

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/235-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>


Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) Premiers résultats

Zeynep Or, Damien Bricard, Nelly Le Guen, Anne Penneau (Irdes)

Les expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants en faisant progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social au niveau local.

L'évaluation des impacts médicaux et économiques des projets pilotes, prévue dans le cahier des charges Paerpa, renvoie à des enjeux méthodologiques multiples en raison du nombre et de la diversité des acteurs impliqués, de la variété des interventions déployées dans chaque territoire, et de l'hétérogénéité des territoires sélectionnés parmi un ensemble de territoires volontaires.

Les premiers résultats observés à partir des données 2015 et 2016, années correspondant à la montée en charge des expérimentations, ne permettent pas d'établir un effet moyen significatif propre à Paerpa sur les indicateurs de résultats retenus lorsqu'on étudie l'ensemble des territoires. Néanmoins, les analyses par territoire permettent de déceler des effets significatifs dans quelques-uns d'entre eux, notamment pour les indicateurs de résultats les plus sensibles aux soins primaires.

 L'allongement de l'espérance de vie, qui se traduit par le vieillissement continu de la population et une augmentation régulière des maladies chroniques et multiples, nécessite des adaptations du système de santé pour garantir la qualité des soins au meilleur coût. La prise en charge des personnes âgées dont les besoins de soins sont élevés nécessite souvent l'intervention d'une multiplicité d'acteurs du champ médical

et social, et représente un enjeu majeur pour la qualité et l'efficacité du système de santé. En 2013, une personne âgée de 75 ans ou plus sur quatre consommait plus de dix médicaments régulièrement, une sur trois a été hospitalisée au moins une fois dans l'année, pour une durée de neuf jours en moyenne, et la moitié était préalablement passée par les urgences (Or *et al.*, 2015). Dans son avis de 2011, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance

maladie (Hcaam) considérait qu'une meilleure organisation territoriale favorisant la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle était un levier majeur pour améliorer les pratiques professionnelles et les parcours de soins des personnes âgées, et ainsi assurer « l'équilibre durable des comptes de l'Assurance maladie » (Hcaam, 2011).

Lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes (carte), l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) s'est inspirée de ces recommandations dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus tout en améliorant l'efficacité des parcours de soins. Il s'agit d'expérimenter un processus de réorganisation des parcours de soins en considérant les besoins divers des personnes âgées fragiles et en adaptant les cadres réglementaire et financier à l'échelon d'un territoire. L'hypothèse principale de Paerpa est qu'une redéfinition des rôles, des tâches, et des pratiques des différents acteurs engagés dans la prise en charge des personnes âgées sur un territoire, avec l'appui de nouveaux outils de coordination, permettra de faire progres-

ser la coordination entre les intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social. Cette coordination devrait ainsi permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge globale, de prévenir la perte d'autonomie et d'éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation.

Les neuf territoires pilotes ont été choisis dans le cadre d'un appel à projet et se sont engagés avec l'Agence régionale de santé (ARS) dans la mise en œuvre d'un ensemble de dispositifs communs (encadré 1). Chaque territoire reçoit des financements, sur quatre ans, pour développer et renforcer ces dispositifs mais avec des stratégies et des actions différentes selon les territoires. En 2016, une extension des territoires pilotes a été décidée par le ministre

REPÈRES

Une évaluation scientifique indépendante des impacts médicaux et économiques des projets pilotes est exigée dans le cahier des charges Parcours santé des aînés (Paerpa) dans le cadre d'un comité d'évaluation piloté par la Drees. Elle combine des approches qualitative et quantitative. Les résultats de l'évaluation qualitative, portée par une équipe d'EHESP-Mines Paris Tech-CNRS, fournissant des éléments sur la mise en œuvre des actions territoriales, ont été rendus en 2017 (Gand *et al.*, 2017). Ce *Questions d'économie de la santé* est une synthèse des résultats de l'évaluation d'impact présentés plus en détail dans un rapport intermédiaire et un document de travail Irdes (Or *et al.* 2018 ; Bricard *et al.*, 2018).

de la Santé. L'extension élargit certains territoires pilotes et introduit également de nouveaux territoires d'expérimentation dans les régions non couvertes en 2014.

Ce *Questions d'économie de la santé* fait un point sur le déroulement de l'évaluation d'impact des expérimentations Paerpa, portée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Il présente les principales étapes et méthodes de cette évaluation, et les premiers résultats sur les données 2015-2016, sans les extensions de Paerpa aux territoires qui ont commencé en 2016.

Une évaluation complexe avec plusieurs finalités

Le nombre et la diversité des acteurs, la variété des interventions déployées dans chaque territoire et l'hétérogénéité des territoires sélectionnés font des projets pilotes des expérimentations complexes.

L'évaluation conçue par l'Irdes vise à porter un jugement global sur les résultats des projets, en tenant compte de leurs spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa. Elle vise aussi à produire de l'information et des connaissances pour comprendre les liens existant entre l'organisation des soins au niveau territorial et les résultats en termes de parcours de soins. Dans cette optique, l'évaluation combine trois approches complémentaires : le monitoring, les analyses dites T0 et l'analyse d'impact.

E1

Paerpa : les dispositifs clés

Paerpa consiste en un grand nombre de dispositifs. Si certains outils proposés sont propres à Paerpa, l'expérimentation permet également d'appuyer un certain nombre de dispositifs déjà existants peu développés (DSS, 2018).

Les principaux dispositifs originaux

- **La Coordination territoriale d'appui (CTA)** est un guichet d'information (avec un numéro unique) dédié à la population âgée de 75 ans et plus, leur famille et les professionnels du territoire. Elle les soutient dans leurs démarches médicales et sociales, en les orientant vers les ressources existantes et en fournissant information et expertise sur leurs droits et options. La CTA représente le premier poste de dépenses du programme (32 % du budget Paerpa en 2016).
- **Le Plan personnalisé de santé (PPS)** définit et finance un processus de concertation médico-sociale. Il s'agit d'un document qui formalise un plan d'action partagé sous l'égide du médecin traitant en associant un ou deux professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou pharmaciens). Malgré l'attention portée sur ce dispositif, le PPS représentait 3 % des dépenses du programme Paerpa en 2016.
- **Les formations pluriprofessionnelles** (incluant médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes) visent à sensibiliser les professionnels du territoire sur la démarche Paerpa, mais sont très peu déployées à ce jour. En revanche, les formations des professionnels de l'aide à domicile, qui visent à renforcer l'accompagnement des intervenants pour repérer les indices de risques de perte d'autonomie et transmettre l'information aux autres intervenants, ont connu une forte adhésion sur le programme Paerpa.

Appui à d'autres dispositifs de coordination

Paerpa apporte également un appui financier et organisationnel (à travers la CTA) à un certain nombre de dispositifs déjà existants ou en développement dans les territoires. En 2016, la moitié du financement Paerpa est consacrée au développement de ces dispositifs (DSS, 2018). Trois d'entre eux ont fait l'objet d'un investissement important dans les territoires (40 % du budget Paerpa en 2016) :

- **L'hébergement temporaire en Ehpad** vise à réduire la durée de séjours à l'hôpital lorsqu'un retour à domicile n'est pas possible immédiatement (besoin d'aménagement du logement ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne). Il est aussi utilisé au cours de l'hospitalisation d'un aidant. Paerpa finance en grande partie le reste à charge de la personne, pour une durée maximale de 30 jours.
- **L'équipe mobile gériatrique (EMG)** assiste les différents services non gériatriques à l'hôpital, dans la prise en charge et dans l'orientation des patients âgés (organisation de la sortie, liens avec les professionnels de ville et les services médico-sociaux). Ces équipes jouent aussi un rôle dans le repérage de la fragilité à l'hôpital et en ville (équipes extra-hospitalières).
- **La mutualisation des infirmiers de nuit en Ehpad** permet de partager un infirmier de nuit entre plusieurs Ehpad. L'objectif est de maintenir une prise en charge sanitaire constante dans les Ehpad afin de sécuriser le personnel non soignant ainsi que les personnes âgées et leur famille.

Les autres actions financées dans le cadre de l'expérimentation, telles que les programmes de prévention (chutes, dénutrition, iatrogénie), la télémédecine en Ehpad, l'éducation thérapeutique des personnes âgées et le déploiement d'un système d'information partagé ont mobilisé relativement peu de ressources dans les territoires.

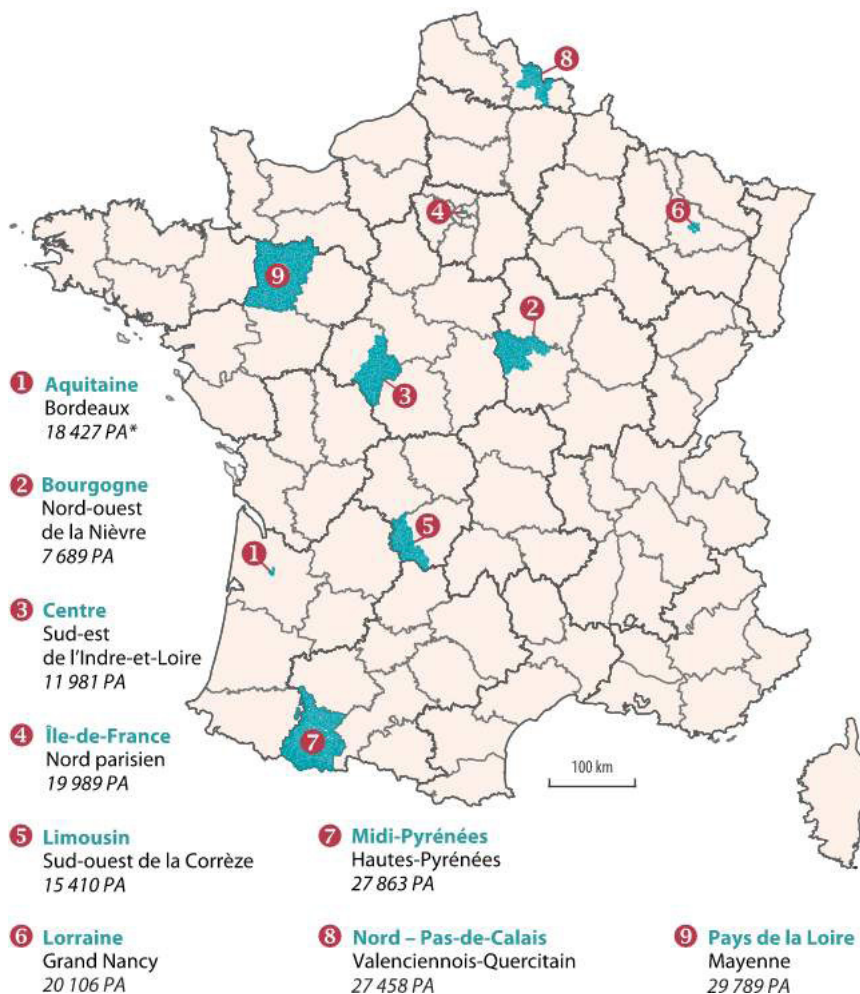
Le monitoring, première étape de l'évaluation

Le suivi régulier d'indicateurs prédéfinis fournit une appréciation systématique et quantifiée des résultats d'une politique publique (Khandker *et al.*, 2009). Largement communiqué, il permet d'accroître la transparence, de faciliter la responsabilisation des acteurs (*accountability*) et d'adapter la politique si nécessaire. Dans l'évaluation Paerpa, trois types de monitoring sont distingués : le diagnostic territorial, les suivis du processus et des résultats.

- **Diagnostic territorial.** Il s'agit de définir une batterie d'indicateurs standardisés afin de comparer les contextes et les caractéristiques des territoires Paerpa entre eux et par rapport à l'ensemble de la France, avant le lancement des projets. Au moyen des données disponibles en 2013, l'Irdes a réalisé un premier bilan comparatif, à travers l'Atlas Paerpa (Or *et al.*, 2015). Cet atlas montre la grande diversité des territoires sélectionnés en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structure d'offre de soins hospitaliers et de ville. Les niveaux de recours aux soins et de dépenses médicales varient également de façon importante en fonction des territoires. Ces premières observations suggèrent que les marges de progrès à atteindre sont différentes d'un territoire à l'autre et en fonction des indicateurs de résultats retenus.
- **Suivi du processus.** Les projets Paerpa rassemblent une série d'actions ou d'in-

C

Territoires d'expérimentation du dispositif Parcours santé des aînés (Paerpa)



* Personnes âgées

Sources : Bases Irdes ; Données Sniiram (DCIR) 2013.

terventions qui sont déployées à différents rythmes et degrés dans divers territoires pilotes. Afin de suivre la montée en charge des dispositifs finan-

cés dans chaque territoire, des indicateurs de processus ont été définis par la Direction de la sécurité sociale (DSS), en collaboration avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), la Drees et l'Irdes. Ces informations, enrichies notamment par d'autres informations issues de l'évaluation qualitative (Gand *et al.*, 2017), sont également mobilisées dans le cadre de l'évaluation d'impact pour interpréter les premiers résultats.

- **Suivi des résultats.** Pour évaluer l'impact de Paerpa, sept indicateurs ont été identifiés dans le cadre d'un comité d'évaluation national réunissant différents acteurs impliqués dans l'expérimentation (les directions du ministère de la Santé, les ARS, l'Assurance maladie, l'Anap, etc.) en considérant les objectifs des expérimentations, la littérature internationale et les données

E2

Indicateurs de résultats d'évaluation

- **Durée cumulée de séjours :** Nombre de journées d'hospitalisation des personnes âgées réalisées en médecine et en chirurgie par an rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Taux de réhospitalisations à 30 jours :** Nombre de réhospitalisations en médecine et chirurgie à 30 jours après un séjour index rapporté au nombre total de séjours index.
- **Taux d'hospitalisations non programmées :** Nombre de séjours non programmés des personnes âgées dans les établissements de soins de courte durée rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Taux d'hospitalisations potentiellement évitables :** Nombre d'hospitalisations sensibles à la qualité de prise en charge en soins primaires rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Taux de passages aux urgences :** Nombre de visites aux urgences non suivies d'une hospitalisation rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire.
- **Polyprescription continue :** Proportion de personnes âgées ayant eu au moins dix médicaments au moins trois fois dans les douze mois parmi les résidents au sein du territoire.
- **Prescription inappropriée :** Proportion de personnes âgées ayant au moins une prescription inappropriée au cours de l'année parmi les résidents au sein du territoire.

disponibles (encadré 2). Trois d'entre eux portent sur le recours à l'hôpital (nombre de journées d'hospitalisation par personne âgée, taux de réhospitalisations à 30 jours, hospitalisations non programmées), et quatre sont des indicateurs plutôt sensibles à l'organisation des soins primaires mais qui peuvent avoir des conséquences sur les recours à l'hôpital (hospitalisations potentiellement évitables, passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, polymédication, prescriptions inappropriées).

Les analyses T0 pour comprendre les facteurs explicatifs des disparités territoriales

Les analyses de modélisation à T0 ont été nécessaires pour comprendre le rôle des facteurs socio-économiques et de l'offre de soins dans la détermination des parcours de soins individuels. Elles ont permis d'établir les facteurs explicatifs à prendre en compte dans l'évaluation, mais aussi de vérifier les hypothèses sous-jacentes aux actions de Paerpa autour de deux problématiques majeures.

Une première analyse a examiné les déterminants des disparités de recours aux urgences sans hospitalisation (Or et Penneau, 2017), la deuxième pose la question de l'effet du recours précoce aux médecins généralistes sur les taux de réadmissions à l'hôpital (Bricard et Or,

2018). Les résultats de ces analyses confirment le rôle de l'offre de soins primaires (son niveau et organisation) sur le recours à l'hôpital. L'étude sur les urgences montre que le recours aux urgences des personnes âgées est significativement plus faible dans les territoires où l'accessibilité aux soins primaires est facilitée par la disponibilité des professionnels de santé, la permanence des soins et le déplacement au domicile des médecins généralistes. La deuxième étude souligne quant à elle qu'un recours rapide au médecin généraliste après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque permet de diminuer de moitié les réhospitalisations.

Une méthode adaptée à l'évaluation d'impact des interventions complexes

L'exercice d'évaluation d'impact renvoie à de nombreux enjeux méthodologiques car Paerpa est une expérimentation complexe combinant plusieurs dispositifs, implémentés de façon hétérogène, avec des objectifs multiples dans des contextes territoriaux très différents. Plusieurs niveaux sont distingués dans l'évaluation : l'évaluation globale de Paerpa (l'ensemble des dispositifs au niveau national), l'évaluation par territoire (l'ensemble des dispositifs dans un territoire) et l'évaluation d'un dispositif spécifique, le Plan personnalisé de santé (PPS). Les analyses d'impact du PPS, en cours, seront finalisées fin 2018.

L'estimation de l'effet de Paerpa – l'impact de l'ensemble des dispositifs – nécessite de prendre en compte les particularités des territoires dont la sélection n'a pas été aléatoire. Ces particularités peuvent être liées, par exemple, à l'offre de soins existante et à l'expérience des politiques de coordination dans les territoires. Pour cela, nous avons choisi la méthode du contrôle synthétique qui est développée pour évaluer des politiques publiques territoriales et adaptée à l'évaluation de ce programme multidispositifs et multi-objectifs (Abadie *et al.*, 2010). La méthode permet de construire, pour chaque territoire et pour chaque indicateur de résultat, un territoire « composite » en pondérant plusieurs territoires témoins selon les caractéristiques socio-économiques et d'offre de soins, et selon les tendances des indicateurs de résultats avant l'introduction de Paerpa. La robustesse de cette méthode a été vérifiée par rapport aux méthodes plus classiques (Bricard *et al.*, 2018).

Des évolutions contrastées selon les territoires et indicateurs de résultats

Les évolutions des indicateurs de résultats sont très variées selon les indicateurs pour l'ensemble des territoires Paerpa (tableau 1). Depuis l'introduction de Paerpa, entre 2014 et 2016, les réhospi-

T1

Evolution des indicateurs de résultats entre 2014 et 2016 selon les territoires – niveau en 2014 et évolution en pourcentages entre 2014 et 2016

	Durée cumulée de séjours (jours/PA*)		Réhospitalisations à 30 jours (/100 séjours)		Hospitalisations non programmées (/100 PA)		Hospitalisations évitables (/100 PA)		Passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (/100 PA)		Polymédication continue (/100 PA)		Au moins une prescription inappropriée (/100 PA)	
	Niveau	Évolution	Niveau	Évolution	Niveau	Évolution	Niveau	Évolution	Niveau	Évolution	Niveau	Évolution	Niveau	Évolution
Aquitaine	3,3	-4,8 %	16,9	9,0 %	20,9	-2,8 %	3,9	5,1 %	9,8	17,6 %	23,0	-6,1 %	33,8	-16,5 %
Lorraine	3,6	-0,2 %	17,9	3,4 %	20,9	8,7 %	3,7	32,6 %	11,8	5,6 %	26,7	-4,3 %	29,7	-21,5 %
Nord – Pas-de-Calais	4,1	4,5 %	17,9	1,7 %	26,7	6,5 %	5,3	13,7 %	14,7	18,9 %	33,6	-3,5 %	40,8	-21,3 %
Ile-de-France	3,5	4,7 %	21,3	1,5 %	20,9	11,1 %	4,6	20,4 %	19,3	25,4 %	23,6	-4,3 %	29,1	-23,2 %
Pays de la Loire	4,2	-2,4 %	18,0	-3,2 %	25,4	1,4 %	5,3	-12,2 %	14,2	21,1 %	21,3	-2,4 %	28,8	-22,9 %
Centre	3,2	5,6 %	17,6	13,0 %	24,1	6,6 %	5,7	-2,6 %	19,9	17,1 %	21,6	-3,8 %	26,7	-27,2 %
Limousin	3,5	2,5 %	16,9	2,5 %	21,3	9,4 %	4,0	7,0 %	9,4	24,9 %	27,4	-2,4 %	34,1	-13,9 %
Bourgogne	4,2	-6,0 %	18,1	2,6 %	16,9	3,9 %	5,2	-8,8 %	22,1	10,9 %	24,5	-2,1 %	30,9	-17,1 %
Midi-Pyrénées	3,2	-0,4 %	16,6	-2,1 %	19,4	-1,5 %	4,6	-4,1 %	20,7	14,8 %	22,4	-5,2 %	29,1	-17,1 %
Ensemble Paerpa	3,7	0,4 %	17,9	2,1 %	22,4	4,3 %	4,7	4,6 %	15,4	17,8 %	25,0	-3,9 %	31,7	-20,2 %
Hors Paerpa**	3,7	-1,2 %	18,5	0,9 %	22,1	5,0 %	4,5	7,2 %	16,1	15,3 %	23,1	-3,0 %	30,4	-20,4 %

* PA. Personnes âgées ; ** Hors Paerpa. Territoires de 12 régions (9 régions Paerpa + Champagne-Ardenne, Rhône-Alpes, Bretagne) auxquels ont été enlevés les départements avec un territoire Paerpa.

Lecture : Dans les territoires Paerpa, la durée cumulée de séjours a augmenté de 0,4 % entre 2014 et 2016. Les taux d'évolution varient fortement en fonction des territoires Paerpa, allant d'une baisse de 6 % dans le territoire de Bourgogne à une hausse de 5,6 % dans le territoire du Centre.

Sources : Bases Irdes ; Données Sniiram (DCIR) 2010-2016.

 Télécharger les données

T2

Estimations d'impact du dispositif Parcours santé des aînés (Paerpa) : écarts entre les territoires Paerpa et leur contrôle composite en 2015 et 2016 (%)

	Impact	Durée cumulée de séjours (jours/PA*)	Réhospitalisations à 30 jours (/100 séjours)	Hospitalisations non programmées (/100 PA)	Hospitalisations évitables (/100 PA)	Passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (/100 PA)	Poly-médication continue (/100 PA)	Au moins une prescription inappropriée (/100 PA)
Aquitaine	2015	+1,5 %	+5,0 %	+3,9 %	+4,6 %	-4,7 %	-8,0 % ***	+1,7 %
	2016	+0,8 %	+2,2 %	+2,0 %	-7,7 %	-4,6 %	-9,2 % ***	+4,0 %
Lorraine	2015	+7,3 %	+1,3 %	+2,8 %	+15,3 % **	-23,5 % **	-1,2 %	-7,3 %
	2016	+5,0 %	+1,4 %	+4,4 %	+28,1 % ***	-23,1 % **	-1,6 %	-5,2 %
Nord - Pas-de-Calais	2015	+5,9 %	+5,6 %	-0,5 %	-7,2 %	+5,7 %	-2,3 % **	-8,0 % ***
	2016	+7,2 %	+1,2 %	+3,6 %	+5,3 %	+1,0 %	-3,1 % *	-9,6 % ***
Ile-de-France	2015	-4,2 %	-4,1 %	+2,6 %	+13,6 %	-1,3 %	+2,8 %	+1,3 %
	2016	+1,7 %	+5,8 %	+6,0 %	+6,4 %	+0,7 %	+1,4 %	-2,4 %
Pays de la Loire	2015	+1,2 %	+1,6 %	-2,1 %	+4,0 %	-5,4 %	-1,6 %	-2,6 %
	2016	-0,8 %	+4,2 %	-1,7 %	-13,3 %	+2,1 %	-2,4 %	-2,1 %
Centre	2015	+2,9 %	+5,7 %	+3,6 %	+9,9 %	+1,8 %	+0,4 %	-3,6 %
	2016	+7,6 %	+9,9 % *	+5,9 %	+6,2 %	+4,0 %	-0,6 %	-6,8 %
Limousin	2015	+5,7 %	+2,5 %	+4,0 %	+0,9 %	-10,0 %	+2,9 %	+0,2 %
	2016	+4,7 %	+4,1 %	-0,4 %	-7,0 %	-8,4 %	+2,2 %	+1,5 %
Bourgogne	2015	-5,9 %	+5,4 %	-11,6 %	-9,8 %	-4,7 %	+2,5 %	+4,2 %
	2016	-7,9 %	+1,5 %	-15,6 % *	-23,6 % **	-4,2 %	+1,4 %	+6,5 %
Midi-Pyrénées	2015	+7,7 %	-0,2 %	-9,9 %	+1,5 %	+4,1 %	-2,7 %	-0,6 %
	2016	+8,6 %	-2,3 %	-13,9 % *	-9,1 %	+1,2 %	-3,7 %	+0,0 %
Ensemble Paerpa	2015	+4,7 %	+0,6 %	+0,1 %	+0,7 %	+1,2 %	-1,1 %	-2,5 %
	2016	+5,5 %	+0,9 %	+0,2 %	-3,4 %	-2,2 %	-2,1 %	-2,3 %

* PA. Personnes âgées. Les étoiles indiquent le niveau de significativité statistique des résultats (* < 10 % ; ** < 5 % ; *** < 1 %).

Lecture : En Aquitaine, Paerpa a eu un impact significatif pour réduire la polymédication avec un écart de 8 % en 2015 et de 9,2 % en 2016 par rapport à la valeur du territoire témoin. En points de pourcentage, la proportion de personnes âgées polymédiquées baisse donc en 2015 grâce à Paerpa de 23 %*8 %=1,8 point.

Sources : Bases Irdes ; Données Sniiram (DCIR) 2010-2016.

 Télécharger les données

talisations à 30 jours, les hospitalisations non programmées, les hospitalisations potentiellement évitables et les recours aux urgences non suivis d'hospitalisation ont augmenté régulièrement tandis que la durée cumulée de séjours est restée stable en moyenne dans l'ensemble des territoires Paerpa. En revanche, la tendance est à la baisse pour la polymédication continue et les prescriptions inappropriées. Ces baisses sont en partie liées au déremboursement total ou partiel, à partir de 2012, de certains médicaments inefficaces dont les personnes âgées étaient grandes consommatrices (vasodilatateurs, etc.), mais aussi à des actions de prévention engagées dans l'ensemble des territoires.

Toutefois, ces évolutions moyennes cachent des tendances distinctes lorsque l'on considère les territoires Paerpa séparément. Certains indicateurs connaissent des évolutions dans le même sens pour l'ensemble des territoires mais d'une ampleur différente. Pour le recours aux urgences, la tendance est à la hausse pour l'ensemble des territoires Paerpa (+ 18 %) comme pour les territoires hors

Paerpa, et varie de 6 % dans le territoire de Lorraine à 25 % dans celui d'Ile-de-France. En revanche, la polymédication et les prescriptions inappropriées baissent dans tous les territoires. Les tendances des indicateurs hospitaliers sont plus contrastées. Par exemple, la durée cumulée de séjours, relativement stable globalement, augmente de 6 % dans le territoire Paerpa de la région Centre alors qu'elle baisse de 6 % en Lorraine.

Cette première description des tendances entre 2014 et 2016, sans contrôler des caractéristiques des territoires, ne permet pas de mesurer l'impact des expérimentations Paerpa, mais elle est utile pour comprendre les différences de situation entre les territoires.

Pas d'effet moyen de Paerpa...

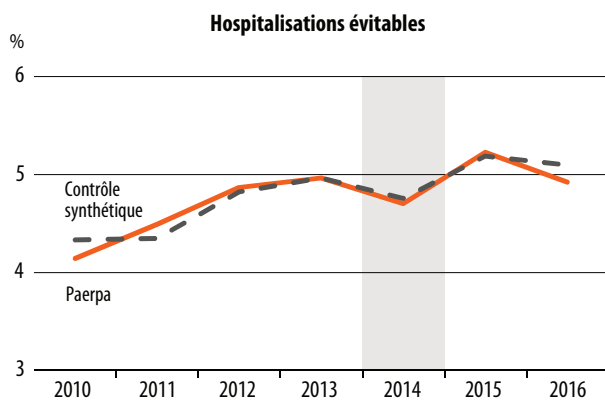
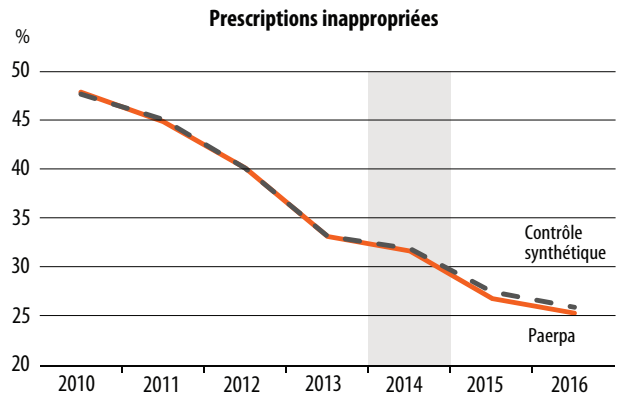
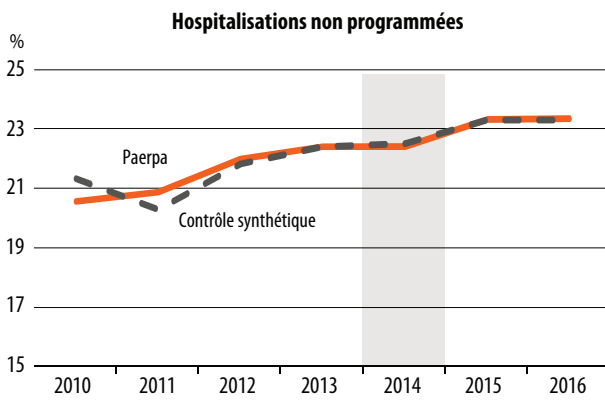
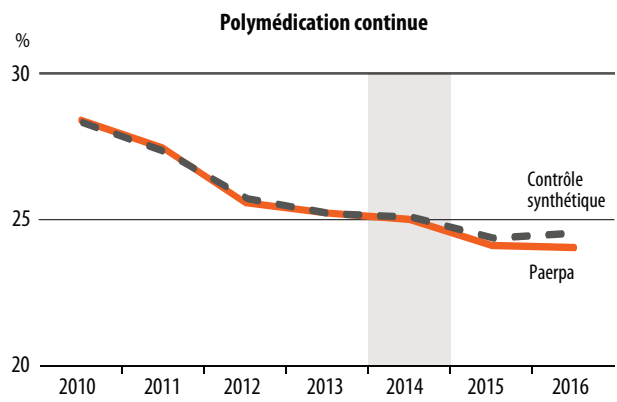
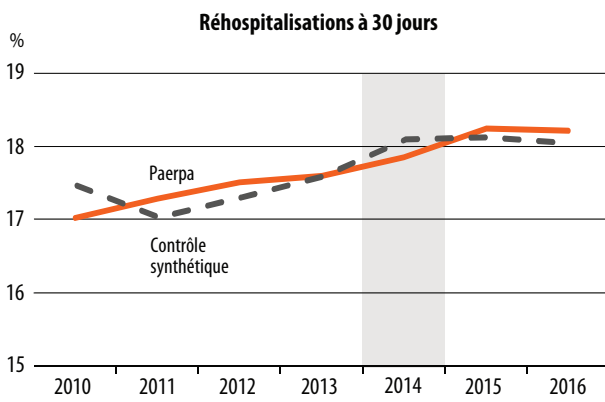
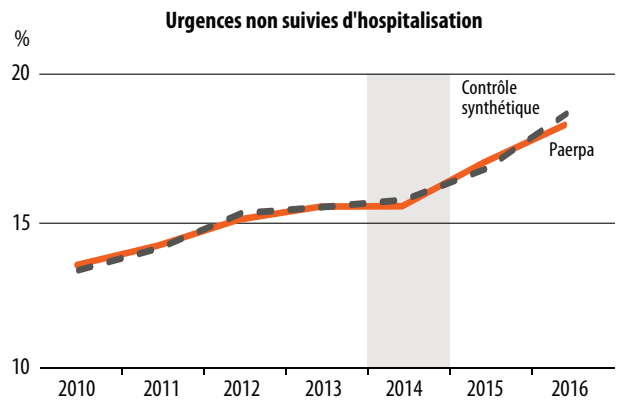
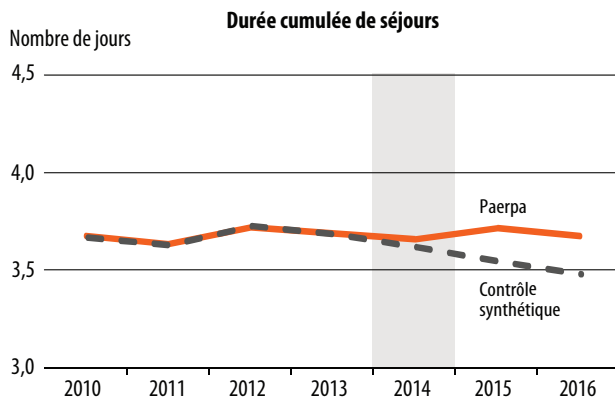
L'impact de Paerpa se mesure par la différence entre la valeur de l'indicateur pour le territoire Paerpa et son témoin composite pour les années après la mise

en place de Paerpa (2015, 2016). Le tableau 2 présente les résultats de l'analyse d'impact selon les territoires pour sept indicateurs. Pour chaque indicateur, on présente l'écart en pourcentage entre le territoire Paerpa et son témoin en 2015 et 2016.

Globalement, à ce jour, les résultats de 2015-2016 ne permettent pas de conclure à un impact moyen de Paerpa sur l'ensemble des territoires (dernière ligne) : il n'y a pas de différence statistiquement significative dans les résultats (pour aucun des indicateurs) entre les territoires Paerpa et leurs témoins pour l'ensemble des territoires Paerpa en 2015 et 2016. Compte tenu de la mise en place hétérogène des dispositifs dans chaque territoire et des délais de montée en charge des outils observés, le résultat n'apparaît pas surprenant. Dans la majorité des territoires, la plupart des actions n'ont été effectives qu'à partir de 2016, avec une montée en charge qui s'étend jusqu'en 2017. Par exemple, si le nombre total de PPS réalisés entre 2015 et 2017 est en moyenne de 32 pour 1 000 personnes âgées dans

F

Evolution des indicateurs de résultats pour l'ensemble de Paerpa et son contrôle synthétique



Lecture : L'évolution des indicateurs de résultats pour les personnes âgées de 75 ans et plus est présentée ici pour l'ensemble des territoires Paerpa par rapport à leurs témoins (contrôle synthétique), avant et après la mise en place de l'expérimentation Paerpa. Pour l'ensemble des indicateurs de résultats, les résultats d'impact ne montrent pas de différence entre les territoires Paerpa et leurs témoins, donc pas d'impact global de Paerpa (Tableau 2 p. 5).

Sources : Bases Irdes ; Données Sniiram (DCIR) 2010-2016.

les territoires Paerpa, il varie de 11 pour 1 000 personnes âgées dans le territoire Paerpa de Midi-Pyrénées à 79 en Lorraine. Certaines actions comme le repérage de la fragilité, avec le soutien d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière, sont très peu développées dans certains territoires (Or *et al.*, 2018, Annexe 3). Le manque d'effet moyen reflète donc, en partie, l'hétérogénéité dans la mise en œuvre du programme Paerpa d'un territoire à l'autre.

... mais des effets significatifs dans certains territoires, sauf sur le recours à l'hôpital

Les analyses par territoire permettent néanmoins de déceler des effets significatifs dans certains territoires et pour les indicateurs de résultat les plus sensibles à la mobilisation des acteurs de soins primaires. Dès 2015, la polymédication baisse de façon significative dans les territoires Paerpa d'Aquitaine et du Nord – Pas-de-Calais. Dans un contexte d'amélioration générale de ces indicateurs de polymédication, l'évolution est significativement plus favorable dans ces territoires comparativement aux territoires témoins. Le territoire du Nord – Pas-de-Calais se distingue par un niveau élevé de polymédication avant l'expérimentation (34 % des personnes âgées en 2013). Le territoire a développé des actions spécifiques autour de la iatrogénie médicamenteuse dès 2014 à différents niveaux (DSS, 2018). Le territoire d'Aquitaine (Bordeaux), avec un niveau initial moins élevé de polymédication (23 %), a développé également des actions spécifiques sur le médicament qui s'accompagnent également d'un investissement important sur l'articulation ville-hôpital et sur les systèmes d'information. La Lorraine est le seul territoire où le taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisations connaît une évolution favorable en comparaison des témoins. Ces résultats sont en cohérence avec les travaux d'évaluation qualitative qui identifiaient trois territoires qualifiés de « territoire Paerpa de consolidation » (Aquitaine, Nord – Pas-de-Calais, Lorraine), c'est-à-dire où les acteurs locaux étaient déjà organisés pour mettre en œuvre les premières actions Paerpa dès 2014.

SOURCES ET DONNÉES

Populations et territoires de l'évaluation

La population cible ou éligible est définie dans le cadre du dispositif Parcours santé des aînés (Paerpa) comme l'ensemble des personnes âgées de 75 ans ou plus domiciliées sur un territoire de l'expérimentation.

Les analyses d'impact mobilisent l'ensemble des données de prestations des individus âgés de 75 ans et plus résidant dans l'une des 12 régions suivantes : Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord – Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes. Ces données ont été extraites des Données de consommation inter-régime de l'Assurance maladie (DCIR) appariées aux données hospitalières pour les années 2010 à 2017. Ces 12 régions constituent les deux tiers de la population française, soit, en 2013, 3 604 505 personnes âgées de 75 ans et plus résidant dans 22 675 communes et 61 départements différents. L'ensemble des neuf territoires Paerpa comprend 178 712 personnes âgées de 75 ans et plus en 2013 allant de 7 689 personnes âgées dans le territoire de Bourgogne à 29 789 personnes dans le territoire des Pays de la Loire. La population de témoins potentiels (hors Paerpa) comprend 2 890 404 personnes âgées en 2013.

Les données contextuelles des territoires, recueillies en 2013, proviennent de différentes sources. Les données caractérisant l'âge, les ALD et le régime des personnes sont des données individuelles qui proviennent des données d'extraction du DCIR. D'autres sources de données ont été mobilisées, à un niveau communal ou départemental. Les taux de décès et les revenus médians des communes proviennent des bases de données de l'Insee. Les indicateurs d'accessibilités potentielles localisées et de distances théoriques aux urgences, calculés au niveau de la commune par la Drees et l'Irdes (Barlet *et al.*, 2012), sont fournis par la Drees. Les données décrivant l'offre hospitalière (nombre de lits), mesurées au niveau du département, proviennent de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Enfin, les équipements en Établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad) et Unités de soins de longue durée (USLD) au niveau départemental, et en Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) au niveau du bassin de vie, viennent de la base de données libre d'accès de la Drees.

Dans deux territoires, Midi-Pyrénées et Bourgogne, l'impact de Paerpa est significatif, mais seulement à partir de 2016, en termes de réduction des hospitalisations non programmées. En Bourgogne, Paerpa a eu aussi un impact significatif sur les hospitalisations évitables. Il serait important de mieux comprendre les pratiques locales dans les territoires où on observe un effet significatif pour mutualiser la connaissance sur les dispositifs efficaces.

En revanche, quel que soit le territoire considéré, il n'y a pas d'effet perceptible de Paerpa sur deux indicateurs de recours à l'hôpital, la durée cumulée de séjours et les réhospitalisations à 30 jours. Ce manque d'impact visible sur les indicateurs hospitaliers, notamment les réadmissions, interroge sur l'adéquation des outils mis en place pour réduire les hospitalisations. Il serait légitime d'examiner d'autres leviers d'actions pour améliorer les pratiques hospitalières et pour faire progresser la coordination ville-hôpital afin de faire évoluer les dispositifs Paerpa. Il serait également cohérent d'ajuster les incitations financières à l'hôpital avec les objectifs de réduction des hospitalisations évitables.

Enfin certaines dimensions, qui pourraient permettre de mieux interpréter les

résultats, n'ont pas pu être étudiées dans le cadre du dispositif d'évaluation Paerpa comme l'expérience des personnes âgées, de leurs aidants et des professionnels de santé. Mettre l'accent sur les besoins et les préférences des utilisateurs, en l'occurrence les personnes âgées, pourrait aider à comprendre les avantages et limites des différents dispositifs mis en place.

* * *

Les résultats de l'évaluation montrent que le changement inter-organisationnel et professionnel dans le système de santé prend du temps. Le temps écoulé entre le lancement de l'expérimentation et la mise en place opérationnelle des dispositifs a été de dix-huit mois en moyenne (DSS, 2018). Les structures nouvelles ne peuvent être efficaces que si les professionnels qui y sont impliqués sont prêts à changer leurs pratiques. C'est pourquoi il ne faut pas sous-estimer le défi de la construction d'un terrain d'entente entre différents groupes de professionnels. Le croisement de ces résultats avec les analyses qualitatives et les données de déploiement des dispositifs suggère que la différence de « maturité » entre les territoires peut être un facteur déterminant.

Les analyses montrent aussi que la structure de l'offre de soins dans les territoires est un déterminant du recours à l'hôpital peu modifié par l'expérimentation Paerpa. Cependant, les problématiques locales spécifiques semblent mobiliser les acteurs et les dispositifs avec un effort particulier dans certains domaines, par

exemple pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse.

Ces premiers résultats de l'évaluation invitent donc à la prudence quant aux conclusions que l'on peut tirer de cette expérimentation. L'absence d'effet moyen significatif de Paerpa sur les données 2015

et 2016, années de montée en charge de l'expérimentation, ne doit pas masquer des effets significatifs dans certains territoires. L'exploitation des données 2017 permettra de mesurer si ces effets se renforcent, voire apparaissent dans de nouveaux territoires. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Abadie A., lamond A., Ainmueller J.H (2010). "Synthetic Control Methods for Comparative Case Studies: Estimating the Effect of California's Tobacco Control Program". *Journal of the American Statistical Association*. June 2010, vol 105, No. 490, Application and case studies.
- Bricard D., Or Z. (2018). "Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients?" Irdes, *Document de travail* n° 73, mars.
- Bricard D., Or Z., Penneau A. (2018). Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Irdes, *Document de travail* n° 74, juin.
- Comité national Paerpa (2013). « Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, 2013. Projet de cahier des charges des projets pilote Paerpa ». Ministère des Affaires sociales et de la Santé. http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
- Direction de la sécurité sociale (DSS) [2018]. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Bilan intermédiaire Paerpa 2017. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, mars 2018.
- Gand S, Periac E, Bloch MA, Henaut L. (2017), Évaluation qualitative Paerpa – Rapport final, Document de travail, Série Études et recherche, n°135, Drees, Mai.
- Hcaam (2011). Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du Hcaam au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011.
- Khandker S. R., Koolwal G. B., Samad H. A. (2009). *Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices*. World Bank: Washington, D.C.
- Or Z., Bricard D., Le Guen N., Penneau A. (2018). « Évaluation d'impact de l'expérimentation Paerpa. Premiers résultats », Rapport de l'Irdes n° 567, juin.
- Or Z., Penneau A. (2017). « Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation ». Irdes, *Document de travail* n° 72, septembre.
- Or Z., Bourgueil Y., Combes J.-B., Le Guen N., Le Neindre C., Lecomte C., Penneau A. (2015). Atlas des territoires pilotes Parcours santé des aînés (Paerpa) : Situation 2012. Irdes *Collection Ouvrages*, série Atlas n° 1, juin, 126 pages.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 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 • Recteurs : Coralie Gandré et Sylvain Pichetti •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) •
Dépôt légal : Juillet 2018 • Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

VIENT DE PARAÎTRE

Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) Premiers résultats

Zeynep Or, Damien Bricard, Nelly Le Guen, Anne Penneau

Rapport n° 567 - juin 2018

Synthèse

Contexte • Objectifs et principes de l'évaluation • Méthodes • Principaux résultats • Conclusion

1. Rappel du contexte général des expérimentations Paerpa

1.1. Paerpa : les dispositifs clés

2. Principes globaux et finalités de l'évaluation

3. Les étapes de l'évaluation quantitative

3.1. Monitoring • 3.2. Analyses de modélisation à T0 • 3.3. Évaluation d'impact

4. Méthodologie d'évaluation d'impact

4.1. Différents niveaux d'évaluation • 4.2. Définition des populations cibles et témoins potentiels • 4.3. Méthode d'estimation d'impact

5. Description des territoires

5.1. Données et variables • 5.2. Unité territoriale des témoins potentiels • 5.3. Typologie des territoires

6. Variables de résultats

6.1. Définitions et tendances 2010-2016

7. Premiers résultats de l'analyse d'impact

7.1. Composition des témoins synthétiques • 7.2. Impact Paerpa : résultats en 2015 et 2016

