

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

www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/252-que-peut-on-apprendre-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf

Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ?

Zeynep Or, Damien Bricard, Anne Penneau (Irdes)

L'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa), lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, est un programme visant à faire progresser la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux au niveau local. Le nombre et la diversité des dispositifs proposés et des acteurs impliqués dans la mise en place des projets rendent cette expérimentation et son évaluation complexes. Cet article dresse un bilan des résultats et des principaux enseignements de l'évaluation d'impact de l'expérimentation, réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Globalement, l'expérimentation a un effet modeste, mais significatif, pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse et les passages aux urgences, sans pour autant en avoir sur les hospitalisations des personnes âgées. La faible mobilisation des professionnels de santé autour des dispositifs Paerpa explique en partie ces résultats. Les analyses par territoire montrent que les résultats globaux sont portés par quelques territoires dont les contextes locaux ont permis une plus forte adhésion des professionnels de santé. Si les Plans personnalisés de santé (PPS), visant à renforcer la prise en charge globale des personnes âgées, ont permis d'enclencher une prise en charge médico-sociale au domicile des personnes âgées les plus fragiles avec une hausse des dépenses de soins infirmiers et une baisse des dépenses de médecine générale et de pharmacie, ils n'ont pas eu d'impact immédiat sur le recours à l'hôpital et la polymédication. Le manque d'impact visible de l'expérimentation sur les indicateurs hospitaliers, notamment les réadmissions et les hospitalisations évitables, interroge sur les limites des outils mis en place. Pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge globale des personnes âgées, il semble nécessaire de créer des passerelles plus formalisées entre les professionnels de ville, y compris les médecins spécialistes, les soignants à domicile et les acteurs hospitaliers.

La prise en charge des personnes âgées, dont les besoins de soins sont élevés et complexes, nécessite l'intervention d'une multiplicité d'acteurs du champ médical et

social, et représente un enjeu majeur pour l'efficacité du système de santé. Dans la plupart des pays développés, comme la France, on constate un manque de coordination des soins et services sanitaires,

sociaux et médico-sociaux fournis aux personnes âgées (Nolte et McKee, 2008). Les personnes âgées les plus fragiles présentent un risque élevé d'hospitalisation. Une détection précoce des risques et une

prise en charge coordonnée, en considérant les besoins divers de cette population, peuvent réduire le risque d'hospitalisation (Fried *et al.*, 2004). Pourtant, souvent, chaque professionnel de soins se concentre sur un problème spécifique sans forcément avoir toutes les informations nécessaires sur la situation de la personne concernée. Pour réduire la fragmentation de la prise en charge des personnes âgées, de nombreuses initiatives visant à une meilleure intégration des soins ont ainsi été lancées. Elles impliquent souvent la création d'équipes pluridisciplinaires (intégrant les soins primaires, secondaires et services sociaux) ou le recours à des professionnels pivots qui permettent de coordonner les prises en charges entre les différents lieux (en ville, à l'hôpital, à domicile) ainsi que la mise en place de processus ou d'outils afin de faciliter le partage d'informations, la transition des soins et la gestion des cas complexes (Nolte et Pitchforth, 2014 ; Fraser, 2018). On peut citer les projets pilotes Vanguard en Angleterre (NHS, 2016) ou PRISMA au Canada (Hébert *et al.*, 2010) qui ont pour objectifs de transformer et d'intégrer les services de santé et les services sociaux, en testant différents modèles pilotés localement. L'idée générale est de tester au niveau local des prototypes de modèles de soins qui pourraient être ensuite reproduits à travers le pays. Si l'objectif est partagé par de nombreux

pays, il n'y a pas aujourd'hui de consensus sur le modèle organisationnel à adopter.

En France, plusieurs initiatives ont été développées depuis de nombreuses années afin d'améliorer la coordination et l'intégration des soins. Dans les années 1980, les réseaux ou filières de soins organisés autour de pathologies ou disciplines médicales spécifiques ont initié la démarche, qui s'est poursuivie par la mise en place de modèles organisationnels ciblant des groupes de populations (personnes âgées fragiles ou en situation de handicap), telles que les Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia) ou les expérimentations de l'article 70 visant à coordonner les soins en sortie d'hospitalisation et à prévenir les hospitalisations afin d'améliorer l'organisation des parcours de santé des personnes âgées (article 70 de la LFSS 2012).

Paerpa, une expérimentation territoriale ambitieuse et complexe

Dans la continuité de ces initiatives, les expérimentations Paerpa ont été lancées en 2014 (encadré ci-contre) avec pour objectifs de renforcer la continuité de la prise en charge entre le domicile, les établissements médico-sociaux et les hôpitaux, d'améliorer la coordination entre professionnels de soins, et de renforcer la prise en charge et la prévention au domicile pour éviter les recours aux urgences et les hospitalisations (DSS, 2018).

L'expérimentation propose une approche populationnelle intégrant l'ensemble des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour optimiser le parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus. Si certains outils proposés sont propres à Paerpa, l'expérimentation a également pour objectif de renforcer et de reconfigurer un certain nombre de dispositifs déjà existants mais peu développés dans la plupart des territoires, et de favoriser le partage d'informations entre les professionnels.

Un des outils majeurs des expérimentations est la Coordination territoriale d'appui (CTA) qui est une plateforme d'information dédiée à la population âgée de

E

Chiffres clés de l'expérimentation Paerpa

Les territoires concernés par l'évaluation sont les neuf territoires initiaux de l'expérimentation Paerpa lancée en 2014 : Aquitaine (Bordeaux), Bourgogne (Bourgogne Nivernaise), Centre (Sud-Est de l'Indre-et-Loire), Ile-de-France (Paris Nord-Est : 9^e, 10^e, 19^e arrondissements), Limousin (Basse Corrèze), Lorraine (Grand-Nancy), Midi-Pyrénées (Hautes-Pyrénées), Nord - Pas-de-Calais (Valenciennois-Quercitain), Pays-de-la-Loire (Mayenne).

L'expérimentation a été étendue à 9 autres territoires fin 2017 afin de couvrir l'ensemble des régions.

Nombre de personnes âgées concernées par l'expérimentation : 190 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2014, puis 550 000 suite à l'extension en 2018. Cela représente en moyenne 9 % de la population de plus de 75 ans dans les régions d'expérimentation (variant de 6 % en Ile-de-France à 13 % en Limousin et 15 % en Bourgogne)

Financement : ~54 millions d'euros au total entre 2014 et 2019. 25 millions d'euros entre 2014 et 2017 (période d'évaluation) et 29 millions d'euros en 2018-2019 (Libault et Lianos, 2020).

75 ans et plus, à leur famille et aux professionnels du territoire. Les CTA ont plusieurs missions : l'information et l'orientation des personnes âgées vers les ressources du territoire ; l'appui aux professionnels de santé et du secteur médico-social de proximité ; l'appui au repérage des personnes les plus fragiles et à la réduction des événements de rupture de parcours. Les CTA représentent le premier poste de dépenses du programme (32 % du budget Paerpa en 2017). Un second outil de coordination, développé dans les expérimentations Paerpa, est le Plan personnalisé de santé (PPS) qui définit et finance un processus de concertation entre plusieurs professionnels de santé. Le PPS formalise un plan d'action partagé entre les professionnels de santé en ville et la CTA, contribuant ainsi à développer le partage d'informations entre les multiples acteurs du champ sanitaire et social, sous l'égide du médecin traitant, en associant un ou deux professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou pharmaciens). Malgré l'attention portée à ce dispositif spécifique, les PPS représentaient seulement 4 % des dépenses du programme Paerpa en 2017 en raison d'une adhésion

REPÈRES

Une évaluation scientifique indépendante des impacts médicaux et économiques des projets pilotes était exigée dans le cahier des charges Parcours santé des aînés (Paerpa) dans le cadre d'un comité d'évaluation piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Elle combine des approches qualitative et quantitative. Les résultats de l'évaluation qualitative, portée par une équipe d'EHESP-Mines Paris Tech-CNRS, ont été rendus en 2017 (Gand *et al.*, 2017). Les premiers résultats de l'évaluation d'impact sur les données 2015-2016 ont été présentés en 2018 (Or *et al.*, 2018a, 2018b). Ce *Questions d'économie de la santé* est une synthèse des résultats finaux de l'évaluation présentés plus en détail dans un rapport final (Bricard *et al.*, 2020) et des documents de travail Irdes (Penneau *et al.*, 2019 ; Bricard *et al.*, 2018).

au dispositif assez variable selon les territoires d'expérimentation.

Enfin, les autres dispositifs pouvant être financés dans le cadre des expérimentations Paerpa sont des Équipes mobiles gériatriques (EMG), l'hébergement temporaire en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) à la sortie d'hospitalisation, le développement de systèmes d'informations entre les professionnels de santé (PPS dématérialisés, partages d'informations et de messageries...) ou encore des formations pluriprofessionnelles. Ce sont des outils non spécifiques à Paerpa, employés également dans d'autres territoires. Malgré le financement ciblé dans le cadre de Paerpa, ils ont été relativement peu déployés dans la plupart des territoires d'expérimentation. Contrairement aux PPS, les bénéficiaires de ces dispositifs n'ont pu être identifiés et leur impact n'a pas été évalué de façon séparée dans un cadre expérimental.

Une évaluation d'impact à plusieurs niveaux

L'évaluation d'impact, portée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), avait pour but d'apporter des éléments objectifs permettant d'apprécier les résultats des projets territoriaux au moyen de critères communs. Cette évaluation, complémentaire aux évaluations qualitatives et aux remontées d'expérience des territoires (Gand *et al.*, 2017), visait également à produire des connaissances nouvelles pour comprendre les liens existant entre l'organisation des soins au niveau territorial et les parcours de soins des personnes âgées en mobilisant des données et méthodes inédites.

Les analyses territoriales mises en œuvre dans le cadre de l'évaluation ont révélé la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations démographiques, socio-économiques, ainsi que de structure d'offre de soins hospitaliers et de ville (Or *et al.*, 2015). Des travaux de modélisation ont montré l'importance de ces facteurs territoriaux sur les indicateurs de résultats suivis dans l'évaluation, en particulier le

rôle de l'organisation territoriale des soins de premier recours dans la réduction du recours aux urgences et des réadmissions à l'hôpital (Or, Penneau, 2018 ; Bricard, Or, 2019). La coordination et la disponibilité des médecins généralistes et des infirmières ont un impact direct sur le recours à l'hôpital. Par exemple, les territoires où l'accès aux soins primaires est facilité par la permanence des soins et le déplacement au domicile des patients connaissent des taux de recours aux urgences hospitalières plus faibles. De même, le taux de réhospitalisation à 30 jours des patients souffrant d'insuffisance cardiaque est fortement impacté par le délai de mise en place du suivi par le médecin généraliste à la sortie d'une hospitalisation.

Les méthodes d'évaluation retenues pour établir l'impact des dispositifs Paerpa tiennent compte de ces différences de situations territoriales et de leur évolution avant l'expérimentation (Bricard *et al.*, 2020). Elles permettent d'estimer l'effet causal des dispositifs à partir de la construction d'une situation contrefac-

tuelle, c'est-à-dire ce qui aurait été observé si les mesures n'avaient pas été mises en place (Encadré Sources et méthode). L'ensemble de l'évaluation d'impact repose sur les données du Système national des données de santé (SNDS) permettant de suivre tous les recours aux soins des personnes habitant dans les territoires Paerpa et dans les territoires témoins, avant et après l'expérimentation. Elle porte sur trois niveaux mobilisant plusieurs méthodes d'analyse : l'évaluation globale de Paerpa (l'ensemble des dispositifs au niveau national) pour estimer un effet moyen dans le cas d'une généralisation, l'évaluation par territoire (l'ensemble du programme Paerpa dans chaque territoire), et l'évaluation d'un dispositif spécifique (le PPS). En dehors de cette analyse spécifique du PPS, l'évaluation n'avait pas pour objectif de mesurer l'impact de chaque dispositif proposé dans l'expérimentation, mais de mesurer l'impact global des plans d'actions territoriaux développés et financés dans le cadre de l'expérimentation Paerpa.

SOURCES ET MÉTHODE

L'évaluation d'impact global du dispositif Parcours santé des aînés (Paerpa) porte sur sept indicateurs de résultats qui ont été définis en considérant les objectifs des expérimentations et la littérature internationale. Trois d'entre eux concernent le recours à l'hôpital (nombre de journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie par personne âgée, taux de réhospitalisation à 30 jours, hospitalisations non programmées), et quatre sont des indicateurs 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). Tous les indicateurs sont calculés à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) pour les années 2010 à 2017 dans les territoires pilotes et les territoires témoins.

Pour évaluer l'impact global de l'expérimentation au niveau national et dans chaque territoire, nous avons utilisé la méthode du contrôle synthétique qui est adaptée à l'évaluation de ce programme multidimensionnel et multi-objectif (Abadie *et al.*, 2010). La méthode permet de construire un territoire témoin comme la moyenne pondérée des potentiels témoins qui réunissent au mieux les caractéristiques des territoires traités (Paerpa). Ainsi, plutôt que de définir un seul territoire témoin par territoire, on construit, pour chaque territoire et chaque indicateur de résultats, un territoire « composite » en pondérant plusieurs territoires témoins parmi un ensemble de témoins possibles. La robustesse de cette méthode par rapport aux méthodes plus classiques a été vérifiée par différents tests (Bricard *et al.*, 2018).

Pour établir l'impact des PPS sur les parcours de soins des personnes, nous avons réalisé une analyse en doubles différences après appariement sur la consommation de soins l'année précédant le PPS. Afin de s'affranchir du biais de sélection pouvant persister à cause du manque de données socio-économiques et d'état de fragilité des personnes dans les bases de données dont nous disposons, nous avons employé un instrument qui exploite les différences de diffusion du PPS auprès des médecins généralistes au sein des territoires Paerpa. Ainsi, plutôt que de comparer directement l'effet du PPS sur le recours aux soins entre les bénéficiaires et les témoins, nous nous appuyons sur les différences de probabilité d'être bénéficiaire d'un PPS selon le degré de diffusion de l'utilisation du PPS par les médecins généralistes dans les communes des territoires Paerpa.



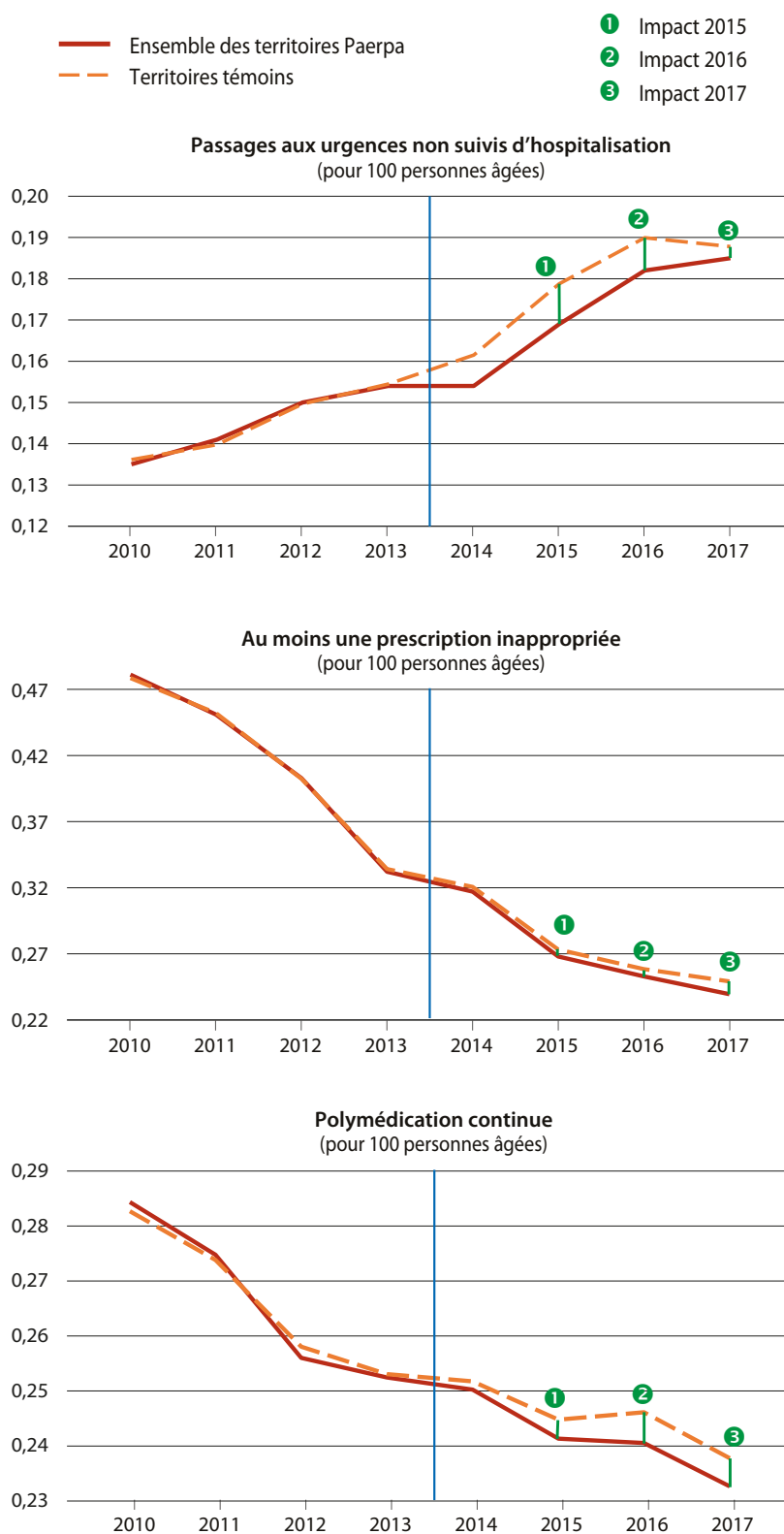
Un impact modeste de Paerpa dans deux domaines

Globalement, on constate un effet moyen significatif de Paerpa dans deux domaines : la iatrogénie médicamenteuse (prescriptions inappropriées et polymédication) et les visites aux urgences (graphique ci-contre). Mais la baisse liée à Paerpa est modeste : une diminution de 1,9 % du taux de polymédication et de 2,3 % du taux de prescriptions inappropriées dans les territoires Paerpa par rapport aux témoins, ainsi qu'une diminution de 4,3 % des taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation par rapport aux territoires témoins, mais imputable à un seul territoire. En revanche, nous n'avons pas identifié d'impact significatif de Paerpa pour réduire les hospitalisations en médecine et en chirurgie des personnes âgées.

Les expérimentations Paerpa interviennent dans une période d'importants déremboursements de médicaments qui expliquent en partie la forte baisse de la polyprescription médicamenteuse (plus de 10 médicaments prescrits au moins trois fois dans l'année) et des prescriptions inappropriées (notamment les benzodiazépines, des anti-inflammatoires non-stéroïdiens, antidépresseurs et hypnotiques) sur l'ensemble des territoires (Paerpa et témoins). L'analyse d'impact décèle néanmoins une baisse significative plus importante de ces indicateurs dans les territoires Paerpa par rapport à la situation observée dans les territoires témoins comparables (tableau 1 p. 5).

Toutefois, cet impact global de Paerpa est lié à une baisse concentrée dans quelques territoires Paerpa (tableau 2 p. 5). En ce qui concerne la polymédication continue, l'impact Paerpa est concentré sur les territoires d'Aquitaine et du Nord-Pas-de-Calais, alors que pour les prescriptions inappropriées, il s'agit uniquement du Nord-Pas-de-Calais et de la région Centre. L'impact sur la consommation de médicament en Nord-Pas-de-Calais et en Aquitaine est cohérent avec la mise en place rapide dans ces territoires de dispositifs et d'actions visant à réduire la iatrogénie médicamenteuse dans le cadre de Paerpa (ARS Nord-Pas-de-Calais, 2014).

Représentation graphique de l'impact global de l'expérimentation Paerpa



Lecture : Globalement, les expérimentations ont un effet modeste, mais significatif et stable en 2015, 2016 et 2017 pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse (polymédication continue et prescriptions inappropriées) et les passages aux urgences : une diminution de 1,9 % du taux de polymédication et de 2,3 % du taux de prescriptions inappropriées dans les territoires Paerpa par rapport aux témoins, ainsi qu'une diminution de 4,3 % des taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation par rapport aux territoires témoins, mais imputable à un seul territoire.

Sources : Bases Irdes ; Données Sniiram (DCIR) 2010-2017.

[Télécharger les données](#)

Par ailleurs, seul le territoire de Lorraine a connu une baisse significative des passages aux urgences non suivis d'hospitalisations. Mais ce résultat est à nuancer

du fait d'une augmentation significative des hospitalisations évitables dans ce territoire. Le territoire de Bourgogne est le seul à connaître une baisse significative

des hospitalisations évitables de 13,2 %. Toutefois, cette baisse ne permet pas de produire un résultat d'impact global significatif au niveau national sur cet indicateur. Ces résultats contrastés selon les territoires ne permettent pas de conclure à une efficacité globale de Paerpa mais, plutôt, à des réussites liées à certains projets locaux qui ont pu se développer grâce à l'expérimentation Paerpa.

T1

Récapitulatif d'impact Paerpa sur les sept indicateurs de résultats par territoire

Territoire Paerpa	Estimations d'impact de Paerpa : écarts entre les territoires Paerpa et leur contrôle synthétique sur la période 2015-2017 (en % par rapport aux témoins)
Aquitaine	-9 % de personnes âgées en polyprescription médicamenteuse*
Lorraine	-29 % de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation +26 % de personnes âgées ayant eu une hospitalisation potentiellement évitable
Nord – Pas-de Calais	-3 % de personnes âgées en polyprescription médicamenteuse* -9 % de personnes âgées ayant au moins une prescription inappropriée**
Ile-de-France	Pas d'effet significatif
Centre	-7 % de personnes âgées ayant au moins une prescription inappropriée**
Limousin	Pas d'effet significatif
Pays de la Loire	Pas d'effet significatif
Bourgogne	-13 % de personnes âgées ayant eu une hospitalisation potentiellement évitable
Midi-Pyrénées	Pas d'effet significatif

*Plus de 10 médicaments délivrés au moins trois fois dans les douze derniers mois ; ** Comprenant une liste de vasodilatateurs, de benzodiazépines, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'antidépresseurs et d'hypnotiques.

Lecture : Dans le territoire d'Aquitaine, l'expérimentation Paerpa a permis de réduire la polymédication des personnes âgées de 9 % entre 2015 et 2017. Les résultats détaillés sont présentés dans le rapport final d'évaluation d'impact de l'Irdes (Bricard *et al.*, 2020).

Sources : Bricard *et al.*, 2020.

Des résultats qui s'expliquent en partie par la faible mobilisation des professionnels de santé dans les territoires

Ces résultats peuvent être expliqués en partie par la faible mobilisation des professionnels de santé autour des dispositifs Paerpa dans certains territoires. Par exemple, le nombre total de PPS ayant donné lieu à un paiement de l'Assurance maladie en 2017 est en moyenne de 12 pour 1 000 personnes âgées dans les territoires Paerpa, mais ce taux varie de 3 à 30 PPS pour 1 000 personnes âgées selon le territoire (Bricard *et al.*, 2020). Les ressources humaines à disposition des coordinations territoriales d'appui ont également été très disparates tant du point de vue des effectifs que de leurs compositions. Ainsi, le rôle joué par ces structures pour accomplir leur mission de coordination variait largement d'un territoire à l'autre (Gand *et al.*, 2017 ; Libault et Lianos, 2020). De plus, certaines actions comme le repérage de la fragilité, la mise en place d'une équipe mobile gériatrique extrahospitalière et la formation pluri-professionnelle, notamment, se sont très peu développées dans la plupart des territoires (Libault et Lianos, 2020 ; Bricard *et al.*, 2020). De nombreux éléments sont susceptibles d'expliquer les difficultés de mobilisation des acteurs locaux tels que l'existence d'autres dispositifs de coordination parfois en concurrence (Maia...) ou des situations politiques locales peu favorables. Dans certains territoires, des conflits dans la gouvernance locale entre l'Agence régionale de santé (ARS) et le département ou des difficultés dans le partenariat avec les Unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS) ont pu affecter la mobilisation des acteurs locaux (Gand *et al.*, 2017). Ainsi, si Paerpa a proposé de nouveaux dispositifs pour

T2

Récapitulatif des résultats d'impact des Plans personnalisés de santé (PPS) sur la consommation de soins et la qualité de prise en charge l'année suivant la réalisation d'un PPS

	Résultats d'impact du Plan personnalisé de santé (PPS)
Consommation de soins	
Taux d'hospitalisation	+4 %
Dépenses globales ambulatoires	Pas d'impact significatif
Dépenses de soins infirmiers	+30 %
Dépenses d'omnipraticiens	-10 %
Dépenses de kinésithérapie	Pas d'impact significatif
Dépenses de spécialistes	Pas d'impact significatif
Dépenses de pharmacie	-13 %
Nombre de médicaments	-5 %
Indicateurs de qualité de prise en charge	
Mortalité	Pas d'impact significatif
Hospitalisation non programmée	Pas d'impact significatif
Hospitalisation potentiellement évitable	Pas d'impact significatif
Passages aux urgences non suivis d'hospitalisation	Pas d'impact significatif
Polymédication	Pas d'impact significatif

Lecture : Les dépenses de soins infirmiers des personnes qui ont bénéficié d'un PPS, toutes choses égales par ailleurs, ont augmenté de 30 % l'année suivant le PPS, tandis que leurs dépenses en médicaments ont baissé de 13 %. Détails des résultats présentés dans Penneau *et al.*, 2019.

Source : Penneau *et al.*, 2019.

améliorer la prise en charge des personnes âgées, il n'est pas certain que l'échelle ou la diffusion des interventions soit suffisante pour avoir un effet sur l'ensemble de la population âgée résidant dans les territoires de l'expérimentation.

Les Plans personnalisés de santé (PPS) ont permis d'intensifier les soins infirmiers au domicile des personnes âgées les plus fragiles

Contrairement à la mesure de l'impact global de l'expérimentation, qui repose sur une approche populationnelle et est influencée par le niveau de déploiement, les analyses d'impact du dispositif PPS contournent cette question de diffusion, puisqu'on s'intéresse à l'effet du PPS sur les personnes qui en ont réellement bénéficié. Ainsi, les résultats montrent que le PPS a eu un impact positif et significatif sur les dépenses de soins infirmiers à domicile des personnes qui en bénéficient. Ces dépenses augmentent significativement dans la première année suivant le PPS, sans pour autant se traduire par une augmentation des dépenses globales en ville, le PPS s'accompagnant ainsi d'une réduction des dépenses de soins de médecins généralistes et de médicaments (Penneau *et al.*, 2019). De plus, il semble que les PPS ont ciblé les personnes âgées qui ont des besoins très complexes, nécessitant une prise en charge sanitaire et médico-sociale. Nos résultats et les remontées d'informations des territoires confirment que le PPS a été mobilisé par les professionnels de santé de premier recours pour enclencher une prise en charge médico-sociale et sociale au domicile de la personne. En revanche, nos analyses ne montrent aucun impact significatif du PPS sur les indicateurs hospitaliers, notamment les réadmissions et les hospitalisations évitables, ni sur la polymédication et les prescriptions inappropriées.

Le manque d'impact de Paerpa sur les hospitalisations interroge

Le manque d'impact visible de l'expérimentation sur les indicateurs hospitaliers, notamment les réadmissions et les

hospitalisations évitables, interroge sur les limites des outils mis en place. Dans la littérature sur les modèles d'organisation ou d'intégration visant à améliorer la coordination des soins, on distingue différentes approches allant de l'intégration fonctionnelle (intégration des fonctions clés et gestion financière), l'intégration organisationnelle (contractualisation ou alliances entre différentes organisations), professionnelle (collaboration et contractualisation entre professionnels) ou clinique (coordination des soins autour des patients). Aussi, la coordination ou l'intégration des soins peut se réaliser à différents niveaux et sous différentes formes. Si l'intégration horizontale, la coordination ou le regroupement des professionnels au même niveau, de soins primaires par exemple, est importante, l'enjeu principal est de réussir l'intégration verticale : assurer la collaboration entre des professionnels travaillant à différents niveaux, notamment en associant les hôpitaux aux soins primaires et médico-sociaux (Farmanova *et al.*, 2019).

Dans ce cadre, par rapport à d'autres modèles visant à faire progresser la coordination des soins, le niveau d'intégration introduit par les dispositifs Paerpa peut être considéré comme faible dans la mesure où les acteurs n'ont pas de liens contractuels entre eux formalisant leur collaboration et, en particulier, entre ceux travaillant à l'hôpital et dans les services sociaux. Pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge globale des personnes âgées, il serait donc important de créer des passerelles plus formalisées avec les médecins spécialistes et les acteurs hospitaliers. Pour ces derniers, il est aussi légitime d'examiner d'autres leviers d'action, notamment les incitations financières à l'hôpital pour améliorer les pratiques et faire progresser la coordination ville-hôpital afin de réduire les hospitalisations évitables.

L'évaluation d'impact des interventions organisationnelles est complexe et nécessite des données riches

L'évaluation des expérimentations à grande échelle comme Paerpa est complexe pour plusieurs raisons. La première

tient à l'absence de randomisation et donc au biais de sélection des territoires pilotes. Pour la plupart des territoires pilotes, l'expérimentation Paerpa s'est inscrite dans une dynamique d'acteurs des territoires autour d'un projet souvent plus ancien que Paerpa, l'expérimentation étant un moyen de financement supplémentaire pour mobiliser les acteurs. Il faut démêler les facteurs inhérents aux dynamiques des territoires de l'impact propre de Paerpa. La méthodologie proposée pour l'analyse globale, ainsi que pour l'analyse par territoire, vise à limiter ce biais en tenant compte des dynamiques particulières avant l'expérimentation pour isoler l'effet de Paerpa. La deuxième difficulté de l'évaluation tient à la multiplicité des outils mis à disposition des territoires et à l'hétérogénéité des projets territoriaux pour les mettre en œuvre. La liberté des acteurs dans la mise en œuvre des projets permet de gagner en souplesse et en autonomie au détriment de pouvoir réellement mesurer et comprendre l'impact des différentes actions. Cette seconde difficulté rend essentielle une analyse qualitative tout au long de la mise en œuvre des projets en complément de l'analyse quantitative.

Il faut aussi noter les limites de cette évaluation relevant principalement du manque de données sur les actions sociales et les indicateurs de coordinations entre l'hôpital et la ville (tels que les courriers de liaison, etc.), ainsi que leurs bénéficiaires (leur niveau de dépendance) dans les bases de données administratives en France, mais aussi de l'absence d'un recueil d'informations *ad hoc* au cours de l'expérimentation sur des aspects pertinents comme : l'expérience et la satisfaction des personnes âgées et de leur aidants, ou encore l'expérience des professionnels impliqués. Ces aspects essentiels n'ont pas pu être considérés dans les analyses d'impact. La littérature montre que la satisfaction des personnes concernées par ces interventions est une dimension majeure des évaluations, et on constate souvent que ces modèles d'intégration permettent d'améliorer la satisfaction des personnes qui en bénéficient réellement (Bower *et al.*, 2018). L'organisation et le financement d'un recueil d'informations spécifiques sont indispensables à une évaluation complète qui permettrait de mieux comprendre les manquements et les bénéfices des dispositifs testés.

Changer les modes d'organisation des soins est un défi de taille

Introduire des innovations organisationnelles afin d'améliorer les résultats des soins au niveau de la population est un défi de taille car cela suppose que les changements se diffusent à tous les professionnels concernés, mais aussi dans toute la population. Passer de la conception des dispositifs à la mise en œuvre s'avère difficile partout, car de nombreux obstacles échappent au contrôle des acteurs locaux (Erens *et al.*, 2017). L'évaluation d'impact n'en demeure pas moins essentielle pour comprendre l'ampleur de ces changements, et aider à identifier les services ou les modèles innovants.

Dans la plupart des initiatives populationnelles, les résultats sont aussi mitigés, avec souvent des résultats sur la satisfaction et la qualité des soins mais très rarement sur les dépenses de santé et l'état de santé de la population concernée (Bower *et al.*, 2018). Quand un impact sur les hospitalisations, les réadmissions ou la qualité de la prise en charge est mesuré, il est généralement lié à des interventions spécifiques (telles que l'intégration des aides-soignantes dans des équipes pluridisciplinaires), le plus souvent initiées à l'hôpital ou dans un protocole bien précis, visant le plus fréquemment les personnes avec des problèmes de santé

spécifiques (comme les personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque), plutôt que l'ensemble d'une population. En ce sens, le programme Paerpa mobilise à la fois des outils à visée populationnelle (CTA, formation des professionnels de santé) mais aussi des dispositifs plus ciblés (PPS, hébergement temporaire en Ehpad, équipe mobile gériatrique). Le déploiement de très nombreux dispositifs qui doivent mobiliser un grand nombre d'acteurs dans chaque territoire est compliqué et peut être un énorme défi à relever pour les acteurs locaux.

* * *

Finalement, les résultats de l'évaluation présentés ici permettent non seulement de comprendre l'impact des actions sur les résultats, mais peuvent également conduire à une meilleure compréhension des facteurs améliorant les parcours de soins des personnes âgées au niveau territorial. Ainsi, l'évaluation d'impact permet de construire un diagnostic partagé en soutenant le recueil de données et l'analyse à la fois quantitative et qualitative.

Globalement, nos résultats suggèrent que l'expérimentation Paerpa a eu un impact modeste sur l'amélioration des parcours de soins au niveau local, entre 2014 et 2017. La remontée des informations des territoires pilotes et les données sur le suivi de la montée en charge des dispositifs de l'expérimentation suggèrent que

ceci est en partie lié à la faible mobilisation des professionnels de santé dans les territoires. Il se peut aussi que des dispositifs clés tels que le PPS et le CTA n'aillent pas assez loin pour intégrer et coordonner les soins entre la ville, l'hôpital et les services médico-sociaux et sociaux, ainsi que pour changer les pratiques de coopération entre les différents professionnels de soins.

La mise en perspective de nos résultats par rapport aux expériences étrangères suggère que les changements organisationnels et culturels prennent du temps, les collaborations entre les professionnels de santé se construisent sur le long terme et leur stabilisation requiert un travail en soi (Michel et Or, 2020). Les initiatives s'appuyant sur des protocoles de collaboration locaux, à partir d'une vision médicale commune et des objectifs de soins définis collectivement par les professionnels de santé et les autres acteurs locaux, semblent mieux réussir que des modèles imposés verticalement. Le processus de changement organisationnel peut être accéléré lorsqu'il y a des preuves que de tels changements produiront de meilleurs résultats. Pour cette raison, il est important de mener des évaluations d'impact des dispositifs visant à améliorer la coordination et l'intégration des soins, et de les rendre plus solides en s'appuyant sur un système d'information approprié appariant les données de l'Assurance maladie et des services sociaux. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Abadie A., Iamond 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, N° 490, Application and case studies.
- Bower P., Reeves D., Sutton M. et al. (2018). "Improving Care for Older People with Long-term Conditions and Social Care Needs in Salford: The CLASSIC Mixed-methods Study, Including RCT". *Health Services and Delivery Research*, 6 (31).
- 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, mai 2018. www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/074-methodologie-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf
- Bricard D., Or Z. (2019). "Impact of Early Primary Care Follow-up after Discharge on Hospital Readmissions". *The European Journal of Health Economics*, 20(4), 611-623.
- Bricard D., Or Z., Penneau A. (2020). « Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ». Rapport de l'Irdes, n° 575, novembre.
- 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.
- Erens B., Wistow G., Mounier-Jack S., Douglas N., Manacorda T., Durand M, et al. (2017). "Early Findings from the Evaluation of the Integrated Care and Support Pioneers in England". *J Integr Care*;25. <https://doi.org/10.1108/JICA-12-2016-0047>
- Farmanova E., Baker G. R., Cohen D. (2019). "Combining Integration of Care and a Population Health Approach: A Scoping Review of Redesign Strategies and Interventions, and their Impact". *International Journal of Integrated Care*, 19(2). www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6460499/pdf/ijic-19-2-4197.pdf
- Fraser M. W., Lombardi B. M., Wu S., de Saxe Zerden L., Richman E. L. & Fraher E. P. (2018). "Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review". *Journal of the Society for Social Work and Research*, 9(2), 175-215.
- Fried L. P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J. D., Anderson G. (2004). "Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care". *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.
- Gand S., Periac E., Bloch M.A., Henaut L. (2017). « Évaluation qualitative Paerpa ». Drees, Série études et recherche n° 135. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>

POUR EN SAVOIR PLUS (SUITE)

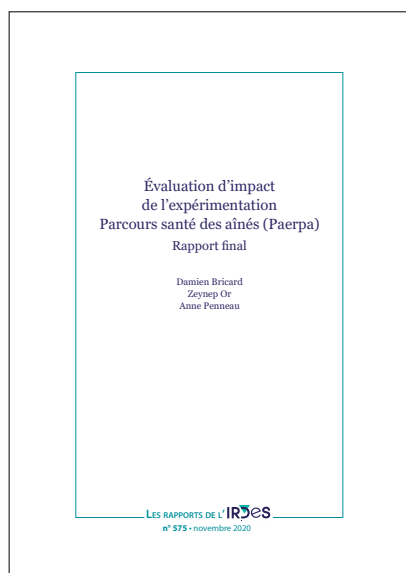
- Hébert R., Raïche M., Dubois et al. (2010). "Impact of PRISMA, a Coordination-type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-experimental Study". *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 107-118.
- Libault D. et Lianos F. (2020). Rapport au Parlement, Ministères sociaux. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_paerpa-undef.pdf
- Michel L., Or Z., (2020). « Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 248, avril.
- NHS England (2016). *New Care Models : Vanguard*. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/11/new_care_models.pdf
- Nolte E., McKee M. (2008). *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. McGraw-Hill Education (UK). www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf
- Nolte E., Pitchforth E. (2014). "What Is the Evidence on the Economic Impacts of Integrated Care?" *Policy Summary 11*. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. ISSN 2077-1584. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf
- Or Z. (dir) [2015]. *Atlas des territoires pilotes Parcours santé des aînés (Paerpa) : Situation 2012*. Irdes, collection Ouvrages, série Atlas n° 1, juin, 126 pages. www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf
- Or Z., Penneau A. (2018). "A Multilevel Analysis of the Determinants of Emergency Care Visits by the Elderly in France". *Health Policy*, Online: 18/05/2018. vol 122, n° 8, 2018/08, 908-914.
- Penneau A., Bricard D., Or Z. (2019). « Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins ». Irdes, *Document de travail* n° 81, juillet. www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/081-ameliorer-la-prise-en-charge-sanitaire-et-sociale-des-personnes-agees-impact-des-plans-personnalises-de-sante-sur-les-parcours-de-soins.pdf



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 • **Relecteurs** : Coralie Gandry, Sylvain Pichetti •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Addax (Montreuil, 93) • **Dépôt légal** : Novembre 2020 •
Diffusion : Suzanne Chriqui • **ISSN** : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

VIENT DE PARAÎTRE



Rapport n° 575 - 78 pages - novembre 2020

Télécharger le rapport :

www.irdes.fr/recherche/rapports/575-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf

Commander la version papier (25 euros) :

www.irdes.fr/commander.html



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

Rapport final

Damien Bricard, Zeynep Or, Anne Penneau

Synthèse

Méthodes • Principaux résultats • A retenir

1. Rappel du contexte général des expérimentations Paerpa
2. Principes et différentes étapes de l'évaluation quantitative
 - 2.1. Monitoring
 - 2.2. Analyses de modélisation à T0
 - 2.3. Évaluation d'impact
3. Méthodologie d'évaluation d'impact
 - 3.1. Évaluation d'impact global de Paerpa
 - 3.2. Méthode d'évaluation d'impact du dispositif Plans personnalisés de santé (PPS)
4. Résultats des évaluations d'impact
 - 4.1. Résultats globaux
 - 4.2. Résultats d'impacts du dispositif PPS
5. Limites et difficultés de l'évaluation
6. Conclusion
7. Publications Irdes autour de l'évaluation Paerpa
8. Bibliographie
9. Annexes

Contact

Service Publications et Communication

117bis, rue Manin 75019 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/06

Espace Internet : www.irdes.fr/recherche/rapports.html

Courriel : Suzanne Chriqui (chriqui@irdes.fr), Anne Evans (evans@irdes.fr)