser la classification ATC? Quel niveau?
    - ✓ Comment aborder la pathologie sans passer par les ALD?
    - ✓ Inclure la vitesse de marche comme variable d'incapacité fonctionnelle?
    - ✓ ...



## Conclusions relatives à la classification:

- Nécessité de réaliser un nouveau test plus élargi (nombre à déterminer avec les variables les plus discriminantes)...
- ... et plus représentatif au niveau des services et professionnels impliqués. En particulier cette classification devrait être testée par des médecins généralistes et des services sociaux, afin de mieux tester les profils du niveau A.
- Une lecture croisée de dossiers pourrait aussi contribuer à affiner cette classification afin de valider la reproductibilité interprofession (pour un même cas, des professionnels le classeraient pareillement)
- En parallèle, le groupe propose de construire une requête à destination de la CNAMTS afin de tester la classification des profils avec ses bases de données, avec les limites d'anonymisation qui empêchent un chaînage de données

## Préconisations sur l'utilisation de la classification des besoins:

- L'approche par profils de besoins est très pertinente à trois niveaux :
  - **Orientation des patients en fonction de leurs besoins**
  - **Aide à l'amélioration de pratiques professionnelles**
  - **Planification des ressources en fonction des besoins territoriaux**
- Au niveau orientation : repérer les patients, évaluer leurs besoins et organiser une réponse spécifique à ses besoins.
- Au niveau de l'amélioration des pratiques par une meilleure connaissance de la population dans son ensemble
- Au niveau planification, la classification permettrait de mieux adapter l'offre de soins et services au regard des caractéristiques spécifiques de chaque territoire voire infra-territoire.