

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/283-ameliorer-les-soins-en-ehpad.pdf>

Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ?

Anne Penneau, Zeynep Or (Irdes)

L'Hospitalisation à domicile (HAD) en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est un dispositif qui permet de prodiguer certains soins hospitaliers au sein de l'établissement avec l'appui d'une équipe hospitalière. L'impact de l'intervention des équipes d'HAD en Ehpad sur le recours et les dépenses hospitalières des résidents à court et moyen terme est examiné ici en comparant, entre 2015 et 2017, les différences d'évolution des consommations de soins des résidents des Ehpad qui utilisent pour la première fois l'HAD à celles des établissements qui ne l'utilisent pas.

Les équipes d'HAD en Ehpad réalisent principalement des soins palliatifs et des pansements complexes (soins de plaies complexes : escarres, stomies compliquées, ulcères, etc.). L'intervention de ces équipes permet de réduire les hospitalisations classiques, le recours aux urgences non suivies d'hospitalisation, et d'augmenter le recours aux soins palliatifs en fin de vie, tout en réduisant les dépenses hospitalières totales. Dans l'ensemble, l'HAD contribue à l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents en Ehpad. Pourtant, l'intervention d'équipes hospitalières pour pallier des besoins de soins essentiels et courants, tels que les soins palliatifs et les pansements complexes, pose des questions d'équité d'accès aux soins et d'efficacité, car l'offre d'HAD n'est pas accessible à tous les établissements, ni même à tous les résidents d'un même établissement. Ces résultats appellent à questionner le niveau de financement approprié des Ehpad pour assurer les compétences internes nécessaires tout en poursuivant la coordination avec les équipes d'HAD afin de répondre à l'ensemble des besoins de soins sanitaires, médico-sociaux et sociaux des résidents en Ehpad.

L'ensemble des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), qu'ils soient publics, privés lucratifs ou non lucratifs, reçoivent des financements de l'Assurance maladie et du départe-

tement pour assurer les soins des seniors qu'ils hébergent. Ces paiements permettent principalement de financer les soins infirmiers et de personnels intervenant auprès des personnes hébergées en Ehpad (toilette, habillage, distribution des

médicaments, etc.). Si certains établissements bénéficient d'un financement global des soins par l'Assurance maladie pour financer en interne les médecins généralistes, dans la majorité des Ehpad, les médecins libéraux en ville assurent la prescription et le

suivi des soins médicaux des résidents (directement payés par le résident *via* la carte vitale). Le niveau de médicalisation des Ehpads est ainsi relativement faible et la prise en charge des résidents dans les Ehpads fait intervenir divers acteurs qui ont des modes de régulation et de financement différents : l'établissement et son personnel, les médecins libéraux (principalement le médecin traitant du senior) et l'hôpital. La pandémie de Covid-19 a mis en évidence, dans de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les déficiences importantes d'articulation des soins entre

ces trois principaux acteurs (Stall *et al.*, 2020). Ces inefficiences ont des répercussions sur la qualité et le coût de la prise en charge en Ehpads. Par exemple, l'hospitalisation des résidents en Ehpads, lorsqu'elle pourrait être évitée grâce à une prise en charge au sein de l'établissement, constitue une source d'inefficacité. En effet, les transferts vers l'hôpital sont coûteux et peuvent entraîner une détérioration de l'état de santé physique et mental de ces personnes déjà fragiles (Boyd *et al.*, 2008). Les équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) fournissent les ressources médicales et techniques nécessaires pour réali-

ser certains soins de nature hospitalière directement dans l'établissement et pourraient permettre d'améliorer la prise en charge sanitaire des résidents en Ehpads. Dans cette étude, nous examinons l'impact de l'intervention de ces équipes d'HAD sur le recours et les dépenses hospitalières des résidents.

Autorisées en Ehpads depuis 2007, les équipes d'HAD sont le plus souvent composées d'un médecin coordonnateur, d'une infirmière coordonnatrice, d'une infirmière et d'une assistante sociale. Elles se différencient des équipes mobiles (de soins pallia-

2 DONNÉES ET MÉTHODE

Schéma d'étude

L'analyse est basée sur les données du Système national des données de santé (SNDS), appariées à la base de données Resid-Ehpads pour les années 2014 à 2017. La base de données permet d'identifier les résidents en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpads) et de suivre leur consommation de soins médicaux dans différents contextes de soins (hospitaliers et ambulatoires). Un échantillon de 12 régions françaises (près des deux tiers de la population âgée en France) a été utilisé et seuls les Ehpads présents sur l'ensemble de la période d'analyse (de juillet 2014^a à décembre 2017) ont été inclus. L'échantillon final est composé de 5 373 Ehpads qui ont accueilli 696 370 seniors sur la période d'étude.

Cinq indicateurs de résultats sont calculés pour chaque semestre. Le premier mesure le recours à l'hôpital, par le nombre d'admissions en médecine et chirurgie pour 100 résidents en Ehpads. Deux autres indicateurs, le nombre d'admissions non programmées en médecine et chirurgie pour 100 résidents en Ehpads (seniors entrés par un service d'urgences avant d'être hospitalisés) et le nombre de visites aux urgences non suivies d'une d'hospitalisation pour 100 résidents en Ehpads. Le quatrième indicateur mesure le recours aux soins palliatifs en fin de vie (en médecine et chirurgie, en Soins de suite et de réadaptation-SSR ou en Hospitalisation à domicile-HAD) pour 100 résidents décédés. Le dernier indicateur est la moyenne des dépenses hospitalières totales remboursables par l'Assurance maladie pour 100 résidents. Les dépenses hospitalières totales comprennent les dépenses de médecine et chirurgie, de SSR, et d'HAD ainsi que les dépenses liées aux services d'urgences et aux transports sanitaires des résidents.

Méthode d'estimation d'impact

L'impact de l'intervention de l'HAD est estimé par des analyses en double différence (DID) en comparant l'évolution des indicateurs des Ehpads traités (qui ont utilisé l'HAD pour la première fois) à celle des Ehpads témoins (qui n'ont jamais eu recours à l'HAD). En fonction des Ehpads traités, le semestre de traitement (semestre de la première utilisation de l'HAD) peut varier du deuxième semestre 2015 au deuxième semestre 2017.

L'objectif de la méthode est d'établir les tendances de consommation de soins médicaux avant et après le semestre de traitement. Afin de sélectionner des établissements témoins sur la même période (avec les mêmes semestres avant et après traitement) et d'éviter le biais de sélection lié au semestre où les établissements traités sont identifiés, 4 établissements témoins ont été tirés au hasard pour chaque unité traitée dans le pool d'Ehpads témoins (ceux qui n'ont jamais eu recours à l'HAD) et le même semestre de traitement que l'Ehpads traité leur a été attribué (Penneau, 2023).

L'impact du traitement sur les Ehpads traités est estimé par un modèle de régression linéaire en panel avec effets fixes d'établissement (Ehpads) :

$$Y_{it} = \alpha + \beta_2 Post_t + \beta_3 Treat_i + \beta_4 Var_{it} + \beta_5 S_{it} + \delta_i + \varepsilon_{it}$$

Où, Y_{it} est l'indicateur étudié au semestre t pour l'établissement i , avec t représentant le semestre d'observation avant ou après le traitement avec $t = -6, -5, -4, -3, -2, -1, 1, 2, 3, 4, 5$ ($t = 1$ correspond au semestre de traitement). $Treat_i$ correspond aux établissements traités, et $Post_t$ est la période post-traitement. δ_i est l'effet fixe de l'établissement qui permet de contrôler des caractéristiques fixes dans le temps tels que le statut de l'Ehpads (public, privé, lucratif ou non lucratif). Var_{it} correspond aux caractéristiques de l'établissement non fixes dans le temps (le nombre de résidents dans l'établissement, âge moyen des résidents, nombre moyen de maladies chroniques affectant les résidents (Affection de longue durée, ALD), et la proportion de résidents décédés). S_{it} est le semestre calendaire de l'établissement i au semestre d'observation t . Le coefficient β_3 du terme d'interaction $Treat_i * Post_t$ mesure la différence de tendance après traitement entre les établissements traités et les établissements témoins (estimation de l'impact de l'intervention de l'HAD sur les établissements traités).

^a Le premier semestre 2014 est exclu de l'analyse en raison de la mauvaise qualité des données Resid-Ehpads avant juillet 2014.

tifs, psychiatriques, ou gériatriques) qui sont des équipes hospitalières pouvant intervenir dans les Ehpads pour conseiller le personnel de l'établissement sans directement réaliser de soins aux résidents. Pour évaluer l'impact de l'intervention de l'HAD, les établissements qui l'ont utilisée pour la première fois entre 2015 et 2017 sont identifiés dans les données du Système national des données de santé (SNDS) appariées aux données issues de la base Resid-Ehpads. Nous avons comparé l'évolution des indicateurs de recours et de dépenses hospitalières des résidents d'un établissement qui a employé pour la première fois l'HAD, à ceux des personnes résidant dans les établissements qui n'ont jamais utilisé l'HAD sur cette période. Cette stratégie empirique appelée analyse en double différence permet d'estimer l'impact des équipes mobiles d'HAD (encadré Données et Méthode).

L'HAD en Ehpads nécessite une coordination étroite des acteurs

L'HAD est prescrite par un médecin, généralement le médecin traitant du résident. Si elle est prescrite par un autre médecin que le médecin traitant, le dispositif ne peut être mis en place sans l'accord de ce dernier. De plus, l'Ehpads et l'équipe d'HAD doivent au préalable avoir signé une convention de partenariat définissant les responsabilités de chacun¹. L'HAD en Ehpads implique donc une collaboration entre l'équipe d'HAD, le médecin traitant de la personne, les professionnels de l'Ehpads mais aussi, parfois, avec les médecins hospitaliers lorsqu'ils prescrivent l'HAD. Cette interaction entre des professionnels de soins de plusieurs secteurs, généralement cloisonnés, peut améliorer la coordination et la qualité des soins (de Stampa *et al.*, 2014). Cependant, il est difficile de mesurer le rapport coût/bénéfice lié à la coordination des soins pour ces professionnels. En effet, pour tous ces prestataires de soins, la nécessité de coordonner les soins et de travailler ensemble peut être coûteuse

(charge administrative, différences de culture, de hiérarchie, etc.) mais peut également avoir des externalités positives à long terme (amélioration de la communication entre eux, transfert de compétences, etc.).

La prise en charge en HAD implique des coûts différents pour les divers fournisseurs de soins

Les coûts et les bénéfices que représente une prise en charge en HAD sont différents pour chaque acteur. Pour l'Ehpads, l'utilisation de l'HAD présente plus d'avantages que de coûts. Bien que le processus administratif de contractualisation avec une équipe d'HAD puisse être chronophage, il est rentable à plusieurs niveaux. Tout d'abord, la collaboration avec une équipe d'HAD est encouragée par l'Agence régionale de santé (ARS)². Ensuite, l'Ehpads peut potentiellement gagner en recettes en réduisant le nombre de jours d'hospitalisation en médecine et chirurgie des résidents : le montant du forfait soins versé par l'ARS, les financements des départements et du résident sont ajustés à la baisse en fonction du nombre de jours passés à l'hôpital. De plus, l'HAD peut permettre de disposer de ressources humaines et médicales supplémentaires pour les résidents.

Pour les équipes d'HAD, les Ehpads représentent une réserve importante de patients. Cependant, ils n'ont pas d'incitations financières spécifiques à intervenir en Ehpads, au contraire, le financement des équipes d'HAD (basé sur des Groupes homogènes de diagnostic-GHD) est plus bas lorsque l'intervention a lieu dans un Ehpads plutôt que dans un domicile ordinaire (Cour des comptes, 2023 ; Robillard, 2020). Pour les hôpitaux qui disposent d'un service d'HAD, la prescription d'HAD peut être bénéfique si l'hôpital est surchargé, car elle peut permettre d'orienter plus rapidement les patients complexes vers les Ehpads. Cependant, les hôpitaux sont également rémunérés en fonction de leur volume de patients (paiement à l'acti-

Ce *Questions d'économie de la santé* est issu du second chapitre de thèse de doctorat d'Anne Penneau, soutenue à l'université de Paris-Dauphine en décembre 2022*. Il a également fait l'objet d'une publication scientifique dans *The European Journal of Health Economics*** en septembre 2022.

* Penneau A. (2022). « Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins des seniors ». Thèse de doctorat de sciences économiques. Université Paris-Dauphine - PSL. 2022.

** Penneau A. (2022). "Do Mobile Hospital Teams in Residential Aged Care Facilities Increase Health Care Efficiency: An Evaluation of French Residential Care Policy". *Eur J Health Econ* 24, 923-937 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01522-1>

tivité), et pourraient donc préférer un séjour classique plutôt qu'en HAD si la marge de profit d'une hospitalisation est plus importante qu'en HAD. Pour les médecins traitants pratiquant en cabinet de ville, rémunérés à l'acte, l'HAD est potentiellement intéressante pour maintenir la continuité des soins avec leurs patients en Ehpads, parfois interrompue lors d'un transfert hospitalier. Mais si le médecin a déjà une patientèle importante ou si son implication dans l'Ehpads est faible, l'HAD peut être coûteuse en temps car elle nécessite de se coordonner avec les équipes d'HAD et de l'Ehpads. Enfin, pour le résident, l'HAD en Ehpads est entièrement financée par l'Assurance maladie, elle n'est donc pas coûteuse. Des études qualitatives menées en France font état d'avantages pour les résidents et leurs proches puisque l'HAD permet aux résidents de rester dans un environnement familial avec le personnel qu'ils connaissent comparativement à une prise en charge à l'hôpital (de Stampa *et al.*, 2014).

¹ Un assouplissement réglementaire mis en place durant la pandémie de Covid-19 autorise les établissements d'HAD à intervenir en urgence en Ehpads en l'absence de convention.

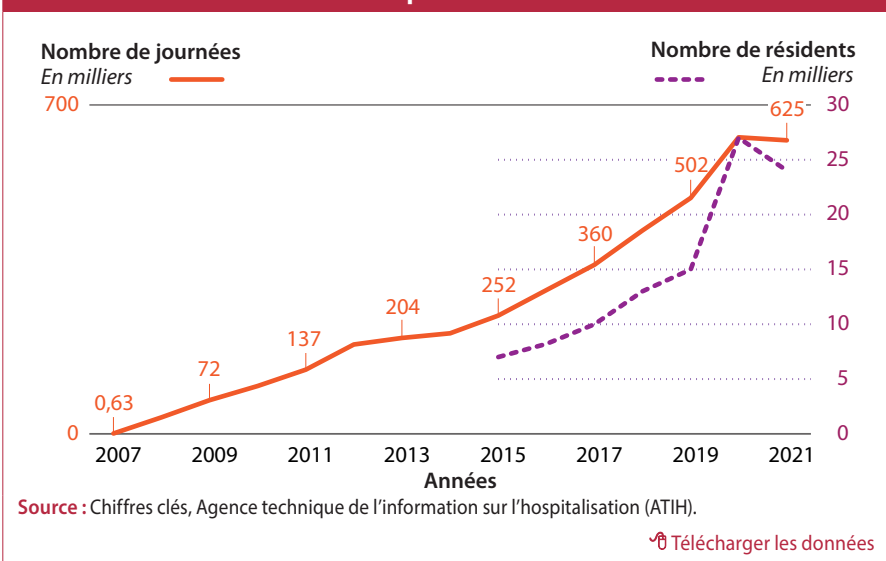
² Le développement d'un partenariat avec une équipe d'HAD fait partie des objectifs fixés dans le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom).

G1

Des recours à l'HAD encore peu fréquents par rapport aux recours à l'hôpital

Autorisée depuis 2007, l'utilisation de l'HAD en Ehpad a augmenté doucement (graphique 1). En 2015, il y a eu 252 000 journées d'HAD en Ehpad, 360 000 en 2017 et 625 000 en 2021. Une plus forte augmentation de l'utilisation du dispositif est observée en 2020 lors de la pandémie de Covid-19 ; cependant, dès 2021 après le pic de la crise passé, le nombre de résidents pris en charge en HAD a baissé³. Le nombre d'admissions en HAD des résidents d'Ehpad par semestre a presque doublé entre 2015 et 2017, passant de 0,5 admission par semestre pour 100 résidents à 0,9 admission (graphique 2). Malgré cela, le recours à l'HAD en

Utilisation de l'HAD en Ehpad en France entre 2007 et 2021



Ehpad reste beaucoup moins fréquent que les hospitalisations classiques. On comptait en moyenne 27 admissions en médecine et chirurgie

pour 100 résidents en Ehpad, dont 16 non programmées (entrées par les urgences) au premier semestre 2015, et 29 admissions en médecine

³ En 2020, le nombre de résidents pris en charge en HAD a fortement augmenté. L'augmentation est moins marquée pour le nombre de journées

d'HAD des résidents en Ehpad. Cela laisserait supposer des prises en charge moins longues durant la pandémie de Covid-19, soit une

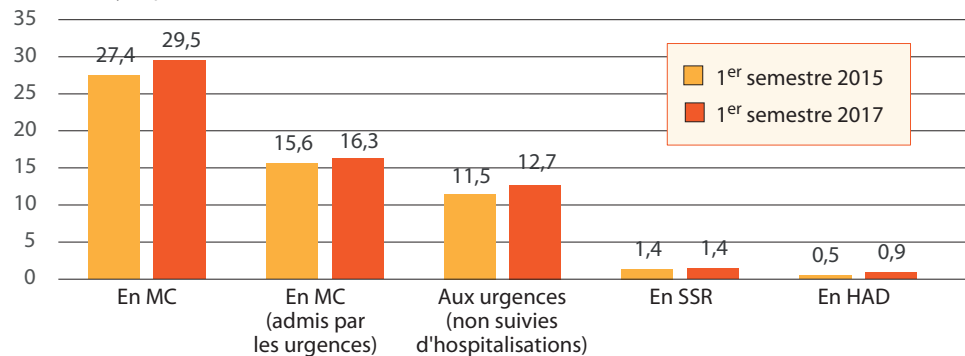
utilisation spéciale de ce dispositif au moment de la crise, qui semble revenir à une utilisation plus classique dès 2021.

G2

Nombre d'admissions hospitalières et de recours aux soins palliatifs des résidents en Ehpad entre les premiers semestres de 2015 et de 2017

Admissions hospitalières des résidents en Ehpad

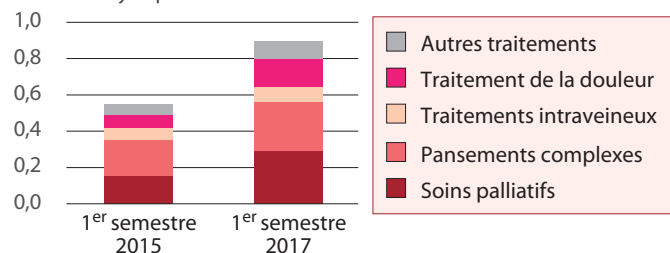
Nombre moyen pour 100 résidents



Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAD : Hospitalisation à domicile
MC : Médecine-chirurgie
SSR : Soins de suite et de réadaptation

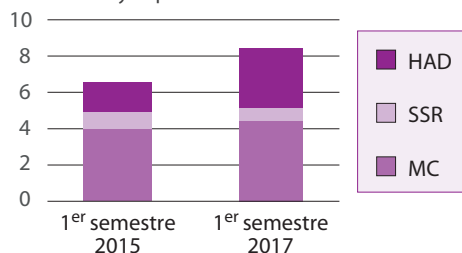
Motifs d'admission en HAD des résidents en Ehpad

Nombre moyen pour 100 résidents



Admissions en soins palliatifs des résidents en Ehpad

Nombre moyen pour 100 résidents décédés



Champ : 5 373 Ehpad présents sur l'ensemble de la période d'étude (2015-2017).

Source : Données de Resid-Ehpad appariées aux données du Système national des données de santé (SNDS) de 2014 à 2017.

Lecture : Au premier semestre 2015, en moyenne, il y a eu 27 admissions en médecine et chirurgie pour 100 résidents en Ehpad, contre 29 le premier semestre 2017.

[Télécharger les données](#)

et chirurgie, dont 16 non programmées au premier semestre 2017. Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation est également élevé avec 11 passages pour 100 résidents au premier semestre 2015, et 13 passages pour 100 résidents au premier semestre 2017. Sur la période 2015-2017, les admissions en Soins de suite et de réadaptation (SSR) des résidents d'Ehpad étaient également supérieures à celles en HAD avec 1,4 admission pour 100 résidents.

Pansements complexes et soins palliatifs sont les soins les plus fréquents en HAD

Les prises en charge les plus fréquentes par l'HAD en Ehpad entre 2015 et 2017 sont les pansements complexes (33 % des admissions et 55 % des journées) et les soins palliatifs (31 % des admissions et 27 % des journées), suivis par le traitement de la douleur (15 % des admissions et 13 % des journées) et par les traitements intraveineux (10 % des admissions et 7 % des journées). La proportion de résidents décédés en Ehpad ayant eu des soins palliatifs a augmenté entre les premiers semestres 2015 et 2017, passant de 6,1 % des résidents décédés à 8,1 % au premier semestre 2017. Cette évolution s'explique principalement par une augmentation des soins palliatifs en HAD, les séjours hospitaliers en soins palliatifs étant restés constants sur la même période.

Les Ehpad nouveaux utilisateurs de l'HAD : un profil de résidents différent ?

Pour établir un effet causal de l'HAD sur l'évolution de la consommation de soins hospitaliers, nous avons identifié les Ehpad qui ont introduit pour la première fois l'HAD et étudié les changements d'évolution de la consommation de soins des résidents, par comparaison à l'évolution observée dans les établissements qui n'ont pas fait appel à l'HAD (encadré

Données et Méthode). Entre juillet 2014 et décembre 2017, 2 060 Ehpad n'ont jamais fait appel à l'HAD, constituant le groupe « témoin ». Parmi les 3 313 Ehpad restants qui ont eu recours à des équipes d'HAD entre juillet 2014 et décembre 2017, les établissements qui ont déjà eu recours à une HAD dans les douze mois précédant la première HAD observée ont été écartés de l'analyse. Ainsi, 1 460 établissements sont identifiés comme « nouveaux utilisateurs » de l'HAD entre juillet 2015 et décembre 2017 – soit 27 % de la cohorte initiale –, qui constituent l'échantillon « traité », le traitement correspondant à la première utilisation de l'HAD. Ces établissements traités ont eu en moyenne 3,5 admissions en HAD pour 100 résidents le premier semestre de traitement (T1), puis une moyenne d'une admission en HAD pour 100 résidents les semestres suivants (T2, T3, T4, T5).

Les établissements traités sont de plus grande taille, hébergeant en moyenne 87 résidents par semestre contre 78 résidents par semestre dans les éta-

blissements témoins (qui n'utilisent pas l'HAD). Le nombre de maladies chroniques des résidents n'est pas différent entre les établissements traités et témoins, mais l'âge moyen des résidents et les taux de mortalité dans les établissements traités sont légèrement plus élevés que dans les établissements témoins. Il existe également des différences significatives de recours et de dépenses hospitalières des résidents avant le traitement. Le nombre moyen d'hospitalisations par semestre, avant traitement, était de 30 admissions en médecine et chirurgie pour 100 résidents dans les Ehpad traités, contre 25 admissions en médecine et chirurgie pour 100 résidents dans les Ehpad témoins. Le recours aux urgences et les dépenses globales d'hospitalisation étaient également plus élevés dans les établissements traités que dans les établissements témoins. Cependant, il n'y a pas de différences significatives sur le nombre de recours aux soins palliatifs entre établissements traités et témoins avant le traitement, avec en moyenne 5 résidents sur 100 recevant des soins palliatifs en fin de vie (tableau 1).

T1

Description des Ehpad traités et témoins avant le traitement

Moyenne semestrielle avant traitement (première utilisation de l'HAD)	Ehpad traités (nouveaux utilisateurs de l'HAD)	Ehpad témoins (n'utilisant pas l'HAD)	Différence	
			Valeur	P-value
Nombre moyen de résidents	86,9	77,8	-9,1	***
Age moyen des résidents	87,4	86,7	-0,7	***
Score de comorbidité moyen des résidents	1,5	1,5	0	
Taux de mortalité des résidents (en %)	7,9	6,5	-1,4	***
Nombre d'admissions en médecine et chirurgie (pour 100 résidents)	29,6	25,3	-4,3	***
Durée moyenne de séjours en médecine et chirurgie (en jour)	7,6	6,4	1,3	***
Nombre d'admissions non programmées en médecine et chirurgie (pour 100 résidents)	17,4	13,4	-4,0	***
Nombre de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 100 résidents)	12,8	10,2	-2,6	***
Nombre de recours aux soins palliatifs (pour 100 résidents décédés)	4,5	5,0	0,5	
Dépense hospitalière totale (pour 100 résidents, en euros)	139 380	122 590	-16 790	***

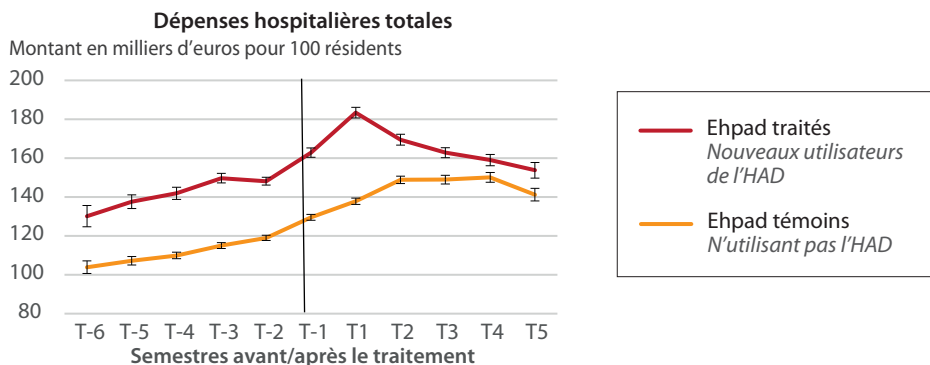
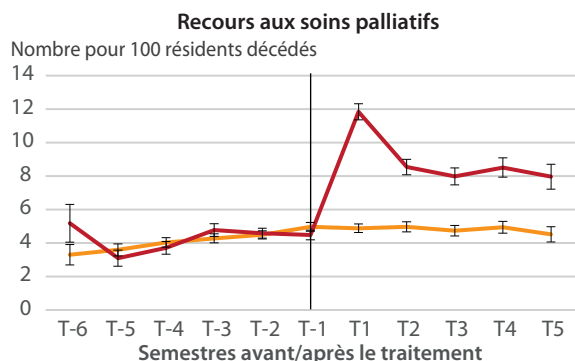
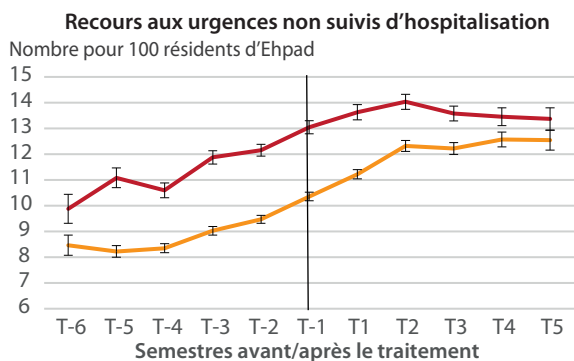
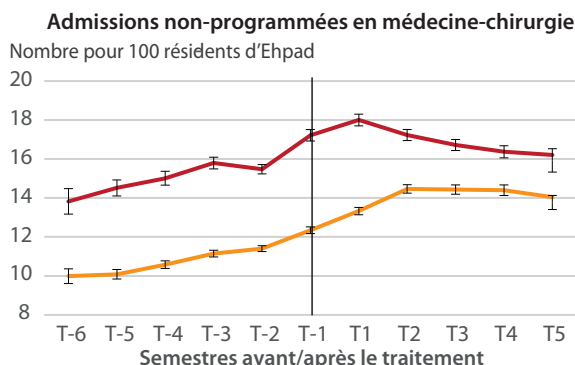
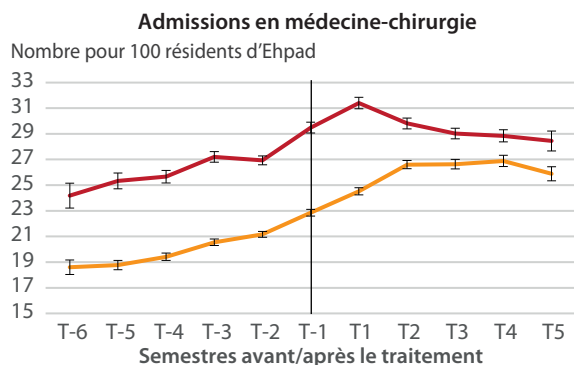
Champ : 1 460 Ehpad traités et 5 840 Ehpad témoins sélectionnés aléatoirement (encadré Méthode p. 2).

Source : Données de Resid-Ehpad appariées aux données du Système national des données de santé (SNDS) de 2014 à 2017.

Lecture : Les Ehpad traités ont en moyenne 9 résidents de plus que les établissements témoins (87 résidents par semestre dans les établissements traités contre 78 résidents dans les établissements témoins).

[Télécharger les données](#)

Tendances des indicateurs de recours et de dépenses hospitalières des Ehpads traités et témoins avant et après traitement



Champ : 1 460 Ehpads traités et 5 840 Ehpads témoins sélectionnés aléatoirement (encadré Méthode).

Source : Données de Resid-Ehpad appariées aux données du Système national des données de santé (SNDS) de 2014 à 2017.

[Télécharger les données](#)

Malgré ces différences de niveau, l'hypothèse de tendances communes avant le traitement est vérifiée (graphique 3). En effet, une estimation d'impact par double différence est efficace uniquement quand l'évolution des indicateurs étudiés sont parallèles avant le traitement. Les différences de niveau des indicateurs entre établissement traités et témoins avant traitement ne biaisent pas les estimations⁴.

⁴ Nous avons testé empiriquement l'hypothèse des tendances communes et ne trouvons pas de différences significatives de tendance des indicateurs entre Ehpads traités et témoins avant le traitement.

L'intervention de l'HAD en Ehpads réduit les transferts des résidents à l'hôpital et aux urgences tout en augmentant le recours aux soins palliatifs en fin de vie

Dans les établissements ayant utilisé l'HAD pour la première fois, on observe une baisse des admissions à l'hôpital par rapport aux établissements témoins sur la même période : en moyenne, deux admissions en médecine et chirurgie en moins pour 100 résidents par semestre sur les deux ans et demi suivant la première

utilisation (tableau 2). Les admissions aux urgences sont également moins importantes dans les Ehpads traités : en moyenne, une réduction d'une admission non programmée et d'une visite aux urgences non suivies d'hospitalisation pour 100 résidents chaque semestre. Tandis que le nombre de résidents en fin de vie pris en charge par une équipe de soins palliatifs⁵ augmente de 4 recours pour

⁵ En médecine et chirurgie (MC), Soins de suite et de réadaptation (SSR), ou HAD.

100 résidents décédés par semestre après la première intervention de l'HAD. L'intervention de l'HAD en Ehpad permet donc de doubler le nombre de résidents pris en charge en soins palliatifs.

les dépenses d'HAD ont augmenté de 4 300 euros par semestre en moyenne.

Il n'y a pas de variation significative des dépenses en SSR.

Des dépenses hospitalières plus faibles

Le tableau 3 présente les résultats relatifs aux dépenses totales remboursables par l'Assurance maladie et qui sont liées aux hospitalisations des résidents en additionnant les dépenses en médecine et chirurgie, en HAD, en SSR, en services d'urgences et transports sanitaires. La dépense totale moyenne par semestre sur les deux ans et demi suivant la première intervention de l'HAD est significativement réduite de 6 000 euros par semestre pour 100 résidents dans les Ehpad traités par rapport aux Ehpad témoins. Ainsi, en moyenne sur les deux ans et demi suivant la première HAD, les dépenses de médecine et chirurgie sont réduites de 7 900 euros par semestre, les dépenses des services d'urgences de 500 euros par semestre, et les dépenses de transport de 1 550 euros par semestre. *A contrario*,

T2 Impact de l'HAD en Ehpad sur les indicateurs de recours hospitaliers : résultats des estimations en double différence

	Nombre d'admissions en MC ¹	Admissions non programmées en MC ¹	Urgences non suivies d'hospitalisation ¹	Recours aux soins palliatifs ²
Impact estimé de l'HAD (moyenne semestrielle à deux ans et demi)	-1,984***	-1,259***	-1,090***	4,377***
	<i>0,338</i>	<i>0,233</i>	<i>0,221</i>	<i>0,380</i>

¹ Pour 100 résidents ; ² Pour 100 résidents décédés.

*** : Significativité des résultats à 1 % ; Erreurs-types en italiques.

Champ : 1 460 Ehpad traités et 5 840 Ehpad témoins sélectionnés aléatoirement (encadré Méthode p. 2).

Source : Données de Resid-Ehpad appariées aux données du Système national des données de santé (SNDS) de 2014 à 2017.

Lecture : Résultats de modèles à effets fixes avec contrôle des variables d'état de santé des résidents non fixes dans le temps (âge, sexe, score de comorbidité, taux de mortalité des résidents). Dans les Ehpad traités, le nombre d'admissions en médecine et chirurgie diminue de 2 admissions par semestre pour 100 résidents en moyenne sur les deux ans et demi qui suivent la première utilisation du dispositif d'HAD par rapport aux Ehpad témoins (qui n'utilisent pas le dispositif). [Télécharger les données](#)

T3 Impact de l'HAD en Ehpad sur les dépenses hospitalières : résultats des estimations en double différence

	Dépenses hospitalières (pour 100 résidents et par semestre, en euros)					
	Médecine et chirurgie	SSR	Urgences	Transport	HAD	Total
Impact estimé de l'HAD (moyenne semestrielle à deux ans et demi)	-7927,2***	-3,8	-473,9***	-1551,2***	4330,5***	-5999,5***
	<i>1874,9</i>	<i>180,2</i>	<i>182,4</i>	<i>364,1</i>	<i>246,3</i>	<i>2155,6</i>

*** : Significativité des résultats à 1 % ; Erreurs-types en italiques.

Champ : 1 460 Ehpad traités et 5 840 Ehpad témoins sélectionnés aléatoirement (encadré Méthode p. 2).

Source : Données de Resid-Ehpad appariées aux données du Système national des données de santé (SNDS) de 2014 à 2017.

Lecture : Résultats de modèles à effets fixes avec contrôle des variables d'état de santé des résidents non fixes dans le temps (âge, sexe, score de comorbidité, taux de mortalité des résidents). Dans les Ehpad traités, la dépense liée aux hospitalisations en médecine et chirurgie diminue de 80 euros par semestre et par résident en moyenne sur les deux ans et demi qui suivent la première utilisation du dispositif d'HAD par rapport aux Ehpad témoins (qui n'utilisent pas le dispositif). [Télécharger les données](#)

E Prévenir la formation de plaies complexes et développer les soins palliatifs en Ehpad

La formation d'escarres chez les personnes âgées à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux est identifiée comme un indicateur de qualité des soins dans de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (OCDE, 2013). Des facteurs, tels que la mobilisation régulière, la manipulation attentionnée des personnes, ou des équipements techniques (matelas anti-escarres, etc.), sont autant d'éléments pouvant prévenir la formation de plaies complexes (Aubry, 2015). Le manque de personnel en Ehpad (par exemple pour changer de position les personnes immobilisées), le manque de formation du personnel et le manque d'équipements adaptés peuvent avoir un impact sur le processus de cicatrisation. Nos résultats montrent que l'HAD peut permettre de soigner les plaies complexes directement en Ehpad. Il serait cependant plus efficace (moins douloureux pour les résidents et moins coûteux pour l'Assurance maladie) d'adapter les ressources humaines et tech-

niques ainsi que le financement des Ehpad pour prévenir au maximum la formation de ces plaies complexes.

En France, plus de 150 000 résidents d'Ehpad décèdent chaque année (Balavoine, 2022), soit une moyenne annuelle de 20 décès par Ehpad. Plus de la moitié d'entre eux auraient besoin de soins palliatifs (Ferley *et al.*, 2018 ; ONFV, 2013). Or ils sont moins de 10 % à en bénéficier. Les soins palliatifs, réalisés par une équipe pluridisciplinaire, sont exclusivement financés en milieu hospitalier en France. Les équipes d'HAD constituent ainsi la seule alternative pour y accéder en dehors de l'hôpital. Il existe d'autres équipes mobiles hospitalières spécialisées en soins palliatifs en France qui interviennent dans les Ehpad, mais elles ne peuvent pas prodiguer de soins aux résidents. Elles ont pour mission de conseiller le personnel de l'Ehpad pour soutenir leurs pratiques en matière de fin de vie et pour faire face aux situations difficiles. Les médecins généralistes

peuvent également soutenir une démarche palliative et prescrire des traitements contre la douleur¹. Cependant, il est généralement reconnu qu'il y a un manque de culture palliative chez les médecins généralistes et au sein du personnel des Ehpad en France (Bohic *et al.*, 2019 ; Convention citoyenne, 2023 ; Cour des comptes, 2023). Intégrer les besoins de soins palliatifs des résidents dans les missions des Ehpad en assurant un financement et une formation adaptés du personnel pourrait permettre d'améliorer la qualité de fin de vie dans l'ensemble des établissements et pour l'ensemble des résidents, tandis que les équipes mobiles hospitalières, comme l'HAD, pourraient se focaliser sur les prises en charge les plus complexes.

¹ Depuis 2021, ils peuvent aussi mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès après une procédure collégiale mais en étant accompagnés d'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'HAD (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151633/en/sedation-profonde-jusqu-au-deces-une-decision-collegiale).

L'HAD contribue à l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents en Ehpad

Ces résultats indiquent que l'intervention de l'HAD améliore la qualité des soins en Ehpad de différentes manières. Tout d'abord, assurer des soins fournis habituellement à l'hôpital par des soins hospitaliers réalisés en Ehpad grâce aux équipes d'HAD permet de réduire le risque de détérioration physique et psychique lié à un transfert à l'hôpital pour les résidents. Deuxièmement, l'intervention de l'HAD permet aussi d'éviter des passages aux urgences, non suivis d'hospitalisation, ce qui peut être lié à une expertise médicale coordonnée imposée dans le cadre de l'HAD. Troisièmement, en permettant d'augmenter le recours aux soins palliatifs, l'HAD permet d'améliorer la qualité de fin de vie des résidents (encadré p. 7). Toutes ces améliorations de la prise en charge sanitaire des résidents s'accompagnent de dépenses totales plus faibles par résident. L'HAD en Ehpad apparaît donc comme un outil qui peut améliorer l'efficacité des soins. Cependant, le nombre d'admissions en HAD est relativement faible au regard du nombre de transferts hospitaliers, qui étaient 30 fois plus fréquents au premier semestre de 2017. Ainsi, l'HAD ne semble pas pouvoir combler à elle-seule le manque de personnel et de compétence médicale en Ehpad. De plus, faire reposer sur l'HAD des soins essentiels et courants, tels que les pansements complexes et les soins palliatifs, serait inéquitable car tous les établissements et tous les résidents ne pourraient pas accéder à ces soins. Le recours à l'HAD dépend de la situation géographique de l'établissement (proximité d'une équipe d'HAD intervenant en Ehpad⁶), mais également du médecin traitant de la personne qui enclenche le recours à l'HAD (s'il connaît et apprécie le dispositif, etc.). Enfin, faire déplacer une équipe hospitalière pour des besoins

de soins courants peut être peu soutenable économiquement et du point de vue environnemental (coût de transport élevé, etc.).

* * *

Cette étude montre que le dispositif d'HAD contribue à améliorer les soins dans les Ehpad, mais elle met également en évidence l'importance des hospitalisations évitables des résidents.

Les résultats soulignent ainsi la nécessité de reconsidérer le niveau de financement approprié et les compétences internes nécessaires pour assurer les besoins de soins courants en Ehpad, tout en poursuivant la coordination avec les équipes hospitalières d'HAD afin de préserver l'état de santé des résidents, de réduire les hospitalisations et de répondre à l'ensemble de leurs besoins de soins, notamment en fin de vie. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Aubry A. (2015). « La prise en charge des plaies complexes : le relais hôpital-ville, l'exemple de l'HAD ». Thèse présentée pour l'obtention du titre de docteur en pharmacie.
- Balavoine A. (2022). « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ». Drees, *Études et résultats*, n° 1 237, juillet.
- Bohic N., Fellingier F., Saie M., Viossat L.C. (2019). « Évaluation du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie ». Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas), n° 2018-140R. juillet.
- Boyd C.M., Landefeld C.S., Counsell S.R., Palmer R.M., Fortinsky R.H., Kresevi, D., Burant C., Covinsky K.E. (2008). « Recovery of Activities of Daily Living in Older Adults After Hospitalization for Acute Medical Illness: Functional Recovery after Hospitalization ». *Journal of the American Geriatrics Society* 56, 2171-2179. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x>
- Convention citoyenne (2023). « Rapport de la Convention citoyenne sur la fin de vie ». Cese, avril.
- Cour des comptes (2023). « Les soins palliatifs : une offre de soins à renforcer. Rapport ». Juillet.
- De Stampa M., Andrieu M., Chataux S., Clément E., Costes-Henri B., Leforestier, E., ... & Sablonnières S. (2014). « Hospitalisation à domicile et malades âgés ». *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, n° 83, p. 265-269.
- Ferley J.P., Roche-Bigas B., Stamane I., Lacroix A. (2018). « Prise en charge de la fin de vie en Ehpad en Nouvelle-Aquitaine. Une étude de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ». Rapport n° 29, mai.
- OCDE/European Commission (2013). "A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care". Paris : OECD, Health Policy Studies. <https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- ONFV (2013). « Fin de vie des personnes âgées : sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France ». Observatoire de la fin de vie, Rapport.
- Robillard J. (2020). « La fédération de l'HAD appelle à une "réforme en urgence" de sa tarification ». *Hospimedia*; 2020 Publié le 16/07/20
- Stall N.M., Farquharson C., Fan-Lun C., Wiesenfeld L., Loftus CA., Kain D., ... & Mahtani R. (2020). "A Hospital Partnership With a Nursing Home Experiencing a COVID-19 Outbreak: Description of a Multiphase Emergency Response in Toronto, Canada". *Journal of the American Geriatrics Society*. 68(7), 1376-1381.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
21, rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •

www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Éditrice : Anne Evans • Éditrice adjointe : Anna Marek •

Relecteurs : Laure Com-Ruelle et Marc Perronnin • Infographiste : Franck-Séverin Clérembault •

Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) •

Dépôt légal : Novembre 2023 • Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

⁶ Certaines équipes d'HAD ne réalisent pas d'intervention en Ehpad mais uniquement dans les logements « ordinaires ».