

Avril, 2011

Améliorer le parcours de santé des personnes âgées sur un territoire

Comité de Pilotage Régional n°3

Antares Consulting, S.A.
Services sociaux et socio-sanitaires

ANAP – Parcours de santé
10-30-00041

ANTARES
consulting 

ANAP
appui santé & médico-social

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Objectifs de la séance

Objectifs

- Présenter les principaux constats relatifs aux parcours de santé des personnes âgées sur le territoire d'analyse
- Restituer les options de soins retenus par les professionnels de terrain, adaptés aux besoins spécifiques des personnes
- Discuter du modèle futur sanitaire et médico-social proposé afin de préparer la feuille de route

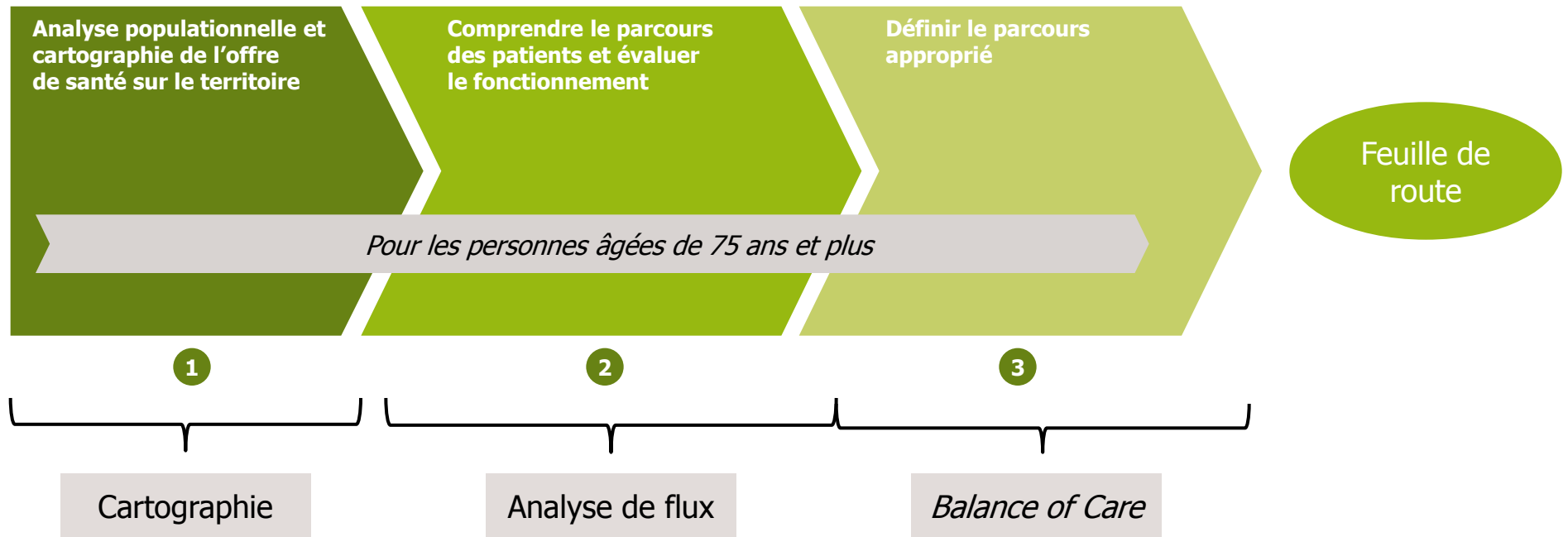
Index

1.0	Introduction	4
2.0	La cartographie de l'existant.....	8
3.0	Le parcours des personnes âgées	14
4.0	Les options de soins proposées	29
5.0	Les implications : de la prise en charge aigue à la chronicité	45
6.0	Les prochains pas	56

1.0 Introduction

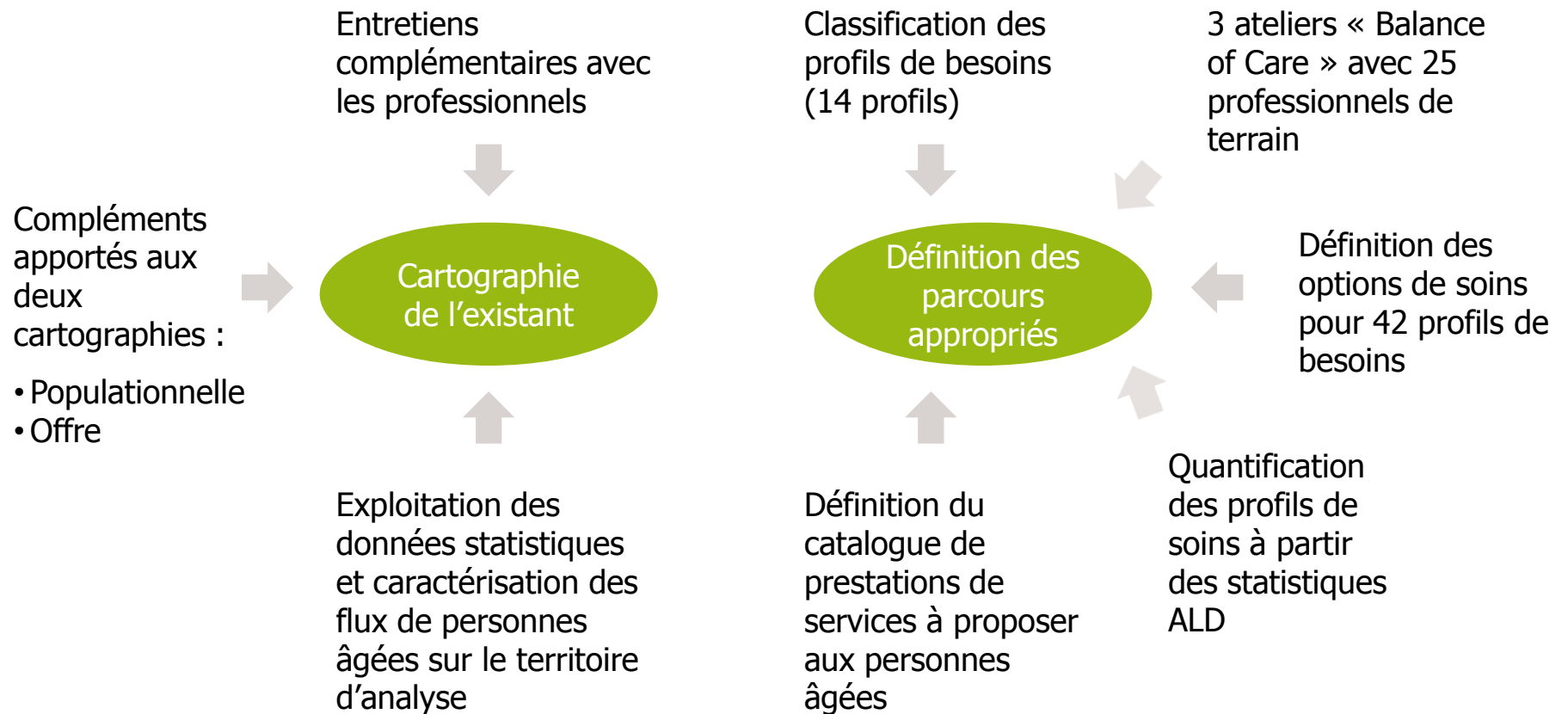
1.0 Introduction

Le projet s'articule autour de 3 étapes complémentaires qui doivent nous permettre d'aboutir à la réalisation de la feuille de route



1.0 Introduction

Depuis le précédent comité du pilotage, les travaux ont permis d'enrichir la cartographie de l'existant et de construire un modèle futur de parcours de santé des personnes



1.0 Introduction

La présentation d'aujourd'hui s'attache à répondre aux différentes questions posées sur le parcours de santé actuel et futur des personnes âgées

Cartographie
de l'existant

Quels sont les faits marquants à relever sur le territoire d'analyse en ce qui concerne la population des personnes âgées et l'offre actuelle ?

Parcours
actuel

Quels sont les flux observés aujourd'hui sur le territoire ?

- En ville, à l'arrivée aux urgences, dans l'hôpital, en aval de l'hôpital
- Quelle est la demande actuelle du territoire (extrapolation à partir des flux connus)

Comment les acteurs se coordonnent-ils autour de la personne ?

- Qui Evalue/Prescrit/Intervient/est Avisé : bonnes pratiques, dysfonctionnements

Options de
soins

Comment classifier la population âgée en profils de besoins homogènes ?

Quelles sont les prestations de services à proposer pour demain ?

Quelles sont les options des soins pour chaque profil de besoins ?

Quels sont les impacts en termes de dimensionnement ?

Implications

Quel modèle d'organisation et de management est requis ?

Feuille de
route

Comment accompagner le changement ?

- les actions d'amélioration à court terme
- les changements en profondeur sur le long terme

2.0 Cartographie de l'existant

2.0 Cartographie de l'existant

Les projections sur le territoire montrent un vieillissement très marquée de la population âgée et une augmentation des situations de précarité ...

Caractéristiques actuelles

- Près de 40.000 personnes âgées sur les 4 arrondissements du territoire, dont 30% ont 85 ans et plus
- 92% d'entre elles vivent dans leur propre domicile
- La situation socio-économique est en dessous de la moyenne parisienne
- 52% des personnes âgées (+/- 20.800 pers.) sont en ALD
- 4.800 personnes âgées sont en perte d'autonomie dont 2.981 pers. de 85 ans et plus

Les évolutions attendues en 2020

➔ + 4.000 personnes âgées avec une augmentation supérieure des 85 ans et plus (+ 4.600 pers.)

➔ ↗ car politique de maintien à domicile
↗ fragilité car diminution des aidants naturels

➔ ↗ vieillissement des personnes précaires

➔ + 2.560 personnes âgées en ALD, soit 64% de l'augmentation

➔ + 623 personnes en perte d'autonomie, dont :
+ 909 pers. de 85 ans et plus
- 286 pers. de 75 à 84 ans

2.0 Cartographie de l'existant

... qui conduisent aux conclusions suivantes

L'analyse démographique fait apparaître une croissance significative du nombre de personnes âgées générée principalement par l'augmentation des 85 ans ou plus traduisant un **vieillissement important**

Le nombre de personnes âgées (autonomes et dépendantes) **vivant à domicile devrait croître** fortement d'ici 2020

Les études épidémiologiques montrent une forte corrélation entre l'âge et l'apparition de **maladies chroniques** et un recours important en hospitalisation globale et plus spécifiquement pour AVC

L'apparition de maladies chroniques et de déficiences avec l'âge est à l'origine de **situations de dépendance** qui devraient augmenter d'ici 2020 (du fait de l'augmentation de la part des 85 ans ou plus)

En conséquence, une croissance importante du nombre de personnes âgées fragiles, isolées est prévisible et caractérisées par :

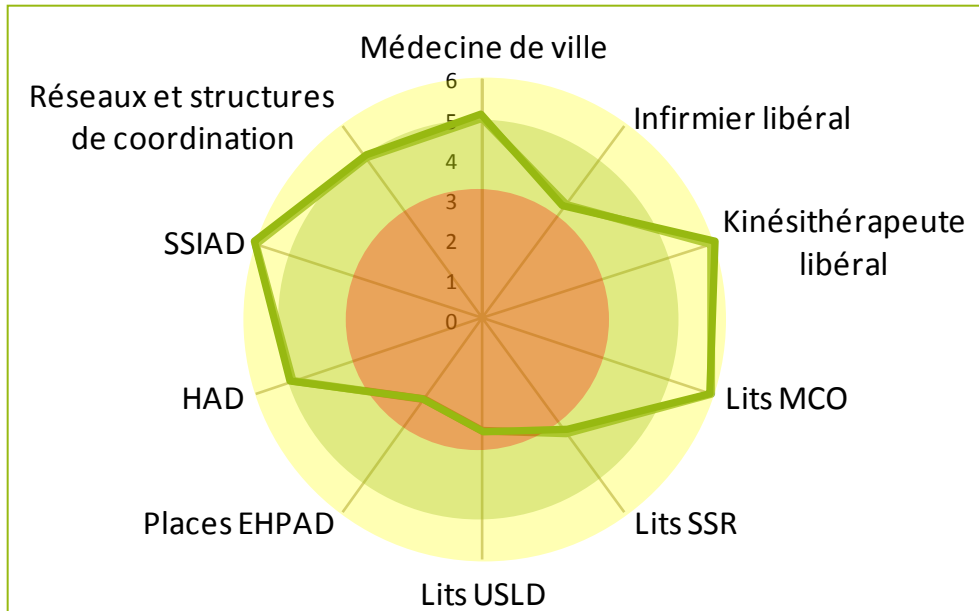
- Une fragilité liée au grand âge, avec un risque important de dégradation de l'état de santé
- Vivant de plus en plus à domicile
- Requérant une prise en charge de maladies chroniques
- Présentant un risque d'épisode aigu à prévenir ou à anticiper
- Présentant un risque de dépendance suite à un épisode aigu, compliquant le retour à domicile

2.0 Cartographie de l'existant

L'offre de soins actuelle présente un taux d'équipement globalement satisfaisant hors hébergement et soins longue durée, mais avec des risques majeurs à venir sur les médecins généralistes

Niveau d'équipement actuel

Point critique : Hébergement et soins de longue durée
Point très satisfaisant : Kiné, MCO, Soins et aides à domicile



Le niveau d'équipement du territoire est comparé sur une échelle à 6 niveaux avec les moyennes nationales :

- Niveau critique (1 à 3) : le taux du territoire est inférieur à 60% du taux d'équipement national
- Niveau satisfaisant (4 à 5) : le taux du territoire atteint ou se rapproche du taux d'équipement national
- Niveau très satisfaisant (6) : le taux du territoire est nettement supérieur au taux d'équipement national

Evolutions majeures pour 2020

↘ Médecin de ville
-20% de la densité de médecin généraliste rapportée à la population âgée, marquée par des évolutions sociologiques des professionnels

Point d'attention :

Le taux d'équipement est un indicateur de volume. Il ne tient pas compte des pratiques et de l'organisation sur le territoire.

2.0 Cartographie de l'existant

L'offre gériatrique se développe et se structure progressivement sur le territoire avec de nombreux atouts mais aussi certaines faiblesses à combler

Atouts

- La filière gériatrique se structure sur le territoire 9/10/19, rassemblant la plupart des acteurs intervenant auprès des personnes âgées
- La filière est progressivement complétée pour proposer un panel de réponses adaptées
- Une sensibilisation accrue des structures de soins et d'aides à domicile sur la gériatrie
 - Ex : Professionnalisation de certaines équipes d'HAD autour des problématiques de la personne âgée
- Une complémentarité des structures de coordination présentes sur le territoire (CLIC/PPE et réseau de santé)

Faiblesses

- Filière gériatrique encore peu opérationnelle, en cours de structuration
- Inadéquation entre territoire couvert par la filière et provenance des personnes utilisant les services
- Risque de ruptures dans la prise en charge ou le suivi de la personne âgée dans les différents parcours possibles
- Manque de lisibilité de l'offre complète pour les professionnels et le grand public

2.0 Cartographie de l'existant

Principales conclusions tirées de la cartographie de l'offre

- Le taux d'équipement du territoire est :
 - **Identique** aux moyennes nationales pour la **médecine de ville** (avec une pyramide des âge défavorables) et pour les **lits aigus MCO**
 - **Très inférieur** en ce qui concerne la prise en charge en **SSR** et en **H&S longue durée**
 - **Très supérieur** en ce qui concerne les services de soins infirmiers à domicile
- Le dispositif autour de la personne âgée se structure autour de la **filière gériatrique 9/10/19** et laisse ouverte la prise en charge de patients du 18ème
- La lisibilité de l'offre pour l'ensemble des parties prenantes, professionnels de santé et grand public est forte sur l'offre hospitalière et institutionnelle mais limitée sur le **maintien à domicile**

Compte tenu des conclusions tirées de l'analyse populationnelle, il apparaît que si l'offre actuelle est maintenue, les conséquences suivantes sont prévisibles :

- Engorgement des flux avec une croissance des arrivées au SAU et une difficulté d'orientation en aval
- Parcours hospitaliers avec un risque de non retour à domicile

Implications : nécessité de recentrer le centre de gravité de la filière gériatrique sur « l'extra-hospitalier »

La restriction des modalités d'attribution de l'APA (exclusion du GIR4) entraînerait une pression significative sur le système de soins

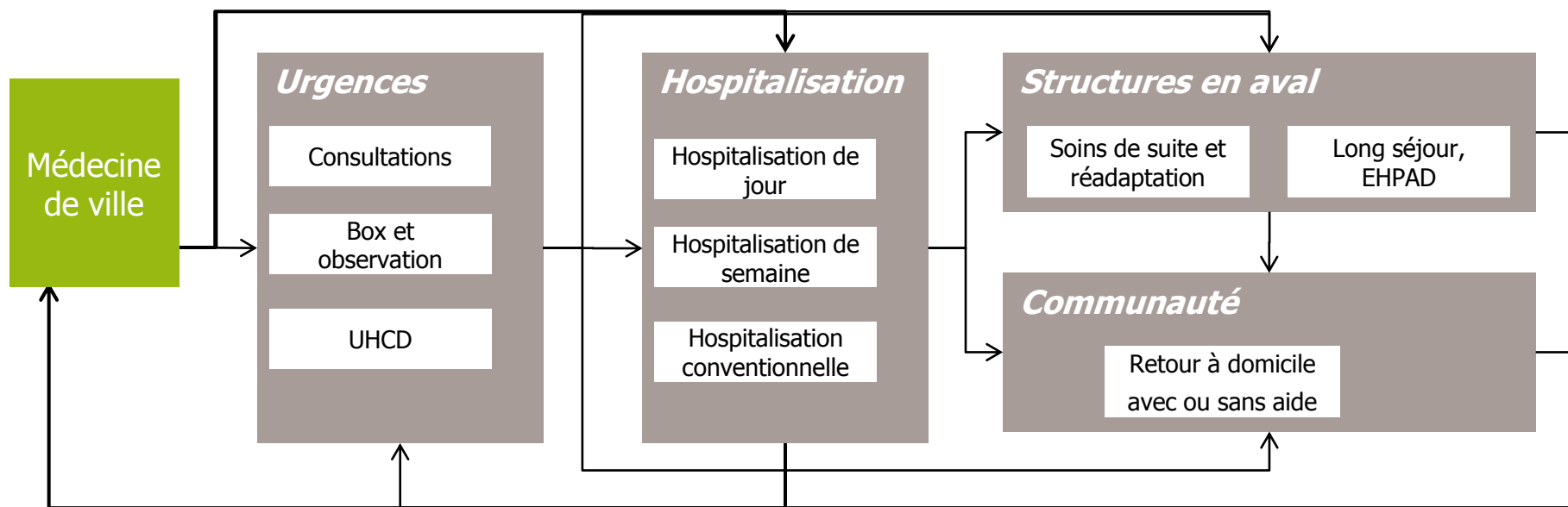
3.0 Le parcours des personnes âgées

3.0 Le parcours des personnes âgées

Le parcours de santé des personnes âgées à travers les différents services et établissements a été étudié dans sa globalité sur le territoire

Le cœur de l'analyse porte sur le flux de personnes intra et inter services et établissements, car les dysfonctionnements au cours d'une étape conditionnent fortement la prise en charge globale.

L'étude du parcours a été réalisée avec un double regard: quantitatif (volumes, motifs d'arrivée et sortie, orientations, variabilités,) et qualitatif (coopération, organisation, etc...)



3.0 Le parcours des personnes âgées

En ville, la consommation annuelle moyenne observée est de 9 consultations médicales, 9 séances de kiné et 11 actes de soins infirmiers

En se basant sur les données disponibles de la consommation de soins en ville pour un échantillon de 29.576 personnes, une extrapolation est possible pour estimer la demande en soins de ville sur le territoire d'analyse en 2010 et 2020.

Consommation annuelle moyenne ¹	Ensemble	Selon les profils				Estimation annuelle moyenne ⁴	
		Absence de médecin traitant	Absence d'ALD	ALD hors poly pathologie	ALD Poly pathologie	2010	Evolution prévue en 2020
Consultations médicales ²	9,2	0,9	6	12	13	363 216	+/- 36 000
Kinésithérapie (séances)	9,1	1,6	4	12	35	359 268	
Soins Infirmiers (actes AMI/AIS)	10,8	2	2	17	38	426 384	+/- 45 000
Consommateur de soins ³	23 920	774	9 736	13 235	949	31 544	+/- 3 200
Effectif total (Pers.)	29 576	4 771	14 079	14 503	994	39 480	+/- 4 000
Part des consommateurs	80%	16%	69%	91%	95%	80%	

1 : Source : CPAM de Paris, données Erasme 2009

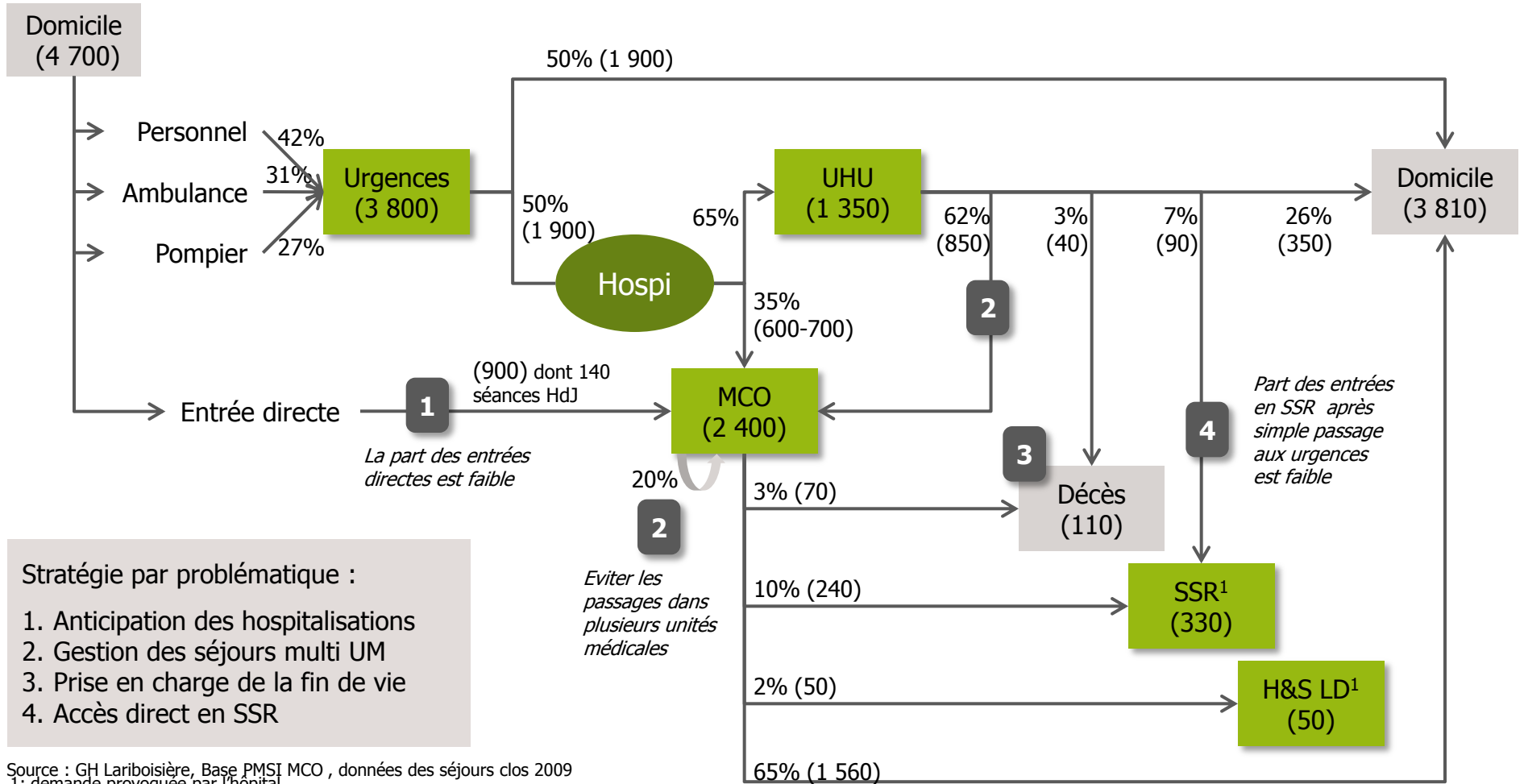
2 : Consultations de médecins généralistes, urgentiste et spécialistes

3 : Personnes ayant eu recours au moins une fois dans l'année à la médecine de ville (consultations médicales ou kinésithérapie ou soins infirmiers)

4 : L'estimation 2020 ne prend en compte que l'impact démographique

3.0 Le parcours des personnes âgées

L'analyse des parcours au sein de l'hôpital fait apparaître 4 problématiques majeures

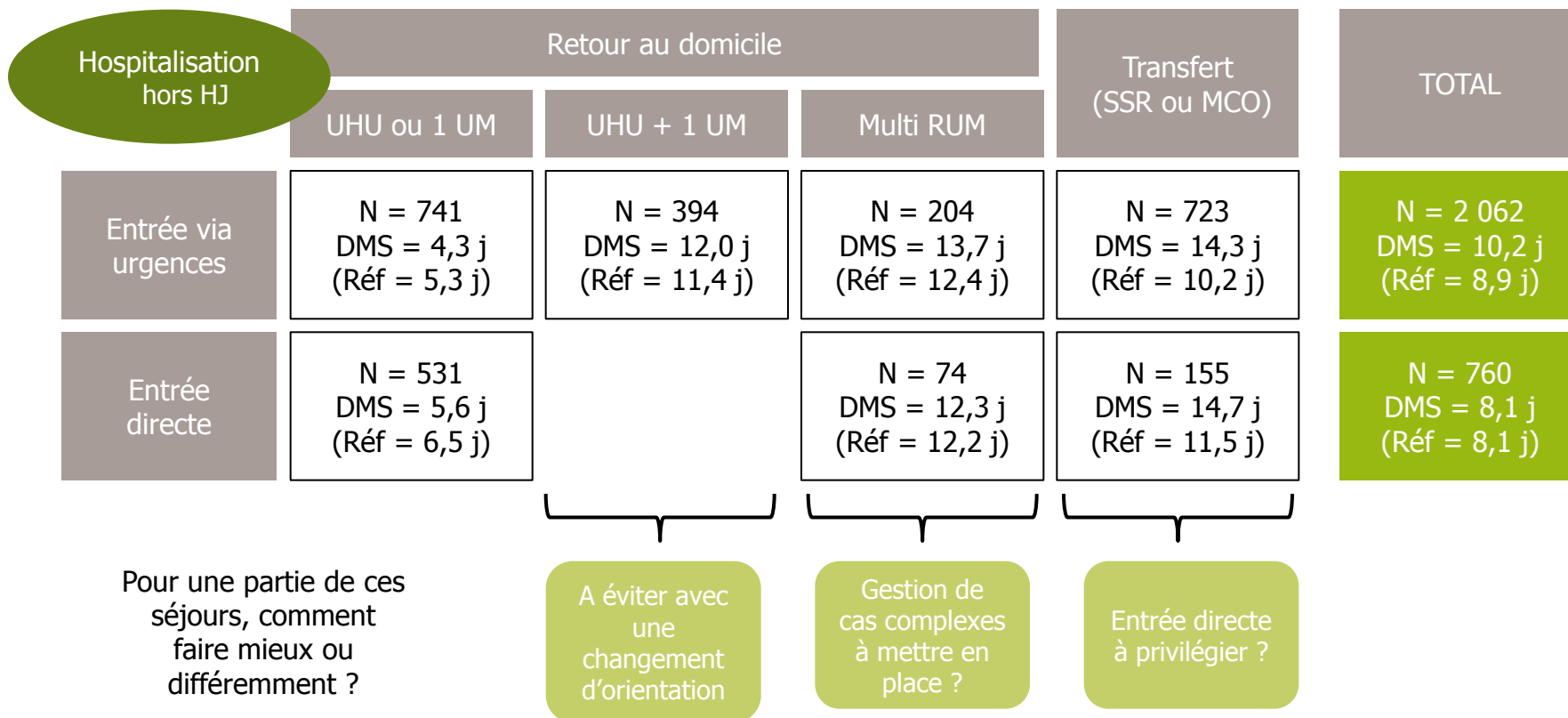


- Stratégie par problématique :
1. Anticipation des hospitalisations
 2. Gestion des séjours multi UM
 3. Prise en charge de la fin de vie
 4. Accès direct en SSR

Source : GH Lariboisière, Base PMSI MCO, données des séjours clos 2009
1: demande provoquée par l'hôpital

3.0 Le parcours des personnes âgées

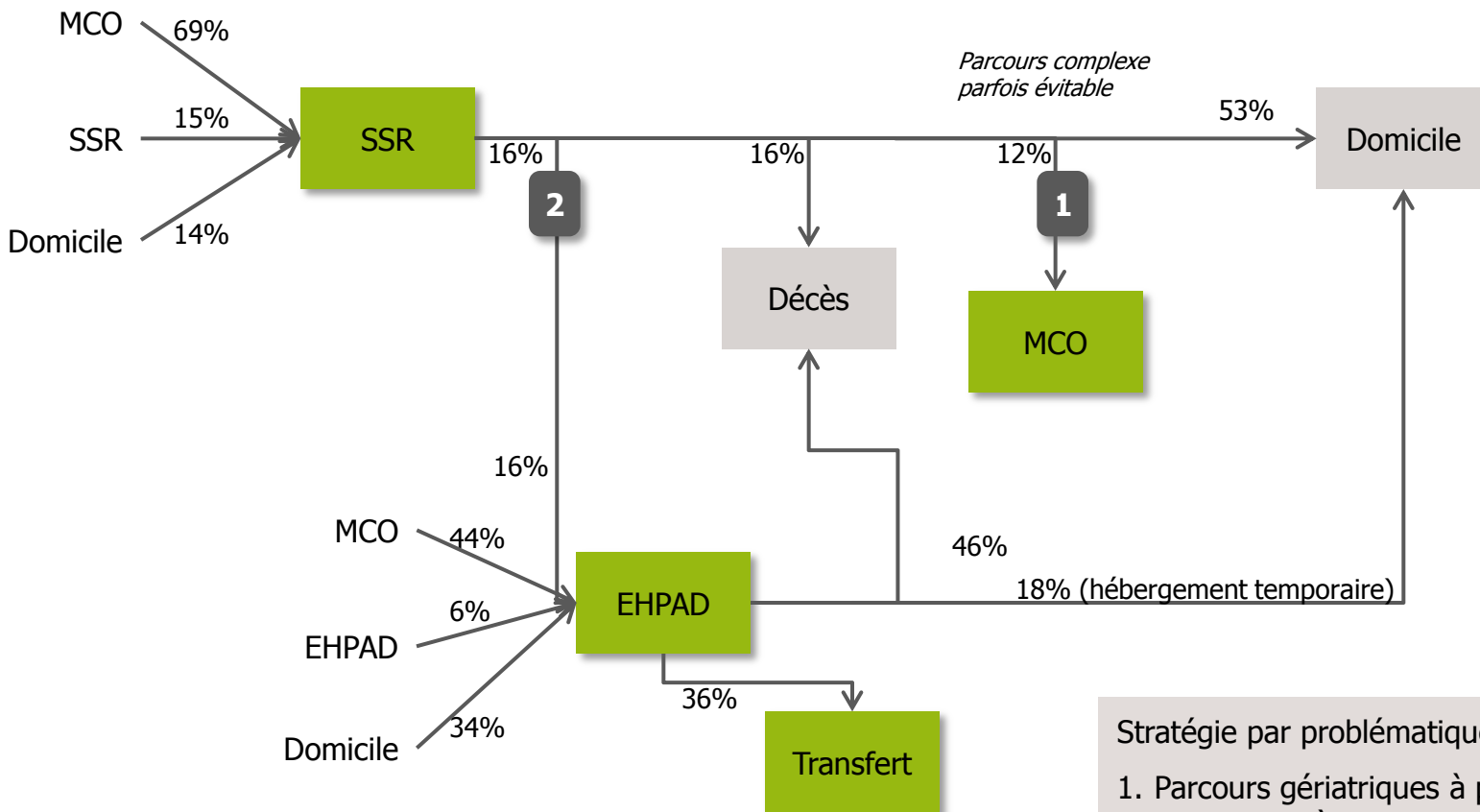
A l'intérieur de l'hôpital, les parcours courts dans une seule unité médicale sont minoritaires, ce qui amène à la question des alternatives possibles pour les parcours complexes



Source : GH Lariboisière, Base PMSI MCO, données des séjours clos 2009

3.0 Le parcours des personnes âgées

En aval du séjour aigu, une personne sur deux retournera à son domicile après un passage en SSR, les autres personnes sont orientées vers une autre structure



3.0 Le parcours des personnes âgées

Le modèle de prise en charge actuel laisse entrevoir des zones de recouvrement ainsi que des zones de rupture (ou à risque)

Les trois activités de prévention, de suivi et de transmission / partage d'informations relatives à la personne sont les points de faiblesse du modèle actuel.

L'évaluation sociale est assurée par de nombreux intervenants.

Acteurs \ Activité	Médecin traitant	Urgences	Hôpital	SSR	EHPAD	Soins à domicile	Réseau de santé géroto	CLIC	Conseil Général
Prévention	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Intervention / mission à redéfinir	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée
Diagnostic clinique	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée
Evaluation sociale	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir
Traitement	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée
Orientation	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Intervention / mission à redéfinir	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée
Suivi	Intervention / mission à redéfinir	Activité assurée	Activité assurée	Activité assurée	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Activité assurée
Transmission	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir	Intervention / mission à redéfinir

Activité assurée

Intervention / mission à redéfinir

3.0 Le parcours des personnes âgées

La multiplicité des acteurs qui interviennent rend nécessaire la clarification de la chaîne de responsabilité

Le modèle APIE permet d'identifier :

- Quelles sont les responsabilités non couvertes dans le modèle actuel
- Quels sont les acteurs indispensables selon les étapes du parcours
- Quelles sont les zones d'ombre sur l'articulation entre les acteurs

Acteurs / Services	Médecin traitant	Hôpital			SSR	HAD	SSIAD / libéraux	SAD	Réseau de santé	CLIC	Conseil Général
		Unité médicale	EMG	AS							
Urgences	A?	I	E ← → E						E, A?	A?	
Prévention	?	I							I, A?	A?	
Hospitalisation	A?	P - I	E ← → E			A?			E, A?	A?	
SSR	A?				I				A?	A?	
HAD	P, A	P	E	E	P	I			A?	A?	
Soins infirmiers	P, A	P	E	E	P		I	I	A?	A?	
Aide à domicile	?	E	E	E	E		I	I	A?	A?	E
Information										I	

Avisé = est informé de la prise en charge

Prescripteur = délivre une autorisation pour une orientation

Intervenant = est l'acteur dans le traitement

Evaluateur = définit le projet d'orientation ou de prise en charge

3.0 Le parcours des personnes âgées

Pour chaque rôle identifié, des questions émergent

1. **P = Prescripteur**

- Rôle incontournable du médecin traitant pour l'ensemble des prescriptions des soins à domicile
- Risque important pour le modèle futur

2. **E = Evalueur**

- De nombreux acteurs interviennent avec un rôle d'évaluateur et non de prescripteur
- Deux questions sous-jacentes :
 - Faut-il étendre le rôle de certains évaluateurs à celui de prescripteurs ?
 - Comment renforcer la coordination entre l'évaluateur et le prescripteur

3. **I = Intervenant**

- Frontière floue en ce qui concerne les services d'aide à la toilette (SSIAD ou SAD)

4. **A = Avisé**

- Pas de systématisme dans la transmission et le partage d'informations sur le parcours de la personne

3.0 Le parcours des personnes âgées

Le dispositif de prise en charge gériatrique et la présence d'évaluations gériatriques à plusieurs étapes du parcours constituent deux points forts à renforcer

L'analyse détaillée de chaque étape et des différentes typologies de parcours permettent de mettre en évidence les bonnes pratiques actuelles.

1. Des évaluations gériatriques complémentaires :
 - Accessibles à chaque étape du parcours : à domicile ou à l'hôpital
 - Destinées à des patients complexes, dans la majorité des cas
 - Menées par des équipes pluridisciplinaires
 - Couvrant l'ensemble des axes médico-psycho-sociaux

2. La mise en place d'une filière gériatrique qui vise à coordonner l'ensemble des acteurs qui interviennent sur le parcours de santé des personnes âgées :
 - Etablissements sanitaires et médico-sociaux
 - Services de maintien à domicile : HAD, SSIAD et SAD
 - Structures de coordination : CLIC (PPE), Réseaux de santé gérontologique

3.0 Le parcours des personnes âgées

L'analyse des flux fait apparaître une dizaine de points critiques sur les parcours de santé des personnes âgées (1/3)

1. Les patients en rupture d'accès aux soins ou en situation sociale complexe seront en croissance et demeurent une vraie problématique à traiter
2. L'arrivée aux urgences cristallise un nombre importants de dysfonctionnements
 - Orientation non appropriée pour de nombreux patients
 - Patients bénéficiant déjà d'une prise en charge à domicile, ne nécessitant pas de recours aux urgences
 - Positionnement actuel du service de gériatrie ne permet pas un accès direct des patients
 - Résidents en EHPAD
 - Manque d'informations disponibles sur le patient lors de son arrivée aux urgences
 - Réadmission fréquente qui ne donne lieu à aucune prévention
3. De nombreux parcours sont non adaptés ou complexes
 - Séjours multi RUM à l'hôpital
 - Allongement de la durée de séjour qui complique le retour à domicile

3.0 Le parcours des personnes âgées

L'analyse des flux fait apparaître une dizaine de points critiques sur les parcours de santé des personnes âgées (2/3)

4. Le manque d'accès direct aux services adaptés
 - Accès à l'hospitalisation aiguë qu'à partir des urgences
 - Certains services ne sont accessibles qu'à partir de l'hôpital (HAD, SSIAD ...)
 - L'accès au SSR n'a lieu qu'après une hospitalisation aiguë dans la majorité des cas
5. Le suivi médical des résidents en EHPAD
6. Le modèle de financement actuel n'est pas adapté à la transversalité de la prise en charge
 - Financement cloisonné
 - Modalités de financement des acteurs (forfait ou à l'acte) à adapter
7. La multiplicité des évaluations gérontologiques non connectées entre elles
8. La mise en place réactive des aides et soins à domicile
 - Accessibilité accrue à la mise en place des services, notamment le week-end
 - Coordination des acteurs

3.0 Le parcours des personnes âgées

L'analyse des flux fait apparaître une dizaine de points critiques sur les parcours de santé des personnes âgées (3/3)

9. La coordination complexe des multiples acteurs qui interviennent sur le parcours de santé
 - Clarification des rôles, des interfaces et de la chaîne de responsabilité entre les acteurs
10. L'offre de géro-psycho-geriatrie à renforcer
11. Le manque de données partagées sur le parcours du patient
 - Absence de partage d'informations relatives à la personne âgée
 - Rupture dans la continuité de la prise en charge
 - Difficulté de suivi pour les différents acteurs

3.0 Le parcours des personnes âgées

La base de données utilisée pour caractériser le parcours de personnes âgées est suffisamment fiable pour extrapoler la consommation totale de soins de la population du territoire

- La base de données utilisée représente le 41% de l'activité réalisée par les établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire (environ 9.500 contacts)
- Parmi ces données, 8.500 correspondent à des personnes qui habitent dans territoire (taux de dépendance des structures au regard de la population du territoire de 76%) . Et cela représente en moyenne 23% du total de l'activité.
- Cette extrapolation permet d'estimer la consommation actuelle pour l'ensemble de la population âgée du territoire qu'il sera intéressant de comparer avec les options de soins retenus pour demain.

Représentativité des données et estimation de la demande du territoire (2009)

Structures	Service	Structures du territoire	Notre base de données	Représentativité	Dont activité territoire	Dépendance	Part de marché	Activité du territoire	Réalisé au territoire	PDM des structures territoire
Urgences	passages	8.655	4.517	52%	3.797	84%	30%	12.657	7.275	57%
Hosp. aux Urgences	passages				1.343					
Hospitalisation MCO	séjours	6.150	4.409	72%	3.097	70%	30%	10.323	4.320	42%
SSR	séjours	1.873	461	25%	342	74%	21%	1.629	1.390	85%
Hebergement de long durée	places	739	106	14%	79	75%	10%	790	551	70%
		17.417	9.493	41%	8.658	76%	23%	25.399	13.536	64%

3.0 Le parcours des personnes âgées

L'estimation de la demande globale du territoire montre que 16.000 des 40.000 personnes âgées du territoire s'adressent aux établissements de santé ce qui va donner lieu à 30.000 actes

Estimation des arrivées directes en établissements provenant du domicile		
Personnes 75 + du territoire	N	%
Urgences	12.657	78,5%
Hospitalisation MCO	2.970	18,4%
SSR	229	1,4%
Hebergement de long durée	270	1,7%
Total	16.125	100%

Consommation annuelle et parcours estimée pour la population du territoire						
	Urgences	Hosp aux Urgences	Hosp MCO	SSR	Heb. de long durée	TOTAL
Total Arrivées	12.852	4.562	10.323	1.629	790	30.156
dont domicile	12.852	0	2.970	229	270	16.320
Destination						
Domicile	6.169	1.186	6.535	915	174	14.979
Urgences	0	0	0	0	0	0
Hosp aux Urgences	4.562	0	0	0	0	4.562
Hosp MCO	2.121	2.829	2.065	223	0	7.237
SSR	0	319	1.053	68	0	1.441
Heb. de long durée	0	91	103	199	253	646
Décès	0	137	568	223	363	1.291

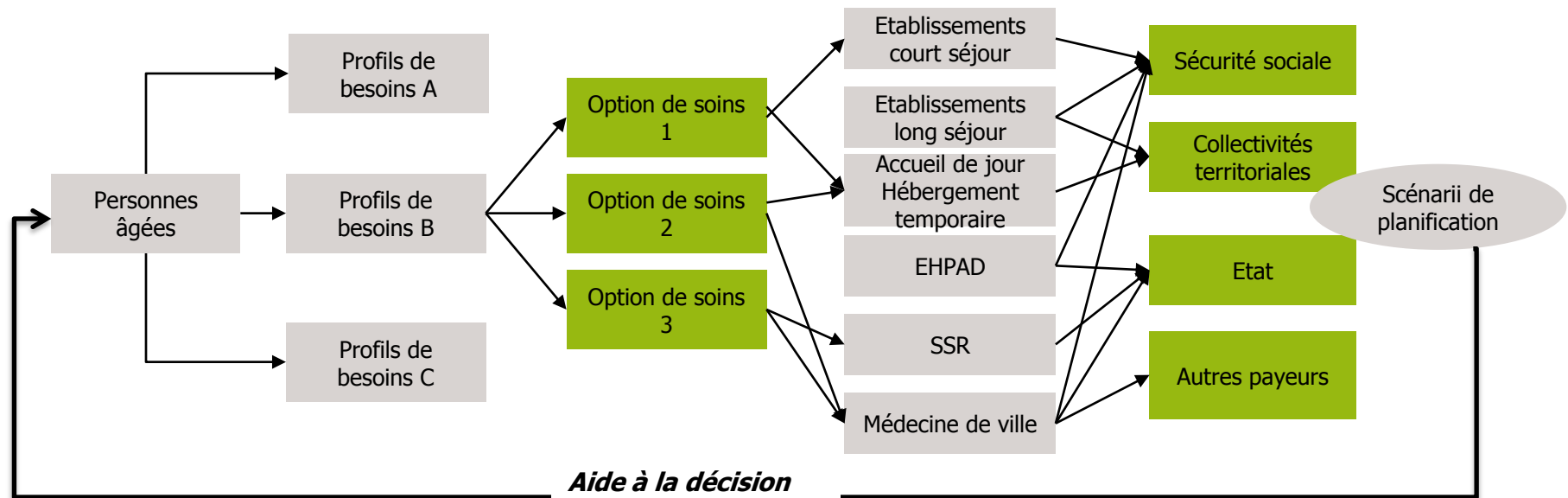
4.0 Les options de soins proposées

4.0 Les options de soins proposées

La méthodologie « Balance of Care » a été utilisée pour définir les parcours appropriés des personnes âgées

Le modèle « *Balance of Care* » est un modèle dynamique de planification des ressources à partir des besoins médico-sociaux de la population

Ce modèle permet de construire des scénarii ou des hypothèses de planification (que se passerait-il si...?) et de présenter les résultats de chaque décision possible, d'évaluer sa faisabilité et d'enrichir l'exercice de planification (réviser, redéfinir ou rejeter les premières idées)



4.0 Les options de soins proposées

Les pré-requis du modèle Balance of Care

- Classifier la population en fonction de ses besoins médico-sociaux
- Définir des options de soins appropriées pour chaque groupe de besoins
- Disposer des données sur l'incidence ou la prévalence de chaque groupe de besoins et leur consommation des ressources

4.0 Les options de soins proposées

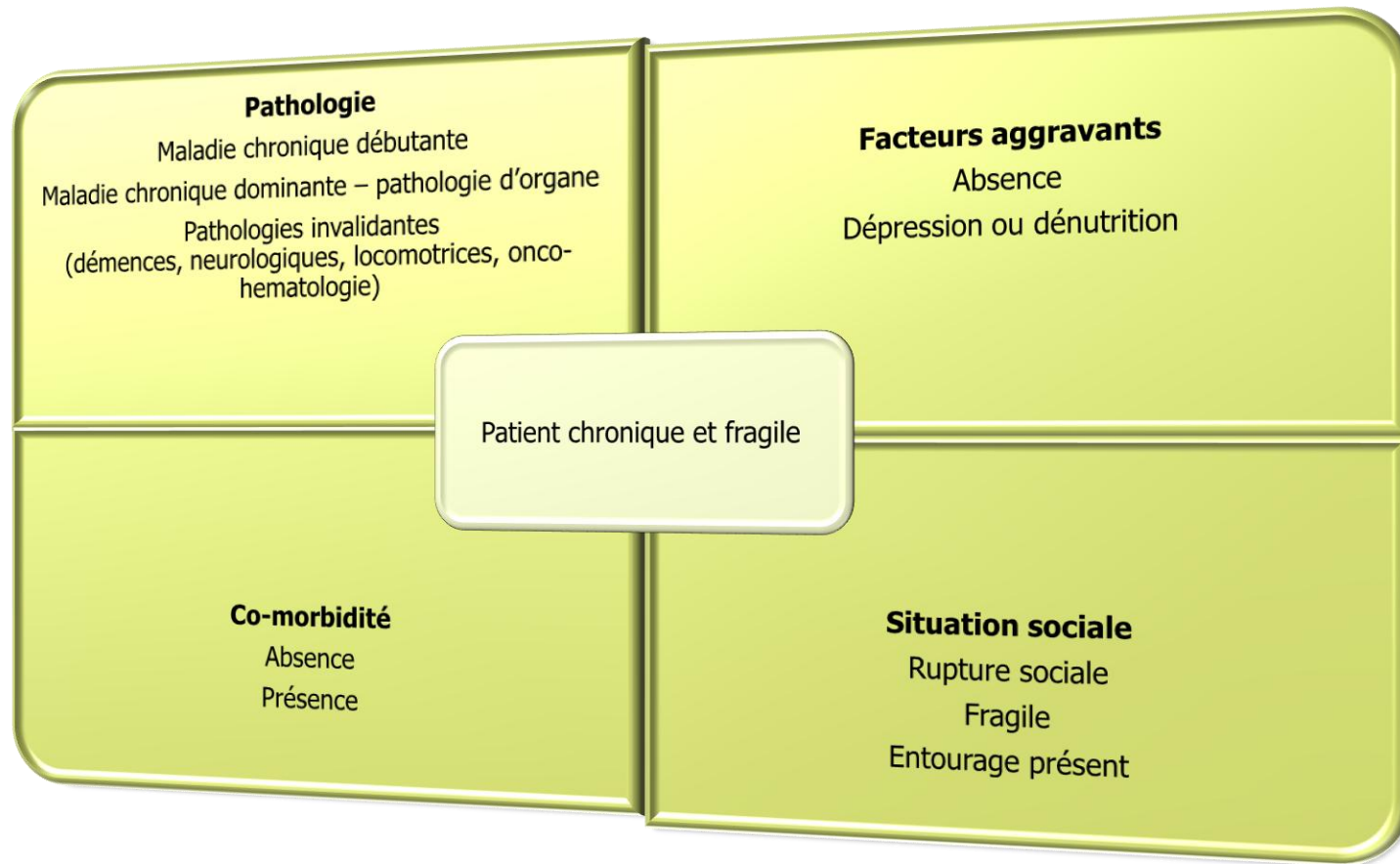
3 ateliers ont eu lieu avec de professionnels de terrain afin d'aborder les profils de besoins et les options de soins

Ateliers	Dates
Atelier 1 « Cadrage »	17 mars 9h30 – 11h30
Atelier 2 « Options de soins »	31 mars 9h30 – 12h30
Atelier 3 « Options de soins »	13 avril 10h00 – 12h30

Le groupe de professionnels de terrain	
Aurélie Misme	Albert Servadio
Rachid Amiar	Antonio Texeira
Brigitte Weiller	France Woimant
Bertrand Galichon	Christian Grataud
Claudine Huet	Thibaut Tenailleau
Claude Cormier	Philippe Gadault
Joëlle Guignard	Martine Andrieu
Frédérique Vandebossche	Marie-Paule Debray
Claire Lansac	Tatiana Garcia
Sylvie Legrain	Marinette Olivier Thomas
Marie-Dominique Lussier	Virginie Hoareau

4.0 Les options de soins proposées

Une proposition de classification, fondée sur 4 grands critères...



4.0 Les options de soins proposées

...qui a abouté a une classification en 15 catégories et 42 profils

	N	Description	Maladie	Facteur aggravant	Co morbidité	Rupture sociale	Fragile	Entourage présent
Maladie chronique débutante	1	Maladie chronique débutante	Diabète, HTA, arthrose	Non	Non			
	2	Poly pathologies chroniques débutante	Diabète, HTA, arthrose	non	Oui			
	3	Dépression ou dénutrition avec maladie chronique débutante	Dépression ou dénutrition	Non	Diabète, HTA,			
	4	Maladie chronique dominante	Insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale	Non	Non			
Pathologies d'organes	5	Maladie chronique dominante avec facteurs aggravants	Insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale	Dépression ou dénutrition	Non			
	6	Maladie chronique dominante avec co-morbidité	Insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale	Non	Oui			
	7	Maladie chronique dominante avec facteurs aggravants et co-morbidité	Insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale	Dépression ou dénutrition	Oui			
Pathologies très invalidantes	8	Maladie neurologique dont AVC	AVC et autres affections neurologiques	Non	Non			
	9	Maladie neurologique dont AVC avec facteurs aggravants et/ou co morbidité	AVC et autres affections neurologiques	Dépression ou dénutrition	Oui			
	10	Démences modérées à sévères	Alzheimer, parkinson, ...	Non	Non			
	11	Démences avec co morbidité	Alzheimer, parkinson, ...	Non	Oui			
	12	Affection rhumatologique et orthopédique	Prothèse de hanche, genou ou autres affections traumatologiques	Non	Non			
	13	Affection rhumatologique et ortho avec facteur aggravant et/ou co morbidité	Prothèse de hanche, genou ou autres affections traumatologiques	Dépression ou dénutrition	Oui			
	14	Onco-hématologie active						
	15	Pronostic vital						

4.0 Les options de soins proposées

Pour chaque profil, le groupe de professionnels a défini une stratégie de prise en charge adaptée aux besoins ...

	N	Description	Mot clé de la stratégie d'intervention
Maladie chronique débutante	1	Maladie chronique débutante	éducation thérapeutique et prévention
	2	Poly pathologies chroniques débutante	éducation thérapeutique et suivi social
	3	Dépression ou dénutrition avec maladie chronique débutante	accès aux soins psychiatriques
Pathologies d'organes	4	Maladie chronique dominante	hospitalisations évitables
	5	Maladie chronique dominante avec facteurs aggravants	hospitalisations anticipées
	6	Maladie chronique dominante avec co-morbidité	coordination des acteurs
	7	Maladie chronique dominante avec facteurs aggravants et co-morbidité	gestion de cas
Pathologies très invalidantes	8	Maladie neurologique dont AVC	soins de ville et accès plateau technique de réadaptation
	9	Maladie neurologique dont AVC avec facteurs aggravants et/ou co morbidité	rééducation ou institutionnalisation
	10	Démences modérées à sévères	accueil de jour et hébergement temporaire
	11	Démences avec co morbidité	gestion de cas complexes et accompagnement des aidants
	12	Affection rhumatologique et orthopédique	accessibilité des soins
	13	Affection rhumatologique et ortho avec facteur aggravant et/ou co morbidité	coordination de soins complexes à domicile
	14	Onco-hématologie active	prise en charge spécialisée à domicile

4.0 Les options de soins proposées

....qui a été détaillée sous forme d'option de soins

Profil 11 : Démences avec co morbidité
Facteur aggravant : non
Co morbidité : oui

Nom	Unité de consommation	Entourage présent		Fragile		Rupture sociale	
Médecine de ville							
Visites à domicile médecin généraliste	Visites à domicile/an	6		10			
Visites à domicile médecin urgentiste (SOS médecin)	Consultations à domicile/an	1		3			
Consultations de médecin spécialisé	Consultations/an	2		2			
Séances paramédicales	Séances à domicile/an	126		78			
Hôpital court séjour							
Passages aux urgence	Passages/an			2	3		
Séjours en hospitalisation gériatrique	Séjours/an	1		2	3		
Séances évaluation HDJ	Séances/an	1					
Evaluation gériatrique intra-hospitalière (équipe mobile de gériatrie)	Evaluation/an			2	3		
Consultations psycho-gériatriques	Consultations/an			3			
Soins de suite et de réadaptation							
Journées SSR gériatrie	Journées/an			30			
Long séjour : hébergement et soins							
Journées long séjour EHPAD	Journées/an					365	
Journées hébergement temporaire	Journées/an	30		21			
Maintien à domicile							
Accueil de jour	Jours/an	120					
HAD	Séances/an	30		30			
SSIAD - Surveillance de prise de traitement	Heures/semaine			3,5			
SSIAD - Aide à la toilette	Heures/semaine	2,5		14			
SAD - Aide à la toilette	Heures/semaine	14					
SAD - Portage de repas	Repas/semaine			7			
SAD - Télésurveillance	Abonnement/an			1			
Aménagement du domicile	Intervention/an	1		1			
Structure de coordination							
Evaluation sociale CLIC/PPE	Evaluations/an	2		4			
Evaluation gériatrique (Réseau de santé gérontologique)	Evaluations/an	5		14			
Gestion de cas (MAIA)	Acteur/an				1		

4.0 Les options de soins proposées

Le travail sur les options de soins a abouti à l'identification de quelques éléments organisationnels essentiels

- L'importance d'une **évaluation partagée des besoins** de personnes âgées (équipes mobiles gériatrique, etc...)
- L'intérêt des options de soins en tant que **guides** pour mieux gérer le parcours, mais qui doivent être adaptés aux spécificités de chaque patient.
- L'importance des activités de **coordination** de tous les acteurs concernées.
- La nécessité **d'intégrer l'évaluation et le suivi social et gérontologique** (intégration des réseaux de santé et les CLIC).
- L'émergence **de nouveaux services** :
 - De nouvelles consultations : pluridisciplinaires, éducation thérapeutique pour le patient et/ou pour les aidants
 - Prise en charge en soins de suite selon de nouvelles modalités : hospitalisation programmée, SSR spécialisés en géronto-psychiatrie, séances en hôpital de jour
 - Gestionnaire de cas complexes

4.0 Les options de soins proposées

Le travail réalisé jusqu'à aujourd'hui sur les options de soins permet de présenter des résultats préliminaires, avec les points de vigilance suivants :

- **Nécessité d'une relecture critique et « à froid » par les experts de terrain**
 - Harmoniser le travail mené dans différents groupes
 - Valider les options de soins par profil
 - Stabiliser les profils complexes
- **Quantification des profils**
 - Estimation sur la base de données ALD
 - Quantification plus fine nécessaire sur la base des données statistiques de l'assurance maladie
- **Consensus sur la définition des nouveaux services ou nouvelles modalités de prise en charge**
 - Stabiliser les différents scénarios

4.0 Les options de soins proposées

Les profils ont été quantifiés (nombre de personnes âgées dans chaque profil) à partir d'une exploitation ad-hoc de la base de données des ALD

- Un tableau de correspondance entre les profils et les ALD a été construit, de façon à ce que chaque ALD (ou combinaison de plusieurs ALD) soit attribué à un seul profil.
- A partir de ce tableau, le nombre de personnes âgées du territoire entrant dans chaque profil a été calculé.
- L'estimation du nombre de personnes âgées dans chaque profil à partir des ALD apparaît comme la méthode la plus pertinente.
- Néanmoins, il convient aussi de rappeler ses limites : au regard des données nationales, le taux de bénéficiaire d'ALD sur le territoire est significativement inférieur (52% vs 63%), ce qui pourrait indiquer une sous-déclaration.

Estimation de la prévalence des profils parmi les personnes âgées. Source: estimation d'Antares Consulting (en attendant l'exploitation de l'AM)

N	Profil	% Personnes Âgées
0	Sans ALD	48,0%
1	Maladie chronique débutante	5,5%
2	Poly pathologies chroniques débutante	5,5%
3	Dépression ou dénutrition avec maladie chronique débutante	2,5%
4	Maladie chronique dominante	8,0%
5	Maladie chronique dominante avec facteurs aggravants	2,8%
6	Maladie chronique dominante avec co-morbidité	2,8%
7	Maladie chronique dominante avec facteurs aggravants et co-morbidité	2,3%
8	Maladie neurologique dont AVC	3,3%
9	Maladie neurologique dont AVC avec facteurs aggravants et/ou co morbidité	1,8%
10	Démences modérées à sévères	4,5%
11	Démences avec co morbidité	3,3%
12	Affection rhumatologique et orthopédique	4,0%
13	Affection rhumatologique et ortho avec facteur aggravant et/ou co morbidité	1,5%
14	Onco-hématologie active	4,5%
	TOTAL	100,0%

4.0 Les options de soins proposées

La modélisation du nombre de personnes âgées par profil et ses options de soins en 2020 montre une évolution significative des prestations nécessaires pour la prise en charge des maladies chroniques

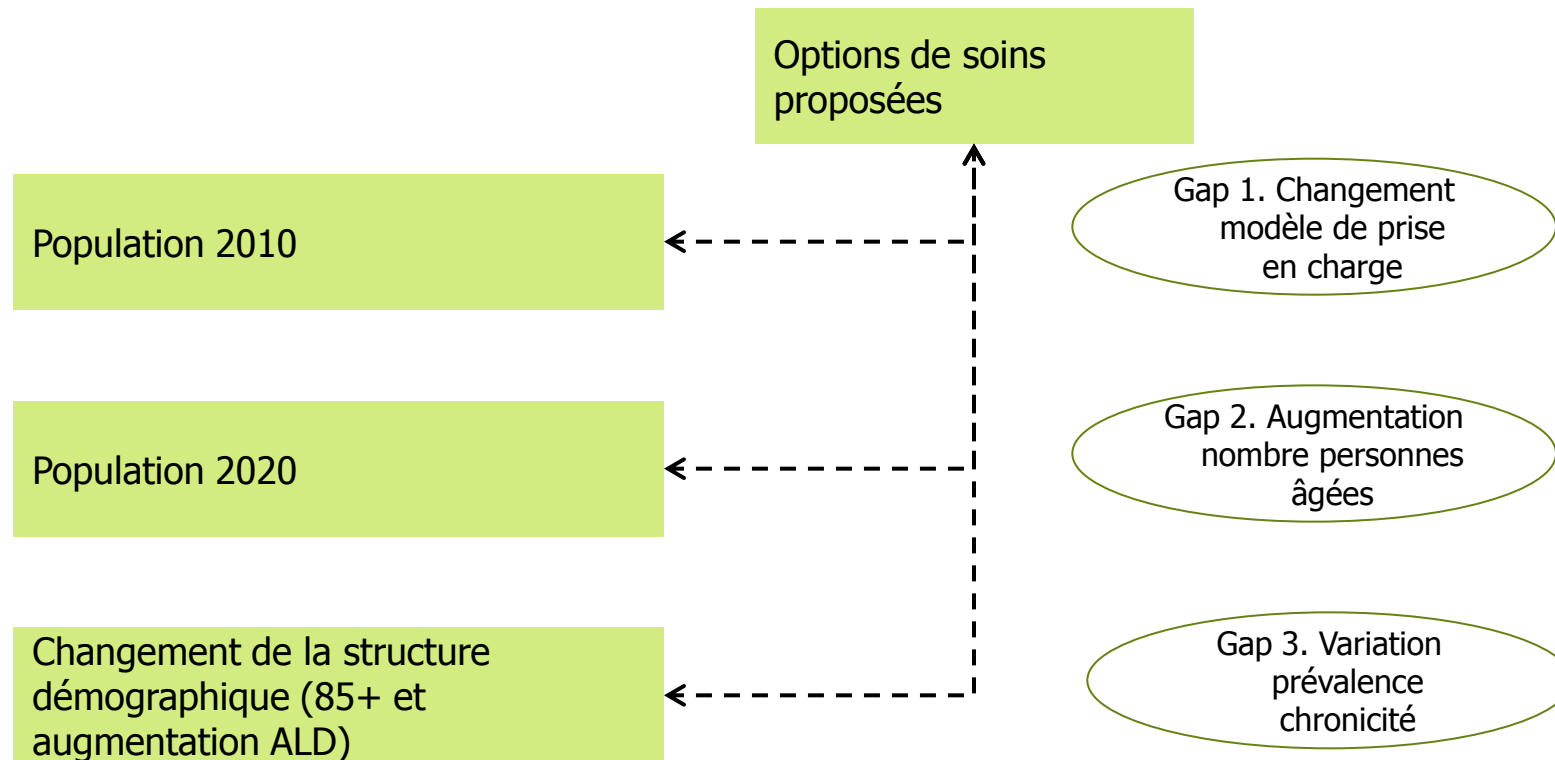
Variation des prestations aux personnes âgées				
Source: Exploitation du modèle Balance of Care				
Ressources	Service	Réel 2010	BOC 2020+ALD	Gap Total
Medecin Généraliste	Consultations	112 179	191 064	↗
Médecine Spécialiste	Consultations	66 884	74 432	
Infirmier	Actes	290 891	126 817	
Paramédicaux	Actes	209 838	445 807	
Urgences	Passages	12.852	8 956	↘
Hospitalisation Urgences	Séjours	4.562	2 541	↗
Hospitalisation MCO	Séjours	10.323	17 515	
Hôpital de Jour	Séjours		12 520	
SSR	Séjours	1.629	10 897	↗
Hôpital de Jour SSR	Séjours		2 282	
Long Durée	Séjours	790	643	
Accueil de jour	Journées		2 630	↗
HAD	Journées		7 390	
SSIAD	Heures/semaine		13 104	
Portage de repas	N		5 621	
Telesurveillance	N		1 399	↗
Gestion de cas	N		1 398	
Evaluation - suivi	N		28 562	

Les tendances montrent :

- Une diminution marquée des passages aux urgences
 - Préférence donnée à l'hospitalisation anticipée et programmée
- Une augmentation de :
 - l'activité de SSR
 - des services de maintien à domicile
 - Des gestionnaires de cas complexes

4.0 Les options de soins proposées

L'analyse comparée entre la consommation de prestations en 2010 et le résultat du modèle « balance of care » peut être décomposée en 3 éléments



4.0 Les options de soins proposées

Analyse des résultats

Gap 1. Changement modèle de prise en charge

Variation des prestations aux personnes âgées					
Source: Exploitation du modèle Balance of Care					
Ressources	Service	1	2	3	
		Réel 2010	BOC 2010	Gap 1 (2-1)	
Médecin Généraliste	Consultations	112 179	161 173	+ 48 995	↗
Médecine Spécialiste	Consultations	66 884	62 846	- 4 038	
Infirmier	Actes	290 891	111 465	- 179 426	
Paramédicaux	Actes	209 838	392 087	+ 182 249	↗
Urgences	Passages	12 852	8 074	- 4 778	↘
Hospitalisation Urgences	Séjours	4 562	2 285	-2 277	↘
Hospitalisation MCO	Séjours	10 323	10 508	+ 185	
Hôpital de Jour	Séjours		11 344		
SSR	Séjours	1 629	9 014	+ 7 385	↗
Hôpital de Jour SSR	Séjours		2 041		
Longue durée	Séjours	790	576	- 214	
Accueil de jour	Journées		2 378		
HAD	Journées	278	6 664	+ 6 386	↗
SSIAD	Heures/semaine		11 815		
Portage de repas	N		5 068		
Telesurveillance	N		1 264		
Gestion de cas	N		1 281		
Evaluation - suivi	N		23 558		

Les évolutions significatives constatées sur les prestations entre 2010 et 2020 s'expliquent principalement par les changements générés par les options de soins

4.0 Les options de soins proposées

Analyse des résultats

Gap 2. Augmentation nombre personnes âgées

Variation des prestations aux personnes âgées				
Source: Exploitation du modèle Balance of Care				
Ressources	Service	2 BOC 2010	4 BOC 2020	5 Gap 2 (4-2)
Medecin Généraliste	Consultations	161 173	189 173	+28 000
Médecine Spécialiste	Consultations	62 846	73 832	+ 10 986
Infirmier	Actes	111 465	125 617	+ 14 152
Paramédicaux	Actes	392 087	441 407	+ 49 320
Urgences	Passages	8 074	8 866	+ 792
Hospitalisation Urgences	Séjours	2 285	2 509	+ 224
Hospitalisation MCO	Séjours	10 508	17 512	+ 7 004
Hôpital de Jour	Séjours	11 344	12 456	+ 1 112
SSR	Séjours	9 014	9 897	+ 883
Hôpital de Jour SSR	Séjours	2 041	2 282	+ 241
Long Durée	Séjours	576	631	+ 55
Accueil de jour	Journées	2 378	2 610	+ 232
HAD	Journées	6 664	7 317	+ 653
SSIAD	Heures/semaine	11 815	12 974	+ 1 159
Portage de repas	N	5 068	5 566	+ 498
Telesurveillance	N	1 264	1 390	+ 126
Gestion de cas	N	1 281	1 378	+ 97
Evaluation - suivi	N	23 558	28 280	+ 4 722

L'augmentation de l'effectif des personnes de +/- 4.000 personnes impactent le besoins en prestations pour l'ensemble des services.

4.0 Les options de soins proposées

Analyse des résultats

Gap 3. Variation prévalence chronicité

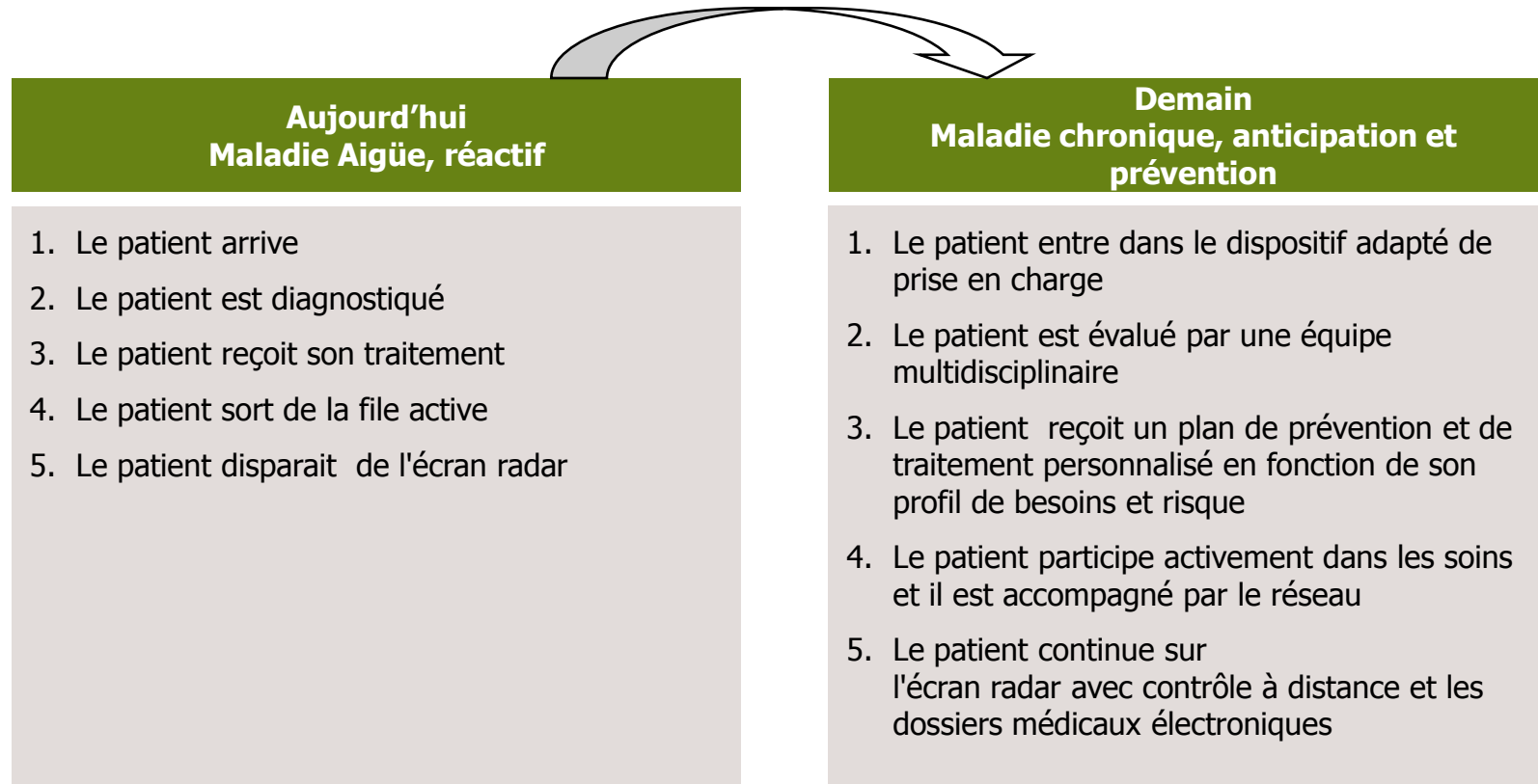
Variation des prestations aux personnes âgées				
Source: Exploitation du modèle Balance of Care				
Ressources	Service	4	6	7
		BOC 2020	BOC 2020+	Gap 3 (6-4)
Medecin Généraliste	Consultations	189 173	191 064	1 891
Médecine Spécialiste	Consultations	73 832	74 432	600
Infirmier	Actes	125 617	126 817	1 200
Paramédicaux	Actes	441 407	445 807	4 400
Urgences	Passages	8 866	8 956	90
Hospitalisation Urgences	Séjours	2 509	2 541	32
Hospitalisation MCO	Séjours	17 512	17 515	3
Hôpital de Jour	Séjours	12 456	12 520	64
SSR	Séjours	9 897	10 897	100
Hôpital de Jour SSR	Séjours	2 282	2 282	
Long Durée	Séjours	631	643	12
Accueil de jour	Journées	2 610	2 630	20
HAD	Journées	7 317	7 390	73
SSIAD	Heures/semaine	12 974	13 104	130
Portage de repas	N	5 566	5 621	55
Telesurveillance	N	1 390	1 399	9
Gestion de cas	N	1 378	1 398	20
Evaluation - suivi	N	28 280	28 562	282

- Les estimations démographiques pour 2020 montrent un vieillissement marquée de la population
- En conséquence, la prévalence des maladies chroniques devrait croître de 1% pour l'ensemble de la tranche d'âge des 75 ans et plus
- Cette augmentation aura un impact sur l'ensemble des ressources
- Cette estimation reste à affiner à partir des données de l'assurance maladie

5.0 Les implications : de la prise en charge aigue à la chronicité

5.0 Les implications : de la prise en charge aigüe à la chronicité

Au vue des résultats des options de soins appropriées, le modèle de prise en charge sanitaire et médico-sociale pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques doit se transformer



Sources: Modèles en évolution. Bengoa, 2008 (Observatoire Kroniker).

5.0 Les implications : de la prise en charge aiguë à la chronicité

Au niveau international, plusieurs expériences de gestion de la maladie chronique sont en cours...

Les modèles théoriques de gestion de la maladie chronique :

- Chronic Care Model
- Expanded Chronic Care Model (Canada)
- Innovative Care for Chronic Conditions (OMS)
- Continuous Care Model

Et ses applications pratiques :

- Kaiser Permanente
- Pfizer healthcare model
- Evercare

Les principes des modèles

- **Segmentation** : Segmentation de la population par niveau de risque et définition des stratégies de prise en charge spécifiques pour chacun des groupes de population ciblés.
- **Empowerment** : encourager l'autogestion des patients et des aidants. Les patients doivent améliorer leur capacité à contrôler leurs propres soins, comprendre très bien leur état et résoudre les problèmes découlant de leur maladie.
- **Prise en charge dans la communauté** : la prise en charge en veille et le maintien à domicile sont les piliers du modèle de gestion de la chronicité.

5.0 Les implications : de la prise en charge aiguë à la chronicité ...ainsi que des expérimentations au niveau national

L'expérimentation MAIA

Les Maia sont des structures destinées à coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage.

Les Maia s'articulent autour de plusieurs missions :

- point d'accès unique pour l'accueil, information et gestion des situations ;
- mise en commun des moyens pour le recrutement de personnel social, médical, paramédical, administratif ;
- élaboration de nouvelles stratégies de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ;
- interdisciplinarité autour de la personne malade et mise en place de prises en charge continues adaptées à ses besoins ;
- mise en place d'actions de soutien aux aidants de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ;
- évaluation des pratiques des intervenants ;
- mise en place d'un système de référent pour toutes les personnes atteintes de la maladie et de coordonnateurs uniques pour les cas complexes.

Les maisons de santé gériatriques

La MSG s'adresse à des malades âgés (≥ 75 ans) complexes qui

- sont à haut risque d'hospitalisation
- nécessitent un «œil neuf», d'après leur médecin généraliste
- sortent de l'hôpital ou d'une clinique et dont l'état de santé nécessite l'adaptation de leur plan d'aide ;
- nécessitent, du fait de leur dépendance, un suivi sous forme de visite à domicile.

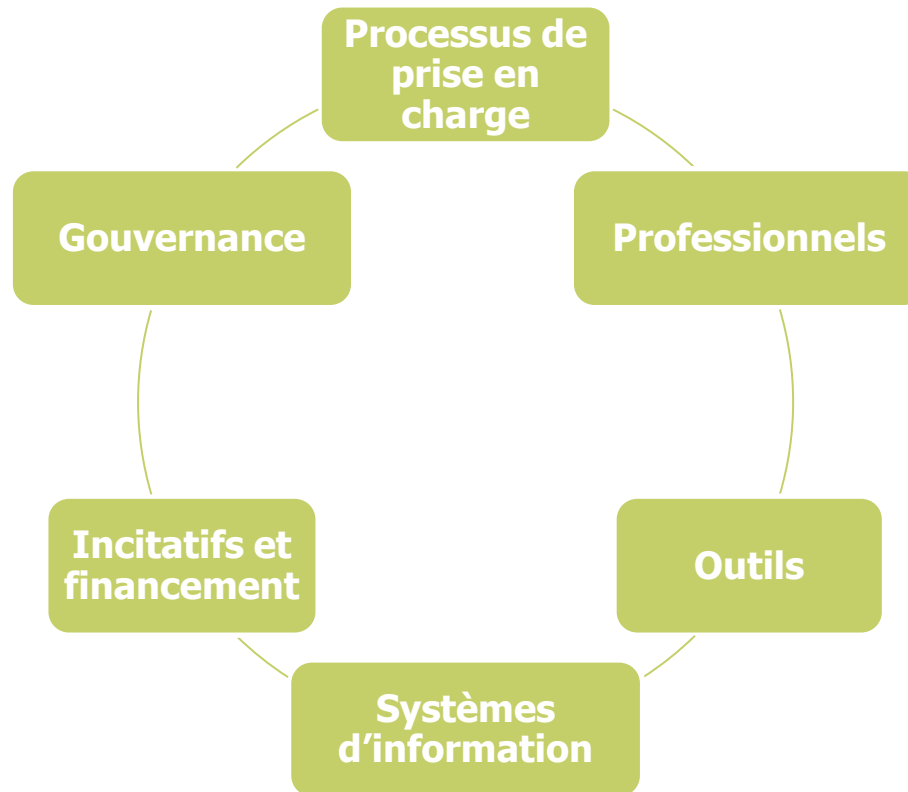
Elle repose sur les médecins généralistes, mais elle associe d'autres professionnels : gériatre; psychiatre, infirmiers; un travailleur social rattaché au PPE; un psychologue

Les activités de soins

- Consultations pluridisciplinaires d'évaluation
- consultations paramédicales et sociales de suivi
- séances collectives d'éducation thérapeutique
- Visites à domicile paramédicales ou sociales
- Déplacements infirmiers en établissements (hôpitaux et cliniques) pour sécuriser le temps de « transition » des patients rentrant à domicile.

5.0 Les implications : de la prise en charge aiguë à la chronicité

Les modèles de gestion des personnes atteintes des maladies chroniques reposent sur 6 dimensions



Les processus de prise en charge des malades chroniques se fondent sur 8 principes :

1. Segmentation de la population et la détection des «cas»
2. Guides et protocoles pour les différentes maladies chroniques ou de profils de patients
3. Évaluation pluridisciplinaire et individualisée du patient
4. Définition d'un plan de soins et traitement spécifique et individualisée, accordé avec les patient
5. Une surveillance régulière des patients
6. Des programmes éducatifs pour les patients
7. Orientation vers les ressources appropriées grâce à une meilleur anticipation et coordination des acteurs
8. L'évaluation continue des interventions et des objectifs de santé atteints

Les caractéristiques principales des professionnels qui interviennent dans la prise en charge des malades chroniques sont :

- Équipes **pluridisciplinaires** et de coordination
- Rôle important des **infirmières**:
 - Information et communication
 - Éducation à la santé
 - Suivi de patients
 - Coordination des acteurs
- **Émergence de nouveaux rôles** : gestionnaire de cas, éducateur thérapeutique
- **Renforcement de certains rôles** : médecin gériatrie, pharmacien, nutritionniste, psychologue, professionnels paramédicaux (kiné, orthophoniste, ergo,)

La gestion des patients chroniques s'appuie aussi sur plusieurs outils

1. **Protocoles de prise en charge**, et stratégies d'intervention par maladie et niveau de risque.
2. **Outil d'évaluation de besoins et du risque**, qui facilitent le travail d'évaluation des besoins et facilitent l'évaluation du niveau de risque de consommation de ressources.
3. **Outil d'alerte précoce**, un outil à utiliser par le patient ou l'aidant afin d'identifier les changements critiques des symptômes ou conditions afin d'anticiper les interventions
4. **Formulaire d'observation**, utilisé par l'infirmière coordinatrice afin d'identifier les changements d'état des patients.
5. **Protocole de revu des médicaments**, afin de diminuer les risques de iatrogénie.
6. **Outil d'analyse rétrospective des hospitalisations**, afin d'analyser les hospitalisations évitables

Le développement des systèmes d'information est un élément indispensable pour la gestion des patients chroniques

Système d'information clinique et sociale partagée

- Un seul point de l'information médico-sociale accessible pour tous les acteurs.
- Communication/coordination entre les professionnels

Systèmes de soutien à la décision

- Système de classification des patients
- Itinéraires cliniques de référence
- Prédiction de la consommation de prestation

Dispositifs de télésurveillance

- Prise de constants et signes
- Alertes précoces
- Assurer la conformité du traitement.

Support téléphonique

- Gestion des rdv
- Suivre l'état du patient
- Coaching
- Consultations médicales ou de soins infirmiers par téléphone

Internet et Web 2.0

- Education à la santé
- Soins de soutien
- Communautés de patients

Plusieurs leviers financiers peuvent être envisagés

Pour les patients

- Diminution / Suppression du reste à charge

Pour les structures

- Financement par capitation pour l'ensemble des personnes âgées du territoire, et donc à redistribuer en interne du territoire par toutes les structures.
- Financement à l'activité, avec des bonus/malus pour la gestion efficace du parcours
- Financement fléché pour des programmes de gestion de maladies chroniques
- Financement des activités de coordination

Pour les professionnels en ville

- Bonus par patient pour les médecins en ville / infirmières dans son rôle de gestion des malades chroniques et pour la mise en protocoles de soins
- Bonus pour l'inclusion des malades dans le programme de gestion de cas
- Financement des activités de coordination

Les leviers financiers pour les individus peuvent limiter la coopération, tandis que les incitatifs financiers pour les organisations ont un faible impact sur la motivation des professionnels

Les modèles de gouvernance sont très dépendants de la structure de l'offre de soins du territoire

1. Modèle d'intégration de soins sur une seule structure
2. Modèle de coordination de soins, avec un pilotage commun
3. Modèle de coordination de soins avec un point d'entrée et un leadership unique (souvent par le médecin de famille)
4. Modèle d'externalisation des programmes de gestion des malades chroniques à un tiers.

6.0 Les prochains pas : élaboration de la feuille de route

6.0 Les prochains pas : élaboration de la feuille de route

Les prochains pas du projet sont :

1. Élaboration d'une étude de l'impact médico-économique du modèle de prise en charge proposé
2. Élaboration d'une feuille de route pour la reconstitution du modèle de prise en charge pour les personnes âgées atteintes de maladies chroniques et en perte d'autonomie
3. Élaboration d'une synthèse de la démarche du projet, posant les conditions de la répliquabilité dans d'autres territoires et régions

6.0 Les prochains pas : élaboration de la feuille de route

Le schéma de la feuille de route

