



Document de travail
Working paper

Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité

Anne Penneau, Zeynep Or (Irdes)
en collaboration avec Roseline Vincent (Irdes)

DT n° 92

Janvier 2025

IRDES Working Papers collection is established as a means of ensuring quick dissemination of research results and prepublished versions of scientific articles. The papers aim to stimulate reflection and discussion with regard to analysis and methods applied in health economics and public policy assessment. The work presented in IRDES Working papers collection may not always represent the final results and sometimes should be treated as work in progress. The opinions expressed are uniquely those of the authors and should not be interpreted as representing the collective views of IRDES or its research funders. Readers are encouraged to email authors with comments, critics and suggestions.

* * *

La collection des documents de travail de l'Irdes est un support de diffusion de prépublications scientifiques. Cette collection a pour vocation de stimuler la réflexion et la discussion en matière d'analyse et de méthode économiques appliquées aux champs de la santé, de la protection sociale ainsi que dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques. Les points de vue exprimés dans les documents de travail ne reflètent que ceux de leurs auteurs. Les lecteurs des Documents de travail sont encouragés à contacter les auteurs pour leur faire part de leurs commentaires, critiques et suggestions.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
21-23 rue des Ardennes 75019 Paris • Tél.: 01 53 93 43 21 •
www.irdes.fr • E-mail: publications@irdes.fr

- **Directeur de publication/Director of publication** Denis Raynaud
- **Éditrice/Publisher** Anne Evans
- **Éditrice adjointe/Associate publisher** Anna Marek
- **Maquettiste/Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page/Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion/Diffusion** Rouguiyatou Ndoye
- **Imprimé par/Printed by:** Atelier de la Villette (75019 Paris) • **Dépôt légal :** Février 2025
- **ISBN:** 978-2-87812-633-4 • **ISSN papier:** 2101-5902 • **ISSN électronique:** 2102-6386

Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité

Anne Penneau^a, Zeynep Or^a,
en collaboration avec Roseline Vincent^a

RÉSUMÉ : La qualité des soins est une notion difficile à mesurer dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui offrent un large éventail de services, sur une période prolongée, à des personnes ayant des besoins de soins multiples, allant d'une assistance personnelle pour les activités de la vie quotidienne à des soins médicaux plus techniques, notamment en fin de vie. Disposer d'informations objectives et pertinentes sur la qualité est essentiel pour les résidents et leur famille afin de faire des choix éclairés, mais aussi pour inciter les établissements à améliorer les dimensions de qualité mesurées. Or, en France, il n'existe pas de recueil d'indicateurs standardisés permettant de mesurer la qualité des Ehpad, disponible à la fois pour les personnes âgées et leurs familles, les instances qui financent les établissements, ou pour la recherche.

Ce document de travail vise à contribuer au développement de données et d'indicateurs de qualité des soins dans les Ehpad en France, en dressant un état des lieux de la littérature internationale sur les indicateurs utilisés dans les établissements médico-sociaux, ainsi que des données disponibles en France. Nous présentons également un ensemble d'indicateurs de qualité inédits, calculés à partir des données disponibles en France.

Nos travaux de recherche montrent qu'il est possible d'apparier différentes bases de données et de mesurer certaines dimensions de la qualité des soins, mais qu'il est impossible de mesurer toutes les dimensions de la qualité en Ehpad. Malgré une multiplication des sources de données administratives et d'enquête sur les Ehpad, les données restent très éparpillées et ne sont pas toujours représentatives. Certaines dimensions de la qualité, liées notamment au bien-être et à la satisfaction des résidents, mais aussi à leur état clinique et fonctionnel, ne sont pas suivies de manière standardisée dans les établissements. Cependant, des outils validés existent au niveau international. Nos résultats, sur un ensemble limité d'indicateurs, montrent également des différences significatives en termes de qualité de structure, de processus et de résultats entre établissements. Ces résultats appellent à une meilleure mobilisation des outils standardisés pour recueillir des données et développer des indicateurs permettant de comparer la qualité des soins dans les Ehpad, afin de contribuer à son amélioration.

CODES JEL : I18, L15, J14.

MOTS CLÉS : Accès et recours aux soins, Comparaisons internationales, Enquête - Méthode, Organisation du système de santé et des soins, Vieillesse et dépendance - Personnes âgées.

^a Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Irdes.

Measuring the quality of Residential health care facilities (RACFs) : example of four quality indices

Anne Penneau^a, Zeynep Or^a,
in collaboration with Roseline Vincent^a

ABSTRACT: Quality of care is a difficult concept to measure in Residential health care facilities (RACFs) which accommodate older people who need help with basic activities of daily living and offer a wide range of services over an extended period, ranging from personal assistance to end of life care. Having objective and relevant information about the quality of these facilities is essential for residents and their families to make informed choices, but also to encourage them to improve the quality dimensions measured. In France, however, there is no standardised data and indicators for measuring the quality of RACFs, available to older people and their families, to the bodies funding RACFs nor for research.

The aim of this working paper is to contribute to the development of data and indicators on the quality of care in French RACFs, by reviewing the international literature on quality indicators used in nursing homes, as well as the data available in France. We also present a set of quality indicators calculated from available data in France.

Our research shows that it is possible to match different databases and measure certain dimensions of quality of care, but it is impossible to measure all the dimensions of quality in RACFs. Despite a proliferation of sources of administrative and survey data on nursing homes, the available data is very scattered and not always representative. Certain aspects of quality, particularly those relating to the well-being and satisfaction of residents, as well as their clinical and functional status, are not monitored in a standardised way in French facilities. However, internationally validated tools do exist.

Our results, based on a limited set of indicators, show also that there are significant differences between facilities in terms of structural quality, care processes and outcomes. These results call for greater use of standardised tools to collect data and develop indicators that can be used to compare and improve the quality of care in RACFs.

JEL CODES: I18, L15, J14.

KEYWORDS: Ageing and dependence - Elderly people, Healthcare access and use, Health care system organisation, International comparisons, Survey - Methods.

^a Institute for Research and Information in Health Economics (IRDES).

Sommaire

Résumé.....	1
Abstract.....	2
Remerciements	4
Introduction.....	5
1. Comment mesurer la qualité des soins de longue durée ?	6
1.1. Les travaux fondateurs de Donabedian pour mesurer des indicateurs standardisés	6
1.2. Des outils de mesure standardisés pour évaluer la qualité des établissements médico-sociaux	7
1.2.1. <i>Le Resident Assessment Instrument (RAI)</i>	7
1.2.2. <i>Social Care Related Quality of Life (SCRQoL)</i>	8
1.2.3. <i>Work-Related Quality of Life (WRQoL)</i>	9
1.3. En France : une absence d'indicateurs de qualité standardisés mais une multiplication des sources d'information	9
1.3.1. <i>Données d'enquête</i>	10
1.3.2. <i>Données administratives</i>	11
2. Que peut-on dire de la qualité des Ehpad en France ?	
Mesure et variation de quatre indices de qualité	12
2.1. Données mobilisées.....	12
2.2. Les variables de qualité	13
2.2.1. <i>Indicateurs de la qualité de structure</i>	13
2.2.2. <i>Indicateurs de processus</i>	16
2.2.3. <i>Indicateurs de résultats</i>	16
2.3. Méthode de mesure des indices de qualité.....	17
2.4. Résultats descriptifs	17
2.4.1. <i>Accompagnement par le personnel soignant et non soignant</i>	17
2.4.2. <i>Indicateurs de qualité de bâtiment</i>	20
2.4.3. <i>Indice de processus de coordination des soins avec l'hôpital et la ville</i>	22
2.4.4. <i>Indice de qualité de résultats – approché par la fréquence d'hospitalisation</i>	24
3. Discussion	26
4. Conclusion.....	27
5. Références	29
6. Annexes	31
6.1. Exemple d'utilisation des indicateurs de résultats du MDS-RAI au Canada (version RAI-MDS 2.0)	31
6.2. Méthode d'imputation de valeurs manquantes.....	32

Remerciements

Nous remercions Garmenick Leblanc (Caisse nationale de l'Assurance maladie-Cnam) pour sa collaboration, notamment pour les informations qu'elle nous a fournies sur les données Resid-ESMS du Système national des données de santé (SNDS). Ces travaux ont été réalisés dans le cadre de la thèse d'Anne Penneau intitulée : « Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins des seniors ». Nous tenons à remercier tous les membres du jury et du comité de suivi de thèse : Roméo Fontaine, Brigitte Dormont, Erin Strumpf, Thomas Rapp et Pierre-Gerlier Forest.

Introduction

La question de la qualité des soins en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est un enjeu majeur de politiques publiques. Ces établissements accueillent des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, souvent atteintes de maladies chroniques durant les derniers mois ou années de leur vie. Ils sont financés par trois principaux contributeurs : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui prend en charge les soins médicaux ; les départements, qui financent l'aide à l'autonomie *via* l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ; et les résidents eux-mêmes, qui s'acquittent des frais d'hébergement. Cette structure financière introduit des contraintes budgétaires et des incitations qui peuvent influencer la qualité des services délivrés.

La qualité est une notion difficile à mesurer dans le secteur médico-social, qui couvre un large éventail de services fournis, sur une période prolongée, à des personnes ayant des maladies chroniques et des limitations fonctionnelles. Leurs besoins de soins sont multiples et vont d'une assistance personnelle pour les activités de base de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, se nourrir, etc.) à des soins médicaux plus techniques (traitement des pansements complexes, soins palliatifs ou de fin de vie, etc.). La qualité des soins est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations à augmenter la probabilité d'obtenir les résultats souhaités » (WHO, 2017). Dans les établissements médico-sociaux comme les Ehpad, ces résultats se distinguent de ceux des établissements sanitaires tels que les hôpitaux, qui ont pour objectif premier de répondre à des besoins de soins curatifs, souvent très techniques, durant un court épisode de soins. Les soins prodigués en Ehpad visent quant à eux à maintenir ou à améliorer l'état de santé des personnes âgées fragiles, réduire le déclin cognitif et la perte d'autonomie, mais surtout à améliorer leur qualité de vie au quotidien (OECD, 2013 ; WHO, 2017). L'incapacité fonctionnelle de l'individu est la principale raison du recours aux Ehpad. Ces établissements, qui constituent également le foyer de la personne, son logement, doivent offrir des services sur mesure pour répondre aux besoins des résidents qui évoluent dans le temps. Dans ce contexte, pour assurer la qualité des soins, il apparaît essentiel d'évaluer et de mesurer la sécurité, l'efficacité et l'efficacé des pratiques, ainsi que l'attention portée aux personnes.

Toutefois, les familles, souvent peu informées sur les standards de qualité des soins et de l'accompagnement, peuvent éprouver des difficultés à évaluer objectivement la qualité des services offerts. De leur côté, les instances de financement peuvent aussi faire face à un manque d'information sur ce sujet, en l'absence de données comparables. En France, ce sont les Agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux qui sont chargés de suivre et d'évaluer la qualité des soins fournis dans ces établissements. Depuis 2005, avec la création des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les Ehpad et ces autorités de financement, une contractualisation formelle a été mise en place pour définir des objectifs de qualité ; celle-ci n'est toutefois pas mesurée de façon standardisée avec des indicateurs communs à tous les établissements. La Haute Autorité de santé (HAS) publie cependant depuis 2008 des référentiels nationaux pour guider les auto-évaluations menées par les établissements, ainsi que les évaluations réalisées par des organismes externes habilités. La dernière version du guide d'évaluation, publiée en mars 2022, identifie neuf dimensions clés de la qualité : la bientraitance et

l'éthique ; les droits de la personne accompagnée ; l'expression et la participation de la personne ; la co-construction et la personnalisation du projet d'accompagnement ; l'accompagnement à l'autonomie ; l'accompagnement à la santé ; la continuité et la fluidité des parcours ; la politique des ressources humaines ; la démarche qualité et la gestion des risques (HAS, 2022). Des premiers résultats nationaux ont été publiés (HAS, 2024). Le décret voté le 4 décembre 2024 prévoit la publication sur le site des résultats des évaluations réalisées dans les établissements en 2025, mais à ce jour, il n'existe pas d'indicateurs spécifiques permettant de comparer les établissements.

En France, nous ne disposons donc pas de recueil d'indicateurs standardisés permettant de mesurer la qualité des Ehpad, disponible pour les personnes âgées et leurs familles, ou pour la recherche. Cette situation rend plus difficile l'évaluation rigoureuse et systématique des Ehpad, limitant les possibilités d'analyses comparatives et de régulation informée. Pour assurer des soins de qualité, il est en effet essentiel d'établir des normes et de veiller à ce que les soignants bénéficient d'une formation adéquate. Le suivi et la publication d'indicateurs de qualité standardisés, tout comme la mise en place d'inspections régulières et de systèmes de certification, sont des pratiques courantes dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour assurer la qualité des soins dans les établissements médico-sociaux (OECD, 2013). L'objectif est en effet de réduire l'asymétrie d'information en rendant plus transparentes les performances des établissements, incitant ainsi les Ehpad à améliorer leurs prestations et à garantir la qualité des soins.

Ce document de travail vise à contribuer au développement de données et d'indicateurs de qualité des soins dans les Ehpad en France. Il est structuré en deux parties : dans la première, nous dressons un état des lieux de la littérature internationale sur les indicateurs de qualité les plus largement utilisés dans les établissements médico-sociaux, ainsi que des données disponibles en France ; dans la seconde partie, nous présentons un ensemble d'indicateurs de qualité inédits, calculés à partir de ces données disponibles. Nous détaillons les méthodes de calcul avant de présenter les variations de ces indicateurs.

1. Comment mesurer la qualité des soins de longue durée ?

1.1. Les travaux fondateurs de Donabedian pour mesurer des indicateurs standardisés

Dans la littérature internationale, les indicateurs de qualité dans le secteur médico-social puisent leurs racines dans les travaux sur la qualité des soins en établissements de santé, notamment ceux développés par Avedis Donabedian, qui ont profondément influencé la manière de mesurer et d'améliorer la qualité des soins (Donabedian, 1988). L'auteur propose notamment un modèle conceptuel en trois dimensions – structures, processus et résultats – pour évaluer la qualité des soins.

La structure concerne les caractéristiques des ressources matérielles et humaines d'un établissement comme les infrastructures, l'équipement, le personnel, ainsi que les systèmes organisationnels et financiers. Le processus fait référence aux actions et pratiques mises en place dans la prestation des soins, notamment les diagnostics, les traitements, leur suivi et la communication avec les patients. Les résultats mesurent l'impact des soins

sur la santé et le bien-être des patients, notamment la capacité à éviter les événements indésirables, les changements cliniques ou fonctionnels, la qualité de vie et la satisfaction des patients. Selon Donabedian, la qualité des soins dépend de ces trois dimensions, qui sont interconnectées. Il souligne également l'importance d'une évaluation continue pour identifier les faiblesses structurelles et organisationnelles susceptibles d'affecter les processus et les résultats.

Ce modèle a largement influencé la conception des indicateurs de qualité, tant dans le secteur sanitaire que médico-social. Les travaux menés sur la qualité des soins de longue durée ont conduit à la création d'outils standardisés utilisés par de nombreux pays pour évaluer la qualité des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées.

1.2. Des outils de mesure standardisés pour évaluer la qualité des établissements médico-sociaux

De nombreux pays ont développé des outils de mesure spécifiques pour réguler la qualité des soins dans les établissements pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Ils s'appuient en général sur un ensemble d'indicateurs communs utilisés pour aider les établissements à suivre et à améliorer leur qualité. Ces indicateurs permettent de prendre en compte de multiples dimensions de la qualité, telles que l'apparition d'escarres, la perte de poids, les chutes et les blessures graves, la gestion des médicaments, les soins d'incontinence, les hospitalisations, ou encore l'expérience et la qualité de vie des résidents. Le calcul de ces indicateurs, qui permet de réguler la qualité des établissements, s'appuie souvent sur une collecte de données avec des outils communs. Nous présentons ici quelques-uns des outils les plus employés dans la littérature internationale.

1.2.1. Le *Resident Assessment Instrument* (RAI)

Le *Resident Assessment Instrument* (RAI) est un outil d'évaluation systématique conçu pour recueillir des informations détaillées sur l'état de santé, les besoins et le bien-être des résidents dans les Établissements pour personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Développé initialement dans les années 1990 aux États-Unis (Hawes *et al.*, 1997), le RAI est adopté dans de nombreux pays au début des années 2000, et devient un outil central pour l'évaluation des besoins en soins et de la qualité de l'accompagnement dans ces structures. Le RAI se compose de plusieurs modules, dont le plus connu est le *Minimum Data Set* (MDS), un questionnaire détaillé couvrant une large gamme d'indicateurs, tels que l'état fonctionnel, cognitif et émotionnel, les diagnostics médicaux, les traitements, ainsi que les préférences personnelles des résidents (voir des exemples d'indicateurs dans l'encadré page suivante et en annexe 1). Ces données sont collectées régulièrement par le personnel de soins des établissements, souvent lors de l'admission, et ensuite à intervalles réguliers (par exemple, tous les trois mois).

Aux États-Unis, il s'agit d'une composante essentielle du suivi de la qualité de soins de longue durée, notamment pour les établissements bénéficiant du financement *Medicare* et *Medicaid*. L'utilisation du RAI permet de documenter la qualité des soins, mais aussi d'orienter les décisions de financement et de remboursement. Le Canada, la Nouvelle-Zélande, Hong-Kong ou Singapour, utilisent également une version du RAI dans leurs

établissements de soins de longue durée¹. Ce système permet de collecter des données essentielles pour améliorer les soins et adapter les politiques publiques en fonction des besoins des résidents. En Europe, des pays comme la Suisse, l'Irlande, la Finlande et les Pays-Bas (Achterberg *et al.*, 2001) ont également adopté le RAI, souvent en le réajustant à la marge afin de l'adapter aux contextes locaux de leur système de santé. En France, une expérimentation a été réalisée en 2001, sans pour autant être généralisée (Cerase-Feurra, 2001), alors même que cette évaluation avait identifié l'intérêt de ce type de dispositif malgré quelques limites observées, concernant notamment la mesure de la qualité de vie et de la satisfaction des résidents et de leur famille. Quoi qu'il en soit, le RAI constitue le premier outil standardisé pour évaluer la qualité des soins, et le plus utilisé internationalement. D'autres outils se sont par la suite développés, notamment pour améliorer la mesure de la qualité de vie et de la satisfaction des résidents.

Encadré. Exemples d'indicateurs du MDS-RAI 2 aux Etats-Unis

Quelques exemples d'indicateurs mesurés dans le *Resident Assessment Instrument* (RAI).

Mesures de sécurité des patients

- Pourcentage de résidents à faible risque présentant des escarres.
- Pourcentage de résidents ayant une infection urinaire.
- Nombre de défaillances constatées lors des inspections de sécurité incendie.

Mesures d'efficacité

- Pourcentage de résidents ayant perdu un poids excessif.
- Pourcentage de résidents dont le besoin d'aide pour les activités quotidiennes a augmenté.
- Pourcentage de patients récemment hospitalisés présentant des symptômes de délire.

Mesures de l'expérience de la personne

- Pourcentage de résidents ayant passé la majeure partie de leur temps au lit ou sur une chaise dans leur chambre au cours des sept derniers jours.
- Pourcentage de résidents ayant une aggravation de l'humeur dépressive ou anxieuse.
- Pourcentage de résidents déclarant que le personnel a été agréable lors de l'accompagnement pour prendre une douche ou s'habiller.

Mesures de réactivité (*timeliness*)

- Pourcentage de résidents ayant été évalués et ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque.
- Note moyenne des résidents sur la rapidité avec laquelle le personnel répond lorsqu'ils demandent de l'aide.

1.2.2. Social Care Related Quality of Life (SCRQoL)

L'ASCOT (*Adult Social Care Outcomes Toolkit*) est un outil développé au début des années 2010 pour mesurer la qualité de vie liée aux soins médico-sociaux (*Social Care Related Quality of Life*, SCRQoL). Il est notamment utilisé au Royaume-Uni et, de plus en plus, dans d'autres pays, pour évaluer l'impact des services médico-sociaux sur les bénéficiaires (Malley *et al.*, 2012). L'ASCOT a été créé par le *Personal Social Services Research Unit* (PSSRU) de l'Université de Kent, en collaboration avec d'autres partenaires académiques, dans l'objectif de fournir une évaluation robuste et standardisée de la qualité de vie des personnes recevant des soins médico-sociaux, notamment les personnes âgées et celles en situation de perte d'autonomie. Cet outil cible la manière dont les services de soins influencent la qualité de vie à travers des dimensions telles que l'autonomie, la sécurité,

¹ <https://interrai.org/>

le bien-être personnel et la participation sociale. L'ASCOT est composé de deux parties : l'ASCOT-SCT4 (*Adult Social Care Outcomes Toolkit - Self-Completion Tool*) qui permet aux bénéficiaires de soins médico-sociaux de remplir eux-mêmes des questionnaires sur leur qualité de vie liée aux soins ; l'ASCOT-INT4, une version administrée par des enquêteurs pour les personnes qui rencontrent des difficultés à compléter le questionnaire seul. L'outil se base sur huit dimensions principales de la qualité de vie liée aux soins :

- Contrôle sur la vie quotidienne
- Soins personnels et hygiène
- Alimentation et nutrition
- Sécurité personnelle
- Participation sociale
- Occupation et activités
- Confort de vie
- Bien-être personnel

Au Royaume-Uni, l'ASCOT est largement utilisé dans les évaluations des services médico-sociaux financés par l'État. Il permet de mesurer l'efficacité des services et d'orienter les décisions politiques. Le cadre *Adult Social Care Outcomes Framework* (ASCOF), employé par les autorités locales au Royaume-Uni, s'appuie sur des indicateurs dérivés de l'ASCOT, tels que l'évolution des taux de personnes ayant déclaré se sentir en sécurité dans l'établissement, ainsi qu'une amélioration de leur sociabilité. Les enquêtes ASCOT sur les huit dimensions de la qualité permettent également de mesurer un indicateur synthétique de qualité de vie liée aux soins. L'ASCOT est de plus en plus reconnu à l'échelle internationale : en Europe, il est en cours d'adaptation dans plusieurs pays, comme en Autriche et en Finlande². En Australie et en Nouvelle-Zélande³, certaines régions l'ont testé afin d'évaluer les politiques de soins dédiées aux personnes âgées et de développer des stratégies basées sur l'amélioration des résultats relevant de la qualité de vie. A notre connaissance, il n'a pas été testé ou développé dans les établissements français.

1.2.3. *Work-Related Quality of Life (WRQoL)*

Plusieurs études ont identifié la qualité de vie au travail des professionnels exerçant dans les établissements comme un élément majeur de la qualité des soins. Une récente revue de littérature (Silarova *et al.*, 2022) a repéré 68 études sur le sujet entre novembre 2019 et juillet 2020. Cinq composantes clés de la qualité de vie au travail ont été distinguées : les caractéristiques de l'organisation et du travail, le bien-être et la santé mentale du personnel soignant, le bien-être et la santé physique, les répercussions du travail sur la vie privée et l'identité professionnelle. On constate toutefois une absence de consensus sur la définition et les indicateurs permettant de mesurer la qualité de vie au travail (WRQoL).

1.3. **En France : une absence d'indicateurs de qualité standardisés mais une multiplication des sources d'information**

À ce jour, il n'existe pas en France de consensus autour d'un ensemble d'indicateurs standardisés pour mesurer la qualité des établissements médico-sociaux. Ainsi, il n'y a

² <https://www.pssru.ac.uk/blog/adult-social-care-outcomes-toolkit-ascot/#:~:text=It%20can%20be%20used%20for,in%20the%20UK%20and%20internationally>.

³ https://www.pssru.ac.uk/blog/tag/adult-social-care-outcomes-toolkit/?utm_source=chatgpt.com

pas de suivi régulier d'indicateurs communs permettant d'évaluer la qualité des établissements. Toutefois, ces dernières années ont vu une multiplication des sources d'information sur les résidents et les établissements, à travers des enquêtes, des bases de données administratives et des rapports d'activité. Bien que ces sources n'offrent pas encore la possibilité de réaliser une évaluation complète et harmonisée de la qualité des soins en Ehpad, elles permettent cependant d'approcher certaines dimensions clés.

1.3.1. Données d'enquête

Les premières enquêtes menées dans les Ehpad, ou anciennes maisons de retraite, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) avaient pour objectif d'étudier le profil des résidents de ces établissements, à la fois leur niveau d'autonomie pour réaliser les actes de la vie quotidienne, leurs pathologies, leur statut socio-économique, ainsi que le rôle des proches aidants. Dès 1998, le volet institutionnel de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) interrogeait un échantillon d'établissements volontaires et leurs résidents. Ont suivi, en 2009, l'enquête Handicap-Santé en institution (HSI), en 2016, le volet institutionnel de l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (Care), et plus récemment, en 2023, l'enquête Autonomie en institution. Bien que le contenu de ces enquêtes ait évolué au fil du temps, celles-ci se concentrent principalement sur le profil des résidents, tout en apportant peu d'informations sur leur satisfaction, leur bien-être ou encore sur les caractéristiques structurelles des établissements (personnel, infrastructures, etc.). En même temps, la fréquence de ces enquêtes et leur construction ne permet pas d'évaluer la qualité des établissements. Puisqu'elles mesurent l'état de santé et la perte d'autonomie des résidents à un seul moment, elles ne permettent pas d'observer leurs évolutions, et donc de mesurer des indicateurs de résultats sur ces dimensions (encadré). De plus elles ne renseignent pas sur la satisfaction des résidents et de leur famille.

L'Enquête auprès des établissements pour personnes âgées (EHPA) de la Drees, dont la première édition a eu lieu en 2011, puis en 2015, 2019 et 2022, renseigne principalement sur des indicateurs de structure et de bâtiment (ancienneté, caractéristiques des chambres, des extérieurs, etc.), ainsi que sur des informations concernant le personnel exerçant dans les établissements). Quelques éléments recueillis peuvent également permettre d'identifier des indicateurs de processus, par exemple le fait que l'établissement collabore avec des équipes mobiles (de soins gériatriques ou palliatifs). Cette enquête comprend cependant très peu d'informations sur le profil des résidents (état de santé, niveau social, profils des aidants, etc.). La dernière enquête Autonomie en institution devrait être croisée avec l'enquête EHPA, ce qui permettra de disposer non seulement du profil des résidents mais aussi de celui des établissements.

La Haute Autorité de santé (HAS)⁴ réalise également des enquêtes pour évaluer la qualité des soins sur un échantillon représentatif telles que **l'enquête Bienveillance**⁵, réalisée en 2010 et 2015, qui apporte des informations sur les processus de soins au sein des établissements (formation du personnel, recours à des équipes mobiles hospitalières, processus internes de sécurisation des soins, de signalement, etc.). La HAS n'a pas encore proposé d'outil standardisé ou d'enquête pour recueillir l'expérience et

⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2874833/fr/Établissements-et-services

⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete_bienveillancepa_2015_web_mars2017_vdef.pdf, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838569/en/questionnaire-bienveillance-2010

la satisfaction des résidents en Ehpad mais elle a lancé en 2023 une enquête sur les « Démarches de recueil de la satisfaction des personnes hébergées ou accueillies en Ehpad »⁶ dans l'objectif de recenser les modalités de recueil et d'utilisation des enquêtes de satisfaction. De plus, le nouveau guide d'évaluation externe propose une évaluation auprès de la direction, des professionnels de l'établissement, et des résidents (HAS, 2022).

1.3.2. Données administratives

Le recueil de données administratives collectées par les Agences régionales de santé (ARS), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) s'est considérablement développé ces dernières années, ouvrant ainsi de nouvelles sources d'information pour évaluer les établissements médico-sociaux.

Le tableau de bord de la performance, piloté par l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), répertorie depuis la fin des années 2010 des informations sur les caractéristiques administratives de l'établissement, sa situation financière, ainsi que des indicateurs de structure (ressources matérielles et humaines).

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dispose de données administratives sur les financements, les prix en Ehpad, mais également sur les pathologies des résidents. Ces informations proviennent notamment de la Coupe Pathos, un outil d'évaluation qui mesure l'état de santé des résidents en Ehpad en identifiant les pathologies et les besoins en soins. Cependant, cette évaluation n'est réalisée que tous les cinq ans par les instances de financement, limitant ainsi la fréquence de mise à jour des données de santé, ce qui peut restreindre la capacité à suivre en temps réel l'évolution des besoins des résidents. De plus, ces informations peuvent être biaisées par des stratégies mises en place par les établissements pour augmenter leurs financements.

Les données Résid-Établissements et services médico-sociaux (ESMS), recueillies par la Cnam, informent des dates de séjours en ESMS, notamment en Ehpad. Cette base identifie plus de 80 % des établissements en France et est appariée aux données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS) à partir du numéro de Sécurité sociale de la personne. Les informations recueillies relèvent de la consommation de soins sanitaires (consultations, prescriptions, hospitalisations, etc.), mais également des décès après l'entrée du résident en Ehpad. Cette source de données très riche va contribuer à développer de nombreuses études et recherches dans les années à venir.

La Base inter-administrative annuelle des établissements et services médico-sociaux (Badiane), créée en 2024 par la Drees, a pour objectif de mettre en cohérence les données de plusieurs organismes, notamment les enquêtes de la Drees et les données administratives du tableau de bord de la performance et de la CNSA, pour garantir leur qualité et leur représentativité.

⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3483665/fr/enquete-demarches-de-recueil-de-la-satisfaction-des-personnes-hebergees-ou-accueillies-en-ehpad-resultats

En France, les enquêtes nationales permettent de mesurer certaines dimensions de la qualité des établissements médico-sociaux, notamment concernant la structure et le bâtiment, ainsi que quelques aspects de processus, comme les pratiques organisationnelles ou les ressources humaines. Cependant, elles fournissent peu d'informations pour mesurer des indicateurs de résultats. Dans tous les cas, même si ces enquêtes capturent à un instant donné l'état de santé et le niveau de perte d'autonomie des résidents, elles ne permettent pas de suivre leur évolution après l'entrée en établissement. De plus, les données cliniques pour évaluer la qualité des soins restent limitées, par exemple concernant la formation d'escarres ou d'autres complications de santé. Il manque également des mesures de l'expérience et de la satisfaction des résidents, qui constituent pourtant un aspect clé de la qualité des soins et du bien-être.

Néanmoins, de nombreuses données existent, qui sont largement sous-exploitées car difficilement accessibles. En effet, leur multiplicité, ainsi que les longues démarches administratives, les rendent difficiles d'accès et compliquent encore davantage leur appariement. À cela s'ajoutent des questions de représentativité, voire de qualité des données, qui peuvent complexifier leurs exploitations et leurs appariements.

2. Que peut-on dire de la qualité des Ehpad en France ? Mesure et variation de quatre indices de qualité

Les données disponibles dans les enquêtes nationales, notamment l'enquête EHPA, ainsi que dans les données administratives de Resid-ESMS, permettent de calculer des indicateurs de qualité sur plusieurs dimensions. Dans cette partie, nous présentons les données mobilisées et les méthodes employées pour calculer un ensemble d'indicateurs et d'indices permettant de caractériser quatre dimensions de qualité à partir de ces indicateurs.

Ces indicateurs et indices ont été calculés dans le cadre de travaux de recherche et mobilisés notamment pour analyser les liens entre la qualité et les prix des établissements (Penneau et Or, 2024 ; Penneau, 2022).

2.1. Données mobilisées

Les indicateurs de qualité sont calculés à partir de plusieurs sources complémentaires. La base de données administratives de Resid-Ehpad, qui renseigne les dates de séjours des personnes âgées en Ehpad, est appariée aux données de consommation de soins du SNDS de 2014 à 2019. Cette base est appariée, par le numéro d'identification national de l'établissement (Finess), aux données de l'enquête EHPA de 2015 qui renseigne des caractéristiques des établissements et de leur personnel. Les indices de qualité de structures (encadrement et bâtiment) sont calculés à partir des données de l'enquête EHPA de 2015, celles-ci contenant également des informations sur l'état de santé des résidents (niveau de perte d'autonomie et pathologies). Les données administratives de consommation de soins permettent de mesurer les indicateurs de résultats et certains indicateurs de processus (recours à la télémédecine, hospitalisation à domicile, vaccination, etc.). L'analyse porte sur les Ehpad présents sur l'ensemble de la période 2014-2019. L'échantillon final

comprend 4 352 Ehpad, dont 3 417 établissements publics ou privés non lucratifs (60 % des établissements non lucratifs) et 935 établissements lucratifs (53 % des établissements lucratifs). En utilisant les pondérations estimées par la Drees pour corriger la sous-réponse des Ehpad à but lucratif dans l'enquête EHPA, l'échantillon est représentatif en termes de type d'établissement, de nombre de places et de répartition régionale des lits (tableau 1). Les données EHPA contenant des valeurs manquantes, nous avons utilisé uniquement les données présentant plus de 75 % d'observations utilisables et avons imputé les valeurs manquantes par la méthode hotdeck (Annexe 2).

Tableau 1 Représentativité des données

	Ehpad présents dans les données Finess entre 2014 et 2019		Après appariement avec Resid-Ehpad		Après appariement avec Resid-Ehpad et l'enquête EHPA		Après appariement avec Resid-Ehpad et l'enquête EHPA : avec pondération Drees	
	Non lucratifs	Lucratifs	Non lucratifs	Lucratifs	Non lucratifs	Lucratifs	Non lucratifs	Lucratifs
Nombre d'établissements	5 631 (75 %)	1 769 (25 %)	4 618 (75 %)	1 542 (25 %)	3 417 (79 %)	935 (21 %)	4 658 (75 %)	1 565 (25 %)
Nombre de résidents	467 948 (78 %)	132 430 (22 %)	385 788 (77 %)	117 380 (23 %)	295 754 (80 %)	70 336 (20 %)	386 476 (77 %)	118 491 (23 %)
Nombre de résidents par établissement	83,1	74,9	84,1	75,6	86,5	75,2	83,0	75,7
Répartition régionale des places								
Grand-Est	4,0 %	9,6 %	4,1 %	10,5 %	4,1 %	12,4 %	4,1 %	10,6 %
Nouvelle-Aquitaine	13,2 %	11,1 %	10,5 %	10,0 %	11,0 %	9,8 %	11,0 %	10,3 %
Auvergne-Rhône-Alpes	8,5 %	13,9 %	8,7 %	14,0 %	8,8 %	14,2 %	8,7 %	14,2 %
Bourgogne-Franche-Comté	3,9 %	6,0 %	4,1 %	6,4 %	3,7 %	6,6 %	4,2 %	6,2 %
Bretagne	1,4 %	8,3 %	1,3 %	9,3 %	1,5 %	8,4 %	1,5 %	9,4 %
Centre-Val de Loire	4,3 %	4,9 %	4,6 %	4,6 %	4,6 %	5,2 %	4,6 %	4,6 %
Ile-de-France	20,8 %	7,3 %	22,1 %	8,1 %	20,5 %	7,1 %	21,4 %	7,9 %
Occitanie	9,0 %	10,3 %	9,7 %	9,9 %	9,8 %	8,3 %	9,8 %	9,8 %
Hauts-de-France	6,8 %	8,0 %	6,7 %	8,5 %	7,0 %	9,0 %	6,6 %	8,5 %
Normandie	5,5 %	5,6 %	5,6 %	5,4 %	4,8 %	5,3 %	5,9 %	5,3 %
Pays de la Loire	3,1 %	9,3 %	2,9 %	8,3 %	2,4 %	7,9 %	2,8 %	8,3 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	18,3 %	4,6 %	19,7 %	5,0 %	21,9 %	5,9 %	19,5 %	4,9 %

Sources : Données Finess 2015 ; Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

2.2. Les variables de qualité

En suivant le cadre d'analyse de Donabedian, et en s'appuyant sur les données d'EHPA et de Resid-ESMS, nous avons calculé une série d'indicateurs pour approcher les différentes dimensions de la qualité en Ehpad. La liste de l'ensemble des indicateurs est présentée dans le tableau 2 (page suivante).

2.2.1. Indicateurs de la qualité de structure

Accompagnement par le personnel soignant

Pour mesurer le personnel présent quotidiennement auprès des résidents, nous utilisons cinq indicateurs relatifs aux ressources humaines disponibles dans l'établissement pour

Tableau 2 Indicateurs de qualité mesurés

	Unité de mesure	Source
Indicateurs de structure (professionnels et bâtiment)		
Nombre de personnels soignants (aides-soignantes, auxiliaires de vie, etc.)... • pendant la journée • la nuit • pendant les week-ends	Nombre d'Équivalent temps plein (ETP) pour 100 résidents	EHPA 2015
Turnover annuel du personnel soignant : part de renouvellement annuel moyen du personnel soignant les cinq dernières années	Pourcentage	EHPA 2015
Pourcentage d'établissements déclarant des difficultés de recrutement		
Nombre de personnels non soignants : hôtelier (cuisine, lingerie, etc.), administratif et d'animation	Nombre d'ETP pour 100 résidents	EHPA 2015
Ancienneté de la construction ou de la dernière rénovation	Années	
Surface habitable	M ² par résident	
Part d'établissements ayant un jardin		
Proportion de chambres... • seules • accessibles aux fauteuils roulants • pouvant accueillir un lit médicalisé • climatisées	Pourcentage	EHPA 2015
Indicateurs de processus (coordination avec la ville et l'hôpital)		
Nombre d'admissions en hospitalisation à domicile (HAD) en Ehpad (moyenne entre 2014 et 2019)	Pour 100 résidents / an	Resid-ESMS SNDS 2014-2019
Support d'une équipe mobile de soins palliatifs, psychiatriques, et/ou gériatriques	Pourcentage	EHPA 2015
Utiliser la télémédecine (au moins une fois entre 2017 et 2019)		
Proportion moyenne de résidents vaccinés contre la grippe	Pourcentage	Resid-ESMS SNDS 2014-2019
Indicateurs de résultats (approchés par les hospitalisations)		
Nombre d'admissions à l'hôpital en Médecine et Chirurgie (MC) [moyenne entre 2014 et 2019]	Pour 100 résidents / an	
Nombre de réadmissions à l'hôpital en MC à 30 jours (moyenne entre 2014 et 2019)	Pour 100 hospitalisations de résidents / an	Resid-ESMS SNDS 2014-2019
Nombre d'admissions hospitalières sensibles aux soins primaires (moyenne entre 2014 et 2019)	Pour 100 résidents / an	
Nombre d'hospitalisations non programmées (moyenne entre 2014 et 2019)	Pour 100 résidents / an	

Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

réaliser les soins des résidents. Trois concernent le taux d'encadrement en personnel soignant (nombre de professionnels Équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents). Les soignants désignent le personnel qui prend en charge les personnes âgées au quotidien (aides-soignantes, agents de service hospitaliers, infirmières, aides médico-psychologiques) et représentent 77 % des ETP en moyenne. Le niveau d'accompagnement en journée, la nuit et les week-ends a été mesuré séparément. Le taux d'encadrement est l'un des indicateurs de qualité des soins le plus fréquemment employé dans la littérature (Iran *et al.*, 2019). Les études françaises et internationales montrent que la présence en nombre suffisant de personnels soignants la nuit et le week-end permet de réduire les accidents ou autres difficultés et participe à une meilleure qualité des soins (Bostick *et al.*, 2006 ; Fourcade, 2011). Les deux autres indicateurs mesurent les difficultés d'embauche et l'attractivité d'emploi des établissements : la déclaration de difficultés de recrutement et le *turnover* dans l'établissement (part de renouvellement annuel moyen du personnel

soignant les cinq dernières années). Les difficultés de recrutement peuvent contraindre les établissements à travailler avec des ressources insuffisantes ou à embaucher du personnel sous-qualifié. De même, le *turnover* est identifié dans la littérature comme étant lié à une moins bonne qualité des soins (Gandhi *et al.*, 2021; Martin, Ramos-Gorand, 2017). En effet, un *turnover* important du personnel aura pour conséquence une moindre implication du personnel soignant dans l'établissement, une moindre connaissance des processus internes, et peut également être la conséquence d'un mauvais management qui se répercute sur la qualité des soins fournis aux résidents.

L'accompagnement par le personnel non soignant

Le personnel non soignant comprend le personnel hôtelier, administratif, et d'animation. Le personnel hôtelier regroupe les employés de cuisine, de lingerie, les jardiniers, et autres agents indispensables à la gestion quotidienne des locaux et à la vie dans l'établissement. Un manque de personnel en cuisine ou en lingerie peut avoir un impact direct sur la qualité de vie des résidents. De même, le personnel administratif, chargé de la gestion des paiements et du management du personnel, joue un rôle clé dans le bien-être global. Enfin, le personnel d'animation contribue à égayer le quotidien des résidents, influant positivement sur leur qualité de vie. Tous ces professionnels sont financés par le tarif d'hébergement. Nous calculons un nombre d'Équivalent temps plein pour 100 résidents.

La qualité du bâtiment

Le bâtiment, et la manière dont il est adapté pour accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions, peut également avoir un impact important sur la qualité de vie des résidents. La qualité des bâtiments est mesurée par les indicateurs suivants : la date des derniers travaux de rénovation ou de construction du bâtiment, le nombre de mètres carrés par résident, la présence d'un jardin, ainsi que la proportion de chambres individuelles, de chambres équipées de douches accessibles aux fauteuils roulants, de chambres pouvant accueillir un lit médicalisé et de chambres disposant de l'air conditionné.

Limites des indicateurs de structure

Ces indicateurs permettent notamment de mesurer l'environnement physique et le niveau d'accompagnement des professionnels dans les établissements. Il est considéré que le nombre de professionnels par résident, le *turnover* du personnel ainsi que les difficultés de recrutement, couplées avec le manque de personnel, impactent la qualité de l'accompagnement et des soins. On peut cependant supposer que d'autres facteurs (management, ambiance, reconnaissance/valorisation des professionnels, salaires, etc.) peuvent influencer sur la qualité et l'efficacité d'accompagnement et des soins fournis dans ces établissements, mais nous n'avons pas pu les prendre en compte car ils ne sont pas disponibles dans les données mobilisées, ou avec une qualité d'information dégradée. Les indicateurs de qualité des bâtiments se concentrent principalement sur l'ancienneté, la surface disponible et l'adaptation des chambres aux besoins des personnes accueillies. Cependant, d'autres aspects de l'aménagement pourraient également avoir un impact significatif sur la qualité de vie. Par exemple, l'ergonomie des chaises et des tables, la fluidité de la circulation dans le bâtiment ou encore l'emplacement des réfectoires, sont des éléments importants sur lesquels nous n'avons pas d'information. Par ailleurs, certaines dimensions structurelles essentielles, comme la qualité des repas proposés aux résidents, sont encore absentes dans les données.

2.2.2. Indicateurs de processus

La qualité de processus de soins est approchée par quatre indicateurs qui caractérisent le niveau de collaboration entre l'Ehpad et les professionnels de santé en ville et à l'hôpital, ainsi que le niveau de prévention réalisé dans l'établissement. Les trois premiers indicateurs permettent de mesurer le recours de l'établissement à des ressources médicales externes pour assurer une meilleure coordination des soins pour les résidents : (1) le nombre moyen d'admissions en Hospitalisation à domicile (HAD) en Ehpad (pour 100 résidents par an entre 2014 et 2019), (2) la déclaration du concours d'une équipe mobile au sein de l'établissement (en gériatrie, en psychiatrie ou en soins palliatifs), (3) le recours à la télémédecine en Ehpad entre 2017 et 2019. Ces interventions permettent d'améliorer le processus de soins des résidents en permettant de renforcer la collaboration entre les personnels soignants de l'établissement, celle des équipes médicales de l'hôpital et de la ville (médecin traitant) responsables des soins sanitaires des résidents. Nous mesurons le niveau de prévention dans l'établissement par la part moyenne de résidents vaccinés contre la grippe chaque année (entre 2014 et 2019).

Limites des indicateurs de processus

La coordination avec les professionnels de ville et avec l'hôpital constitue un élément central de la qualité des soins pour les résidents. Néanmoins, plusieurs dimensions de la qualité des processus de soins, notamment en interne concernant les relations entre les professionnels de soins ou la mobilisation des protocoles, restent non mesurées. Par ailleurs, certains indicateurs couramment utilisés à l'étranger, comme l'évaluation des risques et la vaccination contre la pneumonie, n'ont pas pu être calculés en raison des limites des données disponibles.

2.2.3. Indicateurs de résultats

En France, on interroge rarement, voire jamais, les individus ou leurs proches sur leur satisfaction et leur bien-être lors de leur prise en charge en établissement médico-social. Les outils de mesure standardisés, type RAI, ne sont pas employés dans les établissements, aussi n'existe-t-il aucune donnée pour caractériser cette dimension essentielle de résultats. Nous ne disposons pas non plus d'enquête mesurant l'état de santé clinique des résidents (escarres, détérioration du niveau de perte d'autonomie...). Cependant, des données relatives aux consommations de soins et aux hospitalisations des résidents d'Ehpad existent. Les hospitalisations répétées et le recours aux urgences des personnes âgées qui résident en Établissements de soins de longue durée (ESLD) sont identifiés comme des facteurs susceptibles d'aggraver la santé mentale et physique de ces personnes fragiles et doivent, autant que possible, être évitées (Aminzadeh et Dalziel, 2002 ; Gombault Datzenko, 2020). Trois indicateurs sont calculés pour caractériser la fréquence des hospitalisations : le nombre moyen d'admissions en Médecine et chirurgie (MC) pour 100 résidents par an entre 2014 et 2019, le taux moyen de réhospitalisation à 30 jours (pour 100 hospitalisations de résidents par an entre 2014 et 2019), et le nombre moyen d'hospitalisations potentiellement évitables en MC par an entre 2014 et 2019 (pour 100 résidents). Le taux de réhospitalisation à 30 jours correspond au nombre de réhospitalisations (toutes causes) en MC à moins de 30 jours après une première admission en MC du résident. Le taux de réhospitalisation est souvent mobilisé lors d'évaluations des actions publiques (Nolte et Pitchforth, 2014) portant sur l'articulation entre les soins hospitaliers et les soins de ville (Shepperd *et al.*, 2013). La littérature suggère que

l'amélioration des sorties d'hospitalisation, une meilleure communication entre la ville, l'hôpital et l'établissement, ainsi que le suivi post-hospitalier peuvent réduire les réhospitalisations des personnes âgées qui souffrent de problèmes multiples et chroniques. Les hospitalisations sensibles aux soins primaires correspondent aux profils d'hospitalisation qui auraient potentiellement pu être évitées par des soins plus adaptés en ambulatoire, ou en Ehpad. Elles définissent trois types de pathologies : celles pour lesquelles la vaccination permettrait d'éviter la maladie ; les pathologies aiguës pour lesquelles la médecine ambulatoire dispose des moyens thérapeutiques pour éviter une aggravation ; les pathologies chroniques dont les manifestations aiguës pourraient être évitées par de meilleurs soins ambulatoires (Weeks *et al.*, 2016). Le quatrième indicateur utilisé permet d'identifier le nombre moyen d'admissions en MC entrées par les urgences pour 100 résidents par an entre 2014 et 2019.

Limites des indicateurs de résultats

Les indicateurs présentés ici ne permettent pas de mesurer les résultats en termes d'état de santé physique et mentale des résidents, comme cela se fait dans d'autres pays à travers les indicateurs issus des outils de type RAI (voir partie 1.2.1) qui évaluent par exemple l'évolution de la perte d'autonomie, des escarres, ou de la douleur. Nous ne pouvons pas mesurer non plus des dimensions ressenties essentielles, telles que le niveau de satisfaction, le sentiment de sécurité, le respect des libertés individuelles et le bien-être global des résidents.

2.3. Méthode de mesure des indices de qualité

Nous avons calculé un nombre important d'indicateurs pour appréhender plusieurs dimensions de la qualité. Pour faciliter la synthèse de l'information sur différentes dimensions de qualité, nous avons également calculé des indices qui permettent d'intégrer les indicateurs concernant quatre dimensions de la qualité : l'accompagnement en personnel soignant, la qualité du bâtiment, les processus de coordination avec la ville et l'hôpital, et les résultats de soins.

Pour chacune de ces dimensions, un indice de qualité est calculé en réalisant une Analyse des correspondances multiples (ACM) sur un pool d'indicateurs. Les variables continues sont introduites dans l'ACM par quartile. Les indices de qualité correspondent au premier axe factoriel des ACM et varient d'environ -1 à +1 avec une moyenne à 0. Les indices ont ensuite été normalisés afin qu'ils varient de 0, pour les établissements ayant la moins bonne qualité, à 1 pour les établissements ayant la meilleure qualité par la méthode « min-max normalisation » qui suit la formule suivante :

$$x - \min(x) / (\max(x) - \min(x))$$

Où x correspond au premier axe factoriel de l'ACM.

2.4. Résultats descriptifs

2.4.1. Accompagnement par le personnel soignant et non soignant

Le nombre moyen de personnels soignants est de 50 ETP pour 100 résidents dans les établissements non lucratifs (publics ou privés) contre 47 ETP dans les établissements

Tableau 3 Accompagnement par le personnel soignant et non soignant

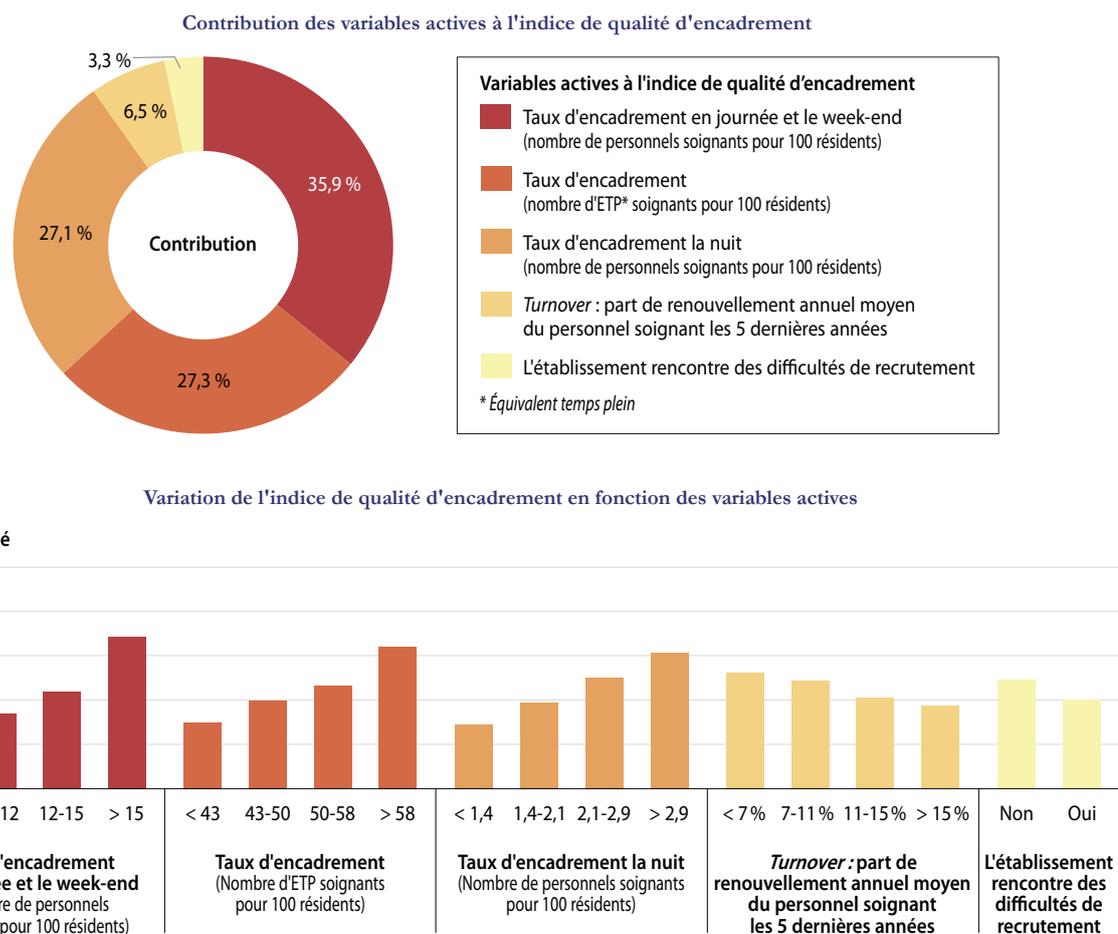
	Établissements lucratifs (N=935)			Établissements non lucratifs (N=3 417)		
	Moyenne	Écart-type	CV*	Moyenne	Écart-type	CV*
Variables utilisées pour mesurer l'indice de qualité d'accompagnement en personnel soignant						
Nombre d'Équivalent temps plein (ETP) en personnel soignant (pour 100 résidents)...						
• pendant la journée	46,7	12,5	27 %	50,4	12,2	24 %
• la nuit	2,8	1,6	57 %	2,3	1,6	70 %
• pendant les week-ends	13,7	5,2	38 %	12,8	5,7	45 %
Turnover annuel du personnel soignant	13,6 %	5,5 %	40 %	10,7 %	5,7 %	53 %
Pourcentage d'établissements déclarant des difficultés de recrutement	48,4 %	50,0 %	103 %	43,9 %	49,6 %	113 %
Indice d'accompagnement en personnel soignant	0,36	0,20	56 %	0,42	0,23	55 %
Nombre d'ETP en personnel non soignant (pour 100 résidents)	7,2	5,2	72 %	9,1	6,8	75 %

* Coefficients de variation.

Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

Figure 1 Indice d'accompagnement en personnel soignant



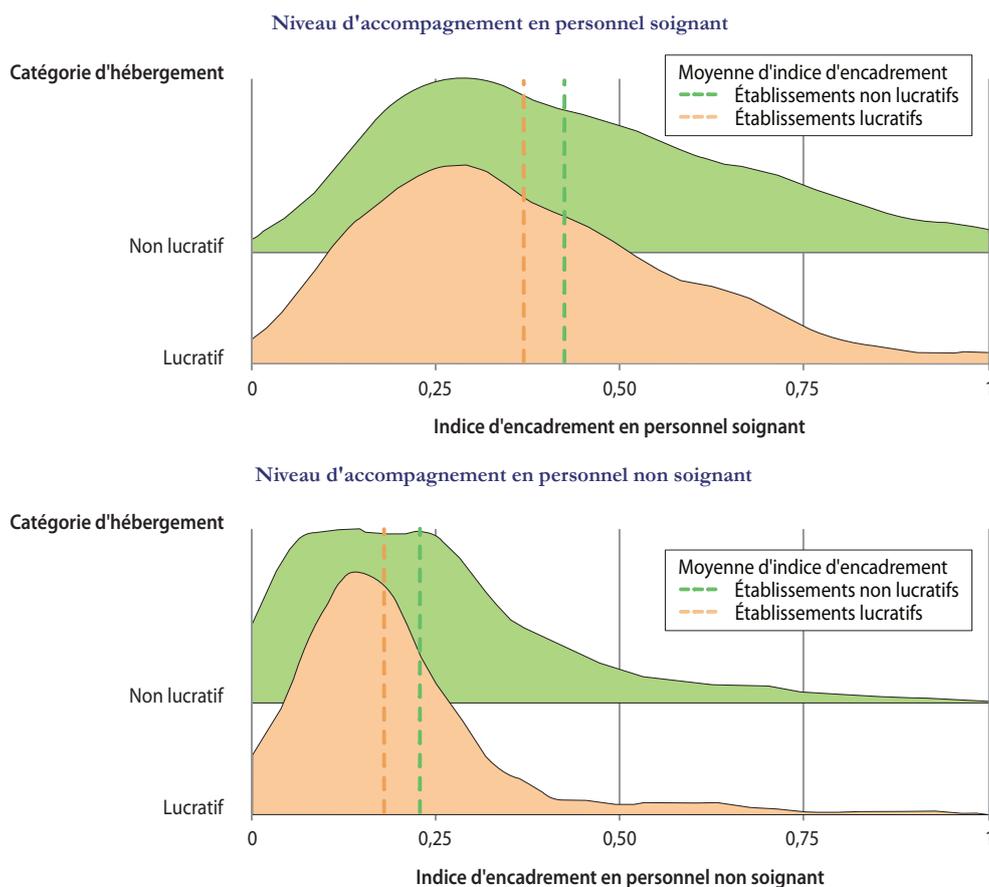
Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

lucratifs (tableau 3). Le nombre de soignants pour 100 résidents est bien plus faible les week-ends (13 ETP pour 100 résidents), et la nuit (2 ETP pour 100 résidents). On observe une plus forte disparité entre établissements de professionnels présents la nuit et les week-ends que durant la journée, avec des coefficients de variation de 70 % et 45 % la nuit et les week-ends, contre 24 % en journée. En ce qui concerne le *turnover* du personnel, les établissements non lucratifs affichent un taux de renouvellement annuel moyen de 11 %, et 44 % d'entre eux déclarent rencontrer des difficultés de recrutement ; ces chiffres sont inférieurs à ceux des établissements lucratifs qui enregistrent un taux de renouvellement de 14 %, et où 48 % signalent des difficultés de recrutement. Dans les deux secteurs, lucratif ou non, on observe de fortes variations dans le niveau de difficulté de recrutement et le taux de renouvellement entre les établissements.

La figure 1 présente la contribution de chacune des variables utilisées pour calculer l'indice de qualité d'encadrement en personnel soignant. Les trois variables de taux d'encadrement contribuent à 90 % à l'indice, tandis que les variables de difficultés de recrutement et d'attractivité d'emploi participent à 10 % de l'indice mesuré. La figure 1

Figure 2 Distribution de l'indice d'accompagnement en personnel soignant et en personnel non soignant



Lecture : L'indice de qualité d'encadrement dans les établissements non lucratifs est en moyenne 0,42 contre 0,36 dans les établissements lucratifs, la distribution est relativement proche entre les deux secteurs même si la proportion d'établissements ayant des niveaux élevés d'encadrement en personnel soignant (supérieur à 0,7) est plus prononcée dans le secteur non lucratif.

Sources : Enquête EHPA (2015), calculs Irdes.

présente également la variation de la valeur de l'indice de qualité en fonction des variables utilisées pour mesurer l'indice. L'indice permet de discriminer une situation de moins bonne qualité d'encadrement dans la mesure où il est en moyenne plus faible dans les établissements ayant un taux d'encadrement faible (en journée, la nuit ou le week-end) et, inversement, l'indice est plus élevé quand le *turnover* est faible ou lorsque l'établissement ne rencontre pas de difficultés de recrutement. L'indice d'encadrement en personnel soignant est en moyenne de 0,42 dans le secteur non lucratif et de 0,36 dans le secteur lucratif, avec des coefficients de variation de 55 % et 56 %.

Le nombre de personnels non soignants (hôtelier, administratif, d'animation) est de 9 ETP pour 100 résidents dans les établissements non lucratifs. Il est un peu moins élevé dans les établissements lucratifs, avec 7 ETP pour 100 résidents. On observe en outre une variation très importante du niveau d'accompagnement en personnel non soignant dans les deux secteurs, avec des coefficients de variation proches de 75 %.

2.4.2. Indicateurs de qualité de bâtiment

En moyenne, les établissements ont été rénovés ou construits il y a dix-neuf ans dans le secteur non lucratif et seize ans dans le secteur lucratif, avec de très importantes variations, le coefficient de variation étant supérieur à 100 % (tableau 4). Les établissements privés lucratifs bénéficient généralement de bâtiments un peu plus récents ou récemment rénovés, et sont un peu plus souvent équipés de jardins et de chambres climatisées. Bien que l'espace de vie moyen par résident soit légèrement plus restreint dans ces établissements, l'accessibilité des douches aux fauteuils roulants y est supérieure (85 % des chambres contre 76 % dans les établissements publics). La variation de ces indicateurs en fonction des structures est de 15 % pour l'indicateur mesurant la proportion de chambres seules, à 481% sur la proportion de chambres climatisées. Le coefficient de variation très élevé sur les chambres climatisées, notamment dans le secteur non lucratif, s'explique par le fait que très peu d'Ehpad disposaient de la climatisation en 2015. Finalement, l'indice « qualité du bâtiment » a une valeur de 0,63 dans les deux secteurs, avec un coefficient de variation de 35 % dans le secteur non lucratif et de 30 % dans le secteur lucratif.

Tableau 4 Qualité du bâtiment

	Établissements lucratifs (N=935)			Établissements non lucratifs (N=3 417)		
	Moyenne	Écart-type	CV*	Moyenne	Écart-type	CV*
Variables utilisées pour mesurer l'indicateur de qualité de bâtiment						
Année de construction ou de la dernière rénovation (en année)	16,3	21,7	133 %	18,7	27,6	148 %
Nombre de mètres carrés par résident	53,5	27,2	51 %	57,9	23,1	40 %
Part d'établissements ayant un jardin	94,4 %	23,0 %	24 %	86,8 %	33,8 %	39 %
Proportion de chambres...						
• seules par établissement	89,4 %	14,9 %	17 %	91,7 %	13,9 %	15 %
• accessibles aux fauteuils roulants	84,7 %	32,4 %	38 %	76,1 %	37,8 %	50 %
• pouvant accueillir un lit médicalisé	60,1 %	47,3 %	79 %	70,9 %	42,9 %	61 %
• climatisées	14,2 %	33,3 %	235 %	3,7 %	17,8 %	481 %
Indice de qualité du bâtiment	0,65	0,2	31 %	0,63	0,22	35 %

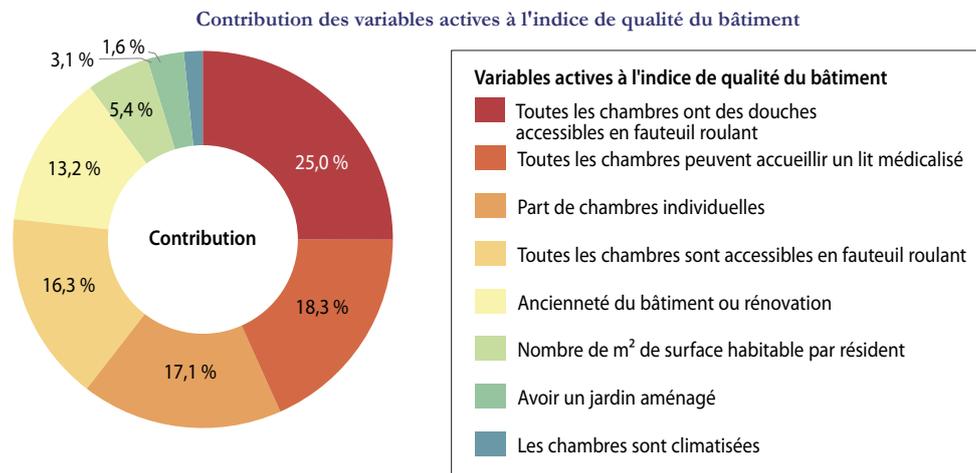
* Coefficients de variation.

Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

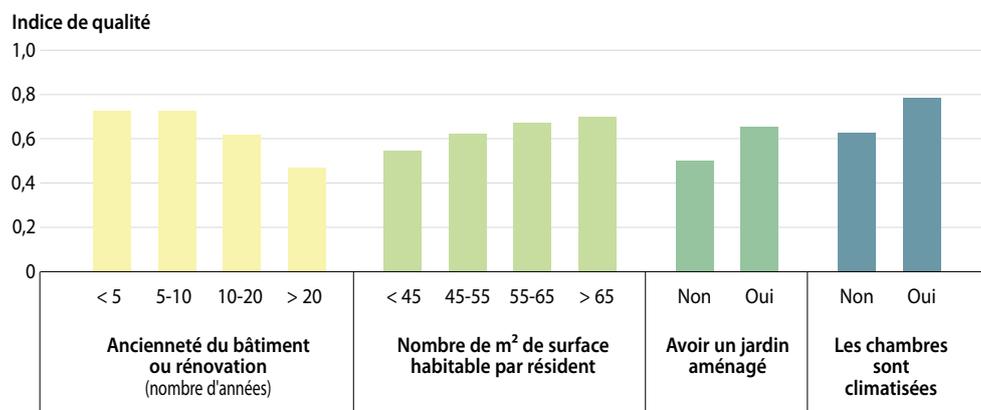
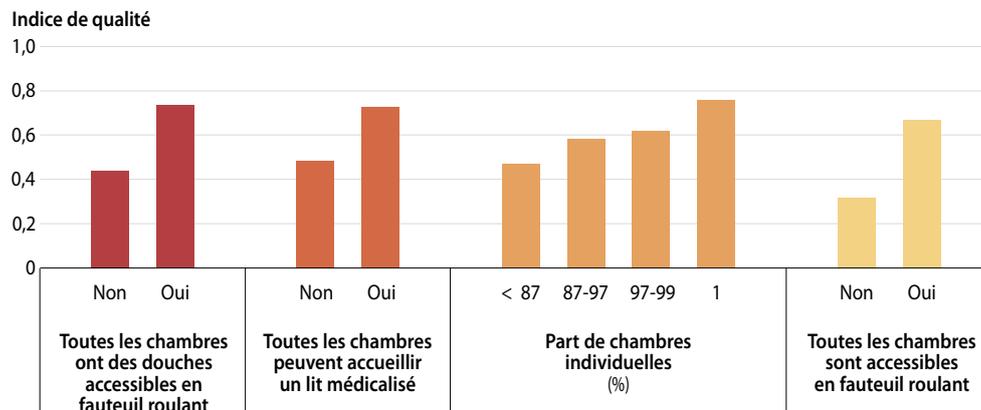
Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

Les caractéristiques des chambres, en particulier leur adaptation aux besoins des résidents, expliquent environ 75 % de l'indice de qualité du bâtiment mesuré (figure 3). L'ancienneté du bâtiment y contribue à 13 %, et la surface par résident à 5 %. La figure confirme également la validité de l'interprétation de l'indicateur : celui-ci est plus élevé

Figure 3 Indice de qualité du bâtiment

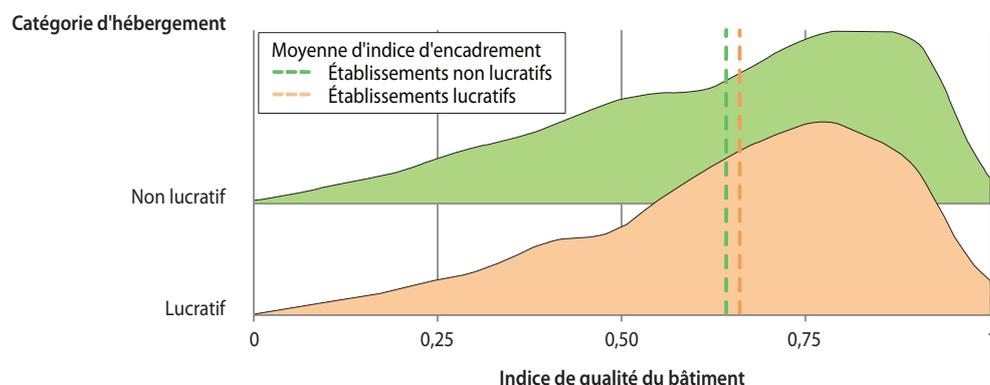


Variation de l'indice de qualité du bâtiment en fonction des variables actives



Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).
 Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

Figure 4 Distribution de l'indice de qualité du bâtiment dans le secteur lucratif et non lucratif



Sources : Enquête EHPA (2015), calculs Irdes.

lorsque l'accessibilité des chambres est meilleure, la surface par résident plus grande, et lorsqu'il y a un jardin. À l'inverse, comme attendu, l'indice est plus bas lorsque le bâtiment est plus ancien.

L'indice de qualité des bâtiments est très proche entre les Ehpad lucratifs et non lucratifs. C'est également l'indice qui a le coefficient de variation le plus faible entre établissements, même si les coefficients de variation sont de 35 % dans le secteur non lucratif et de 30 % dans le secteur lucratif.

2.4.3. Indice de processus de coordination des soins avec l'hôpital et la ville

La télémédecine est pratiquée en moyenne dans 26 % des Ehpad lucratifs, contre 19 % dans les établissements non lucratifs. Le recours à l'hospitalisation à domicile y est également plus fréquent, tandis que l'accompagnement par des équipes mobiles de soins (gériatriques, palliatifs ou psychiatriques) est légèrement plus répandu dans les établissements non lucratifs (tableau 5). On observe de plus importantes variations entre struc-

Tableau 5 Qualité de processus de coordination des soins avec l'hôpital et la ville

	Établissements lucratifs (N=935)			Établissements non lucratifs (N=3 417)		
	Moyenne	Écart-type	CV*	Moyenne	Écart-type	CV*
Variabiles utilisées pour mesurer l'indice de qualité de processus						
Nombre d'admissions en Hospitalisation à domicile (HAD) en Ehpad (pour 100 résidents)	2,1	2,4	114 %	1,4	1,9	136 %
Support d'une équipe mobile de soins palliatifs, psychiatriques, et/ou gériatriques (% d'établissements déclarant un support)	64,4 %	47,9 %	74 %	66,6 %	47,2 %	71 %
Utiliser la télémédecine (% d'établissements entre 2017 et 2019)	26,4 %	44,1 %	167 %	19,4 %	39,6 %	204 %
Indices de qualité de processus	0,60	0,24	40 %	0,54	0,25	46 %

* Coefficients de variation.

Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

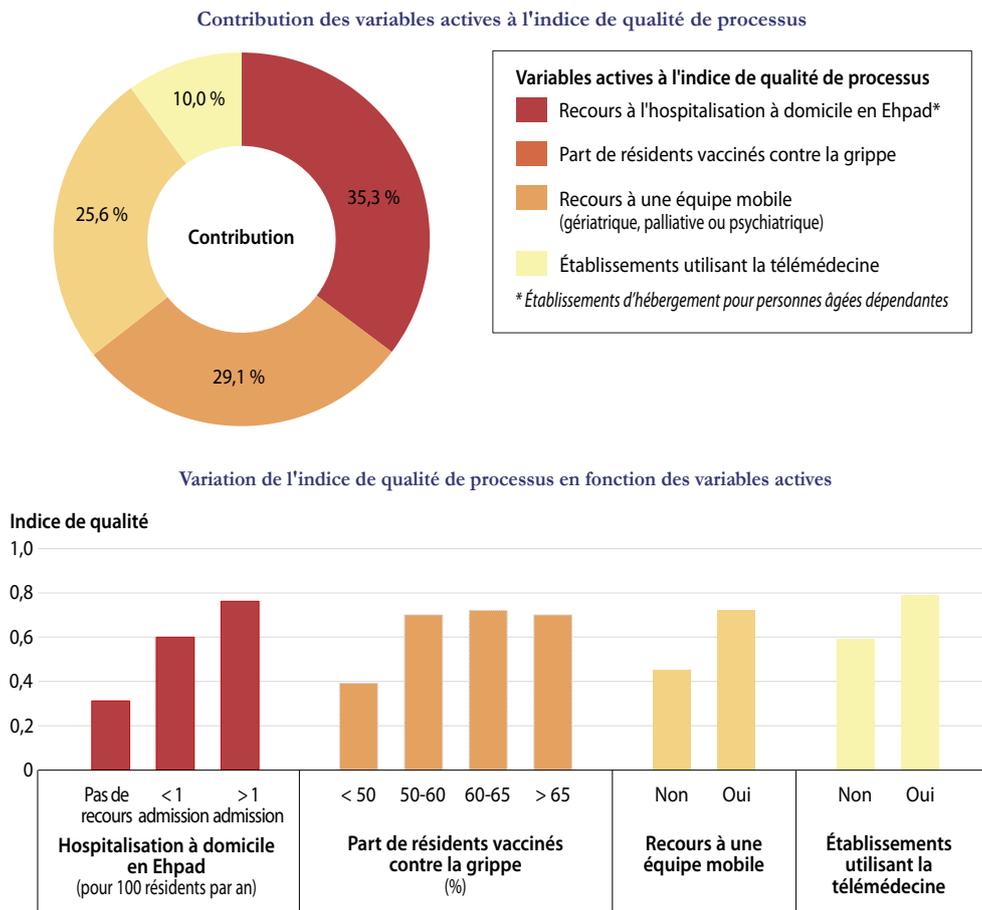
Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

tures sur le recours à l'HAD et à la télémédecine, que sur le support par des équipes mobiles.

Les variables qui contribuent le plus à l'indice de qualité de processus sont, en premier lieu, le recours à l'hospitalisation à domicile (35 %), suivi par la proportion de personnes âgées vaccinées dans l'établissement (29 %), puis l'accompagnement par une équipe mobile (26 %) et, enfin, l'utilisation de la télémédecine (10 %). La figure 5 montre que cet indice reflète bien une meilleure qualité de processus : un indice plus élevé est associé à une plus grande utilisation des équipes mobiles, de la télémédecine et à une couverture vaccinale accrue (même si seul le premier quartile de vaccination semble réellement différencier la qualité).

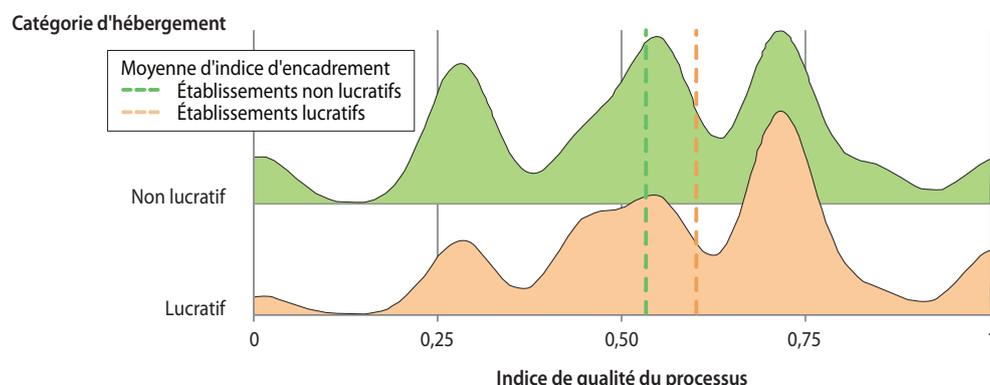
Enfin, en moyenne, l'indice de qualité de processus est légèrement plus élevé dans les établissements lucratifs et le coefficient de variation est de 46 % dans le secteur non lucratif, et de 40 % dans le secteur lucratif.

Figure 5 Indice de qualité de processus de coordination des soins avec l'hôpital et la ville



Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).
Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

Figure 6 Distribution de l'indicateur de qualité de processus dans le secteur lucratif et non lucratif



Sources : Enquête EHPA (2015), calculs Irdes.

2.4.4. Indice de qualité de résultats – approché par la fréquence d'hospitalisation

Entre 2014 et 2019, en moyenne 54 admissions à l'hôpital par an ont été enregistrées pour 100 résidents, dont environ deux tiers sont passés par les urgences. Environ 15 % de ces hospitalisations étaient considérées comme potentiellement sensibles aux soins primaires (tableau 6). Le nombre d'admissions, d'hospitalisations sensibles aux soins primaires et de réadmissions dans les 30 jours est légèrement plus élevé dans les établissements privés lucratifs.

Tableau 6 L'indice de qualité de résultats approché par la fréquence d'hospitalisation

	Établissements lucratifs (N=935)			Établissements non lucratifs (N=3 417)		
	Moyenne	Écart-type	CV*	Moyenne	Écart-type	CV*
Variabiles utilisées pour mesurer l'indice de qualité de résultat						
Nombre d'admissions à l'hôpital en Médecine et Chirurgie (MC) [pour 100 résidents par an]	54,3	15,5	29 %	51,3	16,9	33 %
Nombre de réadmissions à l'hôpital en MC à 30 jours (pour 100 hospitalisations de résidents)	5,9	3,0	51 %	5,5	3,1	56 %
Nombre d'admissions hospitalières sensibles aux soins primaires (pour 100 résidents par an)	7,9	3,4	43 %	7,5	3,6	48 %
Nombre d'hospitalisations non programmées (pour 100 résidents par an)	33,6	12,3	37 %	31,2	13,2	42 %
Indice de qualité de résultat	0,39	0,29	74 %	0,47	0,31	66 %

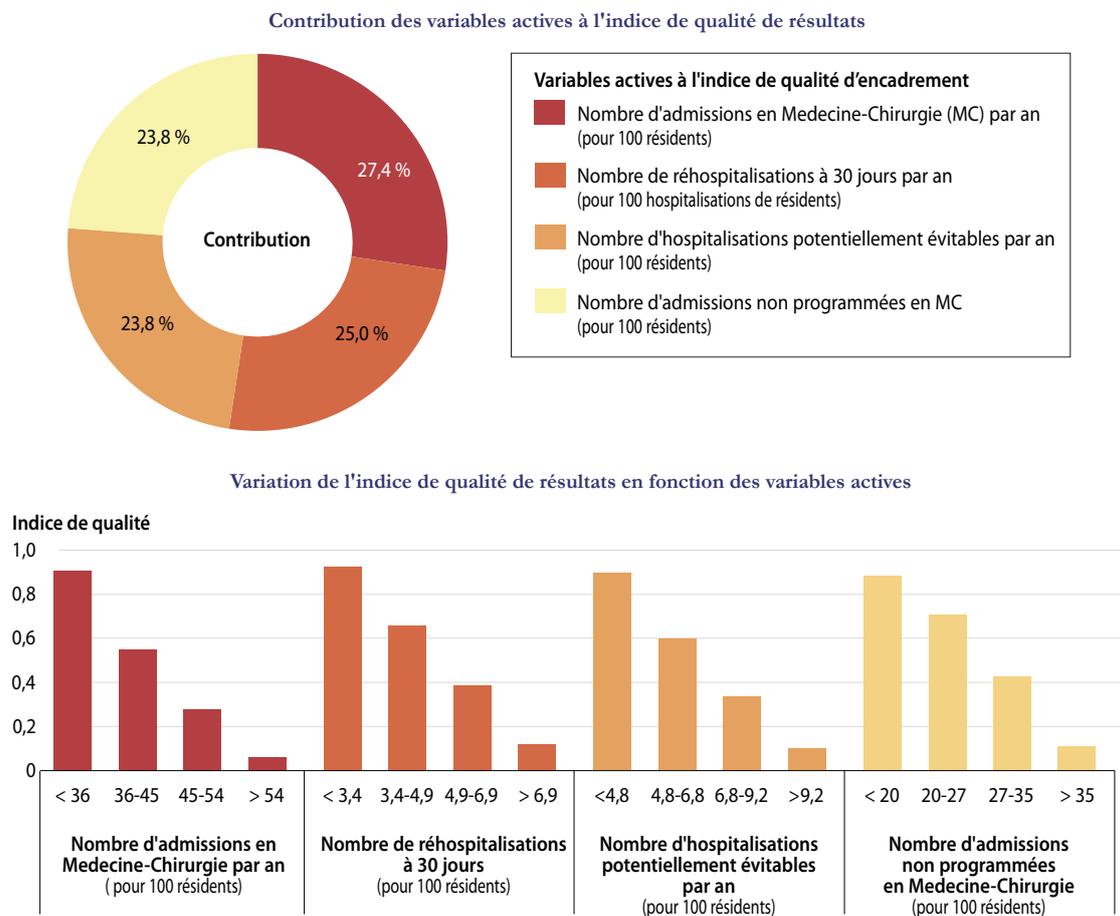
* Coefficients de variation.

Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

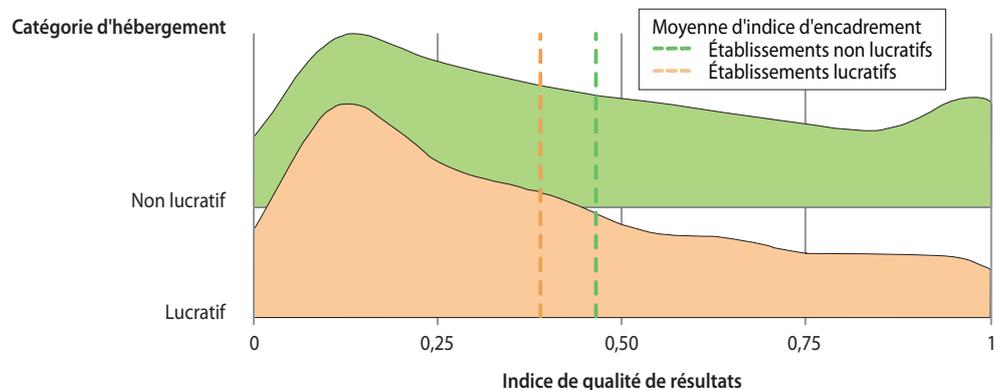
Chaque variable utilisée pour calculer l'indice de qualité de résultat contribue de manière relativement équivalente à celui-ci (figure 7). De plus, on observe une diminution linéaire de l'indice lorsque le nombre d'hospitalisations augmente, suggérant que plus les hospitalisations sont fréquentes, plus l'indice de qualité baisse.

Figure 7 Indice de qualité de résultats – approché par la fréquence d'hospitalisation



Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).
 Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

Figure 8 Distribution de l'indice de qualité de résultats – approché par la fréquence d'hospitalisation - dans le secteur lucratif et non lucratif



L'indice de qualité de résultat est légèrement plus élevé dans les établissements non lucratifs. Cependant, il y a également une forte variation entre les établissements, les coefficients de variation de cet indice étant les plus élevés (66 % dans le secteur non lucratif et 74 % dans le secteur lucratif).

3. Discussion

Malgré une multiplication des sources de données administratives et d'enquête sur les Ehpad en France, il est difficile de produire un *pool* d'indicateurs permettant de mesurer toutes les dimensions de la qualité. De plus, les données disponibles sont très éparpillées, pas toujours représentatives, et l'accès aux données reste difficile et nécessite des démarches administratives mobilisant des compétences juridiques. Certaines dimensions de la qualité, notamment liées au bien-être et à la satisfaction des résidents, mais aussi à leur état clinique et fonctionnel (évolution des niveaux de perte d'autonomie, escarres, etc.) ne sont pas suivies de manière standardisée dans les établissements en France. Pourtant, des outils validés existent au niveau international et sont utilisés dans de nombreux pays pour réguler et améliorer la qualité des Ehpad. Ces outils pourraient être adaptés à la situation française. En effet, dans un contexte de contrainte budgétaire, améliorer la connaissance des établissements et des régulateurs sur la qualité des soins permettra d'accompagner les établissements et de mettre en place des politiques incitatives à la qualité. De même, pour les résidents et leur famille, le fait de disposer d'informations objectives et pertinentes sur la qualité des établissements leur permettra de faire des choix plus éclairés, tout en incitant les établissements à améliorer les dimensions de qualité mesurées.

Nos travaux de recherche indiquent qu'il est possible d'apparier différentes bases de données et de mesurer plusieurs dimensions de la qualité. Les indicateurs présentés dans cette étude, même limités, montrent qu'il y a des différences significatives en termes de qualité de structure, de processus et de résultats entre établissements. Ces analyses présentent toutefois quelques limites. Premièrement, malgré nos efforts pour calculer un large éventail d'indicateurs reflétant différentes dimensions de la qualité dans les Ehpad, nous disposons de peu d'informations sur certaines dimensions, notamment concernant l'expérience et l'état de santé des résidents. Les indicateurs tels que le développement d'escarres, la qualité de l'alimentation, souvent utilisés dans la littérature internationale, ou bien l'expérience et la satisfaction des résidents et de leurs familles, ne sont pas prises en compte dans l'analyse, faute de données disponibles. Néanmoins, les indicateurs de qualité utilisés ici sont inédits et représentent des dimensions majeures. Deuxièmement, nos analyses s'appuient sur des données assez anciennes. De nouvelles données sont disponibles sur les Ehpad *via* l'enquête EHPA 2022. Cependant, les démarches longues et complexes nécessaires à l'appariement de plusieurs sources de données, ne permettent pas de reproduire ces analyses en routine dans le cadre de travaux de recherche mobilisant ces ressources limitées.

Malgré ces limites, les résultats présentés ici suggèrent qu'il existe des marges importantes pour améliorer la qualité des Ehpad, publics comme privés. Nos premiers résultats montrent aussi l'importance de comparer la qualité des établissements par des indicateurs multiples. Malheureusement, à l'heure actuelle, nous ne disposons pas encore

d'informations publiques accessibles aux résidents, à leurs familles, et aux chercheurs en France. La HAS a défini neuf dimensions de la qualité afin de guider les évaluations des établissements médico-sociaux, qui sont réalisées par des organismes d'évaluation externe accrédités. Des premiers résultats nationaux ont été publiés en 2024 (HAS, 2024), mais pour l'heure, il n'existe pas de publications d'évaluation par établissement. Dans ce contexte de manque d'information pour les consommateurs sur la qualité, un nombre croissant d'établissements, ou de chaînes d'établissements, utilisent des labels (Humanitude, Montessori, etc.) pour attirer de nouveaux résidents. Cependant, ces labels ne sont pas régulés et il reste difficile de distinguer ce qui relève d'une démarche purement marketing de ce qui constitue un véritable gage de qualité.

Une meilleure compréhension de la qualité des Ehpad est d'autant plus cruciale au regard des récentes évolutions des politiques publiques. En effet, un décret adopté début janvier 2025 (texte de loi n°2024-317 du 8 avril 2024), donne la possibilité aux établissements publics et privés non lucratifs⁷ de fixer un tarif d'hébergement supérieur pour les résidents ne bénéficiant pas de l'aide sociale à l'hébergement⁸. Cette mesure autorise une grande liberté dans la fixation des prix pour la majorité des places, alors qu'auparavant, les tarifs étaient fixés par des négociations avec le département des établissements, en partie sur la base de standards de qualité. Une étude récente a montré qu'il existe peu de liens entre le prix et la qualité des établissements (Penneau et Or, 2024 ; Penneau, 2022). Dans un marché caractérisé par une forte asymétrie de l'information, la dérégulation des prix pourrait entraîner une segmentation du marché et une hausse des tarifs, sans forcément améliorer la qualité. Aussi, il est essentiel de réduire l'asymétrie de l'information par des mesures lisibles et transparentes sur la qualité des établissements, en renforçant les outils de mesure et les inspections de qualité standardisées, afin que les mécanismes concurrentiels fonctionnent. Aujourd'hui, en l'absence d'information sur la qualité, les établissements lucratifs, quand ils disposent d'un pouvoir de marché, pratiquent des tarifs plus élevés sans aucun bénéfice en termes de qualité, voire avec des effets négatifs, qui se traduisent par des hospitalisations plus fréquentes (Penneau et Or, 2024).

4. Conclusion

Il apparaît essentiel de mesurer la qualité dans les Ehpad pour améliorer le fonctionnement des établissements. Notre étude propose quelques indicateurs de qualité calculables avec les données françaises disponibles, en s'appuyant sur la littérature internationale. Cependant, certaines dimensions importantes de la qualité, absentes de nos travaux, nécessiteraient la production de données nouvelles, par exemple pour mesurer l'expérience et la satisfaction des résidents, la qualité de l'accompagnement, ou des aspects liés aux soins comme le développement d'escarres. Plus globalement, l'intégration d'outils internationaux dans la collecte de données permettrait de standardiser et d'enrichir l'évaluation de la qualité, tout en facilitant les comparaisons entre les établissements et avec d'autres pays.

⁷ Établissements qui ont plus de 50 % de leurs places habilitées à l'aide sociale, soit plus de 75 % des établissements privés lucratifs et la quasi-totalité des établissements publics.

⁸ Jusqu'à 35 % supérieurs.

Cette démarche d'évaluation de la qualité dans les établissements médico-sociaux, encore embryonnaire en France par rapport aux pays les plus avancés, est néanmoins en train de s'accélérer. L'intégration d'outils standardisés dans cette démarche permettrait de rationaliser l'évaluation de la qualité, tout en facilitant les comparaisons entre les établissements. Un suivi régulier et transparent des indicateurs de qualité contribuerait à améliorer la performance des établissements et à garantir une prise en charge plus équitable et adaptée aux besoins des résidents.

5. Références

- Achterberg W. P., Holtkamp C. C. M., Kerkstra A., Pot A. M., Ooms M. E., Ribbe M. W. (2001). "Improvements in the Quality of Coordination of Nursing Care Following Implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch Nursing Homes". *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 268-275. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01843.x>
- Aminzadeh F., Dalziel W. B. (2002). "Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions". *Annals of Emergency Medicine*, 39(3), 238-247. <https://doi.org/10.1067/mem.2002.121523>
- Bostick J. E., Rantz M. J., Flesner M. K., Riggs C. J. (2006). "Systematic Review of Studies of Staffing and Quality in Nursing Homes". *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6), 366-376. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.01.024>
- Cerese-Feurra V. (2001). « Le Resident Assessment Instrument (RAI) : un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée ». *Gérontologie et société*, 2499(4), 161-177. <https://doi.org/10.3917/gs.099.0161>
- Donabedian A. (1988). "The Quality of Care: How Can It Be Assessed?" *JAMA*, 260(12), 1743. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Fourcade A. (2011). *La prévention des chutes des résidents d'Ehpad dans le département de l'Ain*. HAS : Ecoles des Hautes Etudes de Santé Publique. Filière de formation des médecins inspecteurs de santé publique.
- Gandhi A., Yu H., Grabowski D. C. (2021). "High Nursing Staff Turnover In Nursing Homes Offers Important Quality Information: Study Examines High Turnover of Nursing Staff at US Nursing Homes". *Health Affairs*, 40(3), 384-391. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00957>
- Gombault Datzenko E. (2020). *Evaluation de l'impact économique des transferts aux urgences des résidents en EHPAD*. (Doctoral dissertation, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
- HAS. (2022). *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Rapport HAS.
- HAS. (2024). *Dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux Bilan annuel 2023*.
- Hawes C., Morris J. N., Phillips C. D., Fries B. E., Murphy K., Mor, V. (1997). "Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA". *Age and Ageing*, 26 Suppl 2, 19-25. https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl_2.19
- Malley J. N., Towers A.-M., Netten A. P., Brazier J. E., Forder J. E., Flynn T. (2012). "An Assessment of the Construct Validity of the ASCOT Measure of Social Care-related Quality of Life with Older People". *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-21>
- Martin C., Ramos-Gorand M. (2017). "High Turnover Among Nursing Staff in Private Nursing Homes for Dependent Elderly People in France: Impact of the Local

- Environment and the Wage". *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, (493).
<https://doi.org/10.24187/ecostat.2017.493s.1912>
- Nolte E., Pitchforth E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*
- OECD. (2013). Measuring Patent Quality. https://www.oecd.org/en/publications/measuring-patent-quality_5k4522wkw1r8-en.html
- Penneau A, Or, Z. (2024). « Les Ehpad les plus chers ne sont pas les meilleurs ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, (295). <https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-295-les-ehpad-les-plus-chers-ne-sont-pas-les-meilleurs.html>
- Penneau A. (2022). *Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins des seniors*. Université Paris Dauphine - PSL. Thèse 2022/11.
- Shepperd S., Lannin N. A., Clemson L. M., McCluskey A., Cameron I. D., Barras, S. L. (2013). "Discharge Planning from Hospital to Home. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD000313.pub4). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub4>
- Silarova B., Brookes N., Palmer S., Towers A.-M., Hussein S. (2022). "Understanding and Measuring the Work-related Quality of Life Among Those Working in Adult Social Care: A Scoping Review". *Health & Social Care in the Community*, 30(5), 1637-1664. <https://doi.org/10.1111/hsc.13718>
- Tran A., Nguyen K.-H., Gray L., Comans T. (2019). "A Systematic Literature Review of Efficiency Measurement in Nursing Homes". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2186. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122186>
- Weeks W. B., Ventelou B., Paraponaris A. (2016). "Rates of Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions in France in 2009–2010: Trends, Geographic Variation, costs, and an International Comparison". *The European Journal of Health Economics*, 17(4), 453-470. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0692-y>
- WHO. (2017). *What is quality of care and why is it important*. World Health Organization.

6. Annexes

6.1. Exemple d'utilisation des indicateurs de résultats du MDS-RAI au Canada (version RAI-MDS 2.0)

L'évaluation RAI-MDS 2.0 est utilisée pour évaluer l'évolution de l'état de santé des personnes résidant dans des établissements de soins de longue durée au Canada⁹. Les cliniciens élaborent des plans de soins centrés sur la personne en s'appuyant sur des résultats cliniques intégrés. Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de soins résidentiels, neuf scores de référence sont générés lors de l'évaluation initiale. Ces scores peuvent être comparés trimestriellement pour suivre les changements au fil du temps et évaluer l'efficacité des interventions mises en place. À un niveau national, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fournit aux établissements qui ont complété les données un accès aux rapports d'évolution des scores. Ces informations sont utilisées pour des initiatives d'amélioration de la qualité, la planification des programmes et l'allocation des ressources. L'évolution est étudiée sur les indicateurs suivants :

- **Échelle de comportement agressif** (*Aggressive Behaviour Scale - ABS*) : il s'agit d'une échelle synthétique qui mesure le comportement agressif (agressivité verbale ; agressivité physique ; comportement socialement inapproprié ou perturbateur ; refus de soins).
- **Échelle hiérarchique de performance autonome des activités de la vie quotidienne (AVQ)** [*Self-Performance Hierarchy Scale - ADL*] : elle reflète le processus de perte d'autonomie en regroupant les niveaux de performance des AVQ en étapes distinctes de déclin.
- **Échelle des changements de santé, des maladies en phase terminale, des signes et symptômes (CHESS)** [*Changes in Health, End-Stage Disease, Signs and Symptoms*] : elle permet de détecter la fragilité et l'instabilité de santé, et a été conçue pour identifier les résidents à risque de déclin grave. Des scores plus élevés indiquent des niveaux accrus d'instabilité médicale et sont associés à des résultats défavorables tels que la mortalité, l'hospitalisation, la douleur, le stress des aidants et une mauvaise auto-évaluation de la santé. Neuf éléments sont utilisés pour calculer l'Échelle CHESS : changement dans l'état cognitif ; changement dans la fonction des AVQ (Activités de la vie quotidienne) ; maladie en phase terminale ; œdème ; essoufflement ; vomissements ; déshydratation ; perte de poids ; le fait de laisser 25 % ou plus de la nourriture non consommée lors de la plupart des repas.
- **Échelle de performance cognitive (CPS)** [*Cognitive Performance Scale - CPS*] : il s'agit d'un indice hiérarchique utilisé pour évaluer l'état cognitif d'une personne. Cinq éléments sont utilisés pour calculer l'Échelle CPS : coma ; compétences cognitives pour la prise de décisions quotidiennes ; mémoire à court terme ; capacité à se faire comprendre ; capacité à manger.
- **Échelle d'évaluation de la dépression (DRS)** [*Depression Rating Scale - DRS*] : il s'agit d'une échelle cumulative utilisée comme outil de dépistage clinique pour la dépression. L'évaluation repose sur sept indicateurs de dépression, d'anxiété et d'humeur triste, codés en fonction de la fréquence des symptômes observés au cours des 30 derniers jours : le résident a fait des déclarations négatives ; colère persistante envers soi-même ou les autres ; expressions de peurs irréalistes ; réclamations répé-

⁹ https://secure.cihi.ca/free_products/RAI-MDS_20OutcomeScalesReferenceGuide_EN-web.pdf

titives sur la santé ; plaintes anxieuses répétées ; expressions faciales tristes, douloureuses ou inquiètes ; pleurs ou larmes fréquents.

- **Échelle interRAI de risque d'escarres (interRAI PURS)** [*interRAI Pressure Ulcer Risk Scale* - PURS] : elle permet d'identifier les résidents présentant différents niveaux de risque de développer une escarre, avec pour objectif de cibler les facteurs de risque en vue de leur prévention.
- **Indice d'engagement social (ISE)** : l'Indice d'engagement social (*Index of Social Engagement* - ISE) est une échelle cumulative qui mesure le sens de l'initiative et l'implication sociale d'un résident au sein de l'établissement. Calculé à partir des éléments suivants : à l'aise dans les interactions avec les autres ; à l'aise lors d'activités planifiées ou structurées ; à l'aise dans les activités initiées par lui-même ; établit ses propres objectifs ; s'investit dans la vie de l'établissement ; accepte les invitations à participer à la plupart des activités de groupe.
- **Échelle de douleur (Pain Scale)** : elle résume la présence et l'intensité de la douleur au cours des sept derniers jours.

6.2. Méthode d'imputation de valeurs manquantes

Les données d'enquête comprennent des valeurs manquantes, mais également des valeurs aberrantes. Lorsque des valeurs d'enquête sont apparues comme aberrantes (avoir 0 aide-soignante, par exemple), celles-ci ont été remplacées par une valeur manquante. Seules ont été étudiées les données ayant plus de 75 % de valeurs renseignées, et la très grande majorité des données de l'enquête EHPA utilisées sont renseignées à plus de 85 %. La méthode d'imputation utilisée est la méthode hotdeck, qui consiste à imputer de manière aléatoire une valeur manquante par classe d'individus. Ainsi, tout repose sur la définition des groupes d'établissements qui aura été réalisée. L'avantage de cette méthode, par rapport à l'imputation des moyennes du groupe pour remplacer la valeur manquante, repose sur le fait que les estimateurs sont moins biaisés (en tirant aléatoirement une valeur dans le groupe, on conserve mieux la distribution des données).

Les groupes d'établissements sont définis à partir de trois variables pour lesquelles nous n'avons pas de valeurs manquantes, et qui permettent de caractériser le type d'établissements :

- **La catégorie juridique** : Ehpad privés à but lucratif ; Ehpad privés à but non lucratif ; Ehpad publics hospitaliers ; Ehpad publics non hospitaliers.
- **La taille de l'établissement en quartile** : moins de 59 résidents ; entre 59 et 77 résidents ; entre 77 et 93 résidents ; plus de 93 résidents.
- **Le niveau d'urbanisation de la commune où est implanté l'Ehpad (regroupement des modalités de zonage en aires urbaines Insee 2010 (ZAU))** : communes appartenant à un grand pôle urbain (ZAU= 111) ; commune appartenant à la couronne d'un ou plusieurs grands pôles urbains (ZAU=112,120) ; communes appartenant à un petit ou un moyen pôle urbain ou à sa couronne (ZAU=211,212,221,222,300) ; communes isolées hors influence des pôles (ZAU=400).

Après avoir réalisé une Analyse factorielle des correspondances multiples (ACM) et une Classification hiérarchique ascendante (CHA), six groupes d'établissements ont été identifiés (tableau A2). Le premier groupe est principalement composé de petits établissements non lucratifs situés dans des zones très urbanisées. Le deuxième groupe se caractérise par de petits Ehpad situés dans des espaces urbains. Le troisième groupe rassemble des établissements lucratifs de taille moyenne, également situés en milieu urbain. Le quatrième groupe est constitué de grands établissements publics hospitaliers.

Enfin, les groupes 5 et 6 comprennent principalement des établissements publics non hospitaliers, qui se distinguent par leur taille et leur localisation : le groupe 5 est composé d'établissements de grande taille en milieu urbain, tandis que le groupe 6 regroupe des établissements plus petits situés dans des zones moins urbanisées.

Tableau A2 Profils des groupes d'établissements utilisés pour l'imputation des données

	Type d'établissement	Nombre de residents	Niveau d'urbanisation
Groupe 1 (N=996)	+ privés non lucratifs	-	+++
Groupe 2 (N=339)	tous types	---	++
Groupe 3 (N=991)	+ privés lucratifs	+/-	+++
Groupe 4 (N=613)	+ publics hospitaliers	+++	+/-
Groupe 5 (N=721)	+ publics non hospitaliers	++	++
Groupe 6 (N=692)	+ publics non hospitaliers	--	---

Champ : 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Sources : Données Resid-Ehpad (2014-2019) ; Enquête EHPA (2015).

Table des illustrations

Liste des tableaux

Tableau 1	Représentativité des données	13
Tableau 2	Indicateurs de qualité mesurés.....	14
Tableau 3	Accompagnement par le personnel soignant et non soignant	18
Tableau 4	Qualité du bâtiment	20
Tableau 5	Qualité de processus de coordination des soins avec l'hôpital et la ville	22
Tableau 6	Indice de qualité de résultats approché par la fréquence d'hospitalisation ..	24
Tableau A2	Profils des groupes d'établissements utilisés pour l'imputation des données ..	33

Liste des graphiques

Figure 1	Indice d'accompagnement en personnel soignant.....	18
Figure 2	Distribution de l'indice d'accompagnement en personnel soignant et en personnel non soignant	19
Figure 3	Indice de qualité du bâtiment	21
Figure 4	Distribution de l'indice de qualité du bâtiment dans le secteur lucratif et non lucratif	22
Figure 5	Indice de qualité de processus de coordination des soins avec l'hôpital et la ville.....	23
Figure 6	Distribution de l'indicateur de qualité de processus dans le secteur lucratif et non lucratif	24
Figure 7	Indice de qualité de résultats – approché par la fréquence d'hospitalisation	25
Figure 8	Distribution de l'indice de qualité de résultats – approché par la fréquence d'hospitalisation - dans le secteur lucratif et non lucratif	25

Documents de travail de l'Irdes

- **Is the Public-Private Mix in French Health System Sustainable?** / Pierre A., Or Z.
Irdes, Document de travail n° 91, juillet 2023
- **Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe : une approche par les systèmes de protection sociale** / Augé E.
Irdes, Document de travail n° 90, février 2023
- **Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise** / Pierre A.
Irdes, Document de travail n° 89, octobre 2022
- **Soutenabilité et résilience du système de santé français** / Or Z., Gandré C., Wharton G.
Irdes, Document de travail n° 88, juin 2022
- **Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition de méthodologie pour trois spécialités** / Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., Duchaine F., Com-Ruelle L., Gueye A., Raynaud D.
Irdes, Document de travail n° 87, mai 2022
- **Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé. Une revue de la littérature et dans le Ségur de la santé. Une revue de la littérature** / Bricard D., Dourgnon P., Poucineau J.
Irdes, Document de travail n° 86, février 2022
- **Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France** / Or Z., Touré M., Rococo E.
Irdes, Document de travail n° 85, septembre 2021
- **Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France** / Cassou M., Mousquès J., Franc C.
Irdes, Document de travail n° 84, juin 2021
- **France's Response to the Covid-19 Pandemic: between a Rock and a Hard Place** / Or Z., Gandré C., Durand-Zaleski I., Steffen M.
Irdes, Document de travail n° 83, février 2021
- **Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC)** / Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D.
Irdes, Document de travail n° 82, octobre 2019
- **Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins** / Penneau A., Bricard D., Or Z.
Irdes, Document de travail n° 81, juillet 2019
- **L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales** / Lucas-Gabrielli V., Mangeney C.,
Irdes, Document de travail n° 80, juillet 2019
- **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins** / Malléjac N., Or Z., avec la participation de Fournier C.,
Irdes, Document de travail n° 79, juin 2019
- **The Effects of Mass Layoffs on Mental Health** / Le Clainche C., Lengagne P.,
Irdes, Document de travail n° 78, mai 2019

Autres publications de l'Irdes

Rapports

- **Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018** / Afrite A., Bourgeois I., Bricard D., Cassou M., Chevillard G., Daniel F., Fournier C., Franc C., Guillaume S., Legrand J., Lucas-Gabrielli V., Morize N., Mousquès J., Pitti L., Schlegel V.,
Irdes, Rapport n° 592, décembre 2024, 118 pages
- **Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodes et résultats de l'algorithme sur les troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs (Pic)** / Espagnacq M., Sermet C., Regaert C.
avec la collaboration de Daniel F. et Podevin M.,
Irdes, Rapport n° 592, septembre 2024, 52 pages

Questions d'économie de la santé

- **Les Ehpad les plus chers ne sont pas les meilleurs** / Penneau A., Or Z.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 295, décembre 2024
- **Près de 7 % de la population a des limitations dans la vie quotidienne à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif** / Espagnacq M., Regaert C.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 294, novembre 2024
- **Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède** / Pichetti S., d'Estève de Pradel A., Espagnacq M.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 293, octobre 2024
- **Bridging the gap. L'implication de structures de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires aux Etats-Unis : enseignements pour une prise en charge intégrée des troubles psychiques sévères en France** / Gandré C., McGinty B.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 292, septembre 2024

Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité

Anne Penneau, Zeynep Or, en collaboration avec Roseline Vincent

La qualité des soins est une notion difficile à mesurer dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui offrent un large éventail de services, sur une période prolongée, à des personnes ayant des besoins de soins multiples, allant d'une assistance personnelle pour les activités de la vie quotidienne à des soins médicaux plus techniques, notamment en fin de vie. Disposer d'informations objectives et pertinentes sur la qualité est essentiel pour les résidents et leur famille afin de faire des choix éclairés, mais aussi pour inciter les établissements à améliorer les dimensions de qualité mesurées. Or, en France, il n'existe pas de recueil d'indicateurs standardisés permettant de mesurer la qualité des Ehpad, disponible à la fois pour les personnes âgées et leurs familles, les instances qui financent les établissements, ou pour la recherche.

Ce document de travail vise à contribuer au développement de données et d'indicateurs de qualité des soins dans les Ehpad en France, en dressant un état des lieux de la littérature internationale sur les indicateurs utilisés dans les établissements médico-sociaux, ainsi que des données disponibles en France. Nous présentons également un ensemble d'indicateurs de qualité inédits, calculés à partir des données disponibles en France.

Nos travaux de recherche montrent qu'il est possible d'apparier différentes bases de données et de mesurer certaines dimensions de la qualité des soins, mais qu'il est impossible de mesurer toutes les dimensions de la qualité en Ehpad. Malgré une multiplication des sources de données administratives et d'enquête sur les Ehpad, les données restent très éparpillées et ne sont pas toujours représentatives. Certaines dimensions de la qualité, liées notamment au bien-être et à la satisfaction des résidents, mais aussi à leur état clinique et fonctionnel, ne sont pas suivies de manière standardisée dans les établissements. Cependant, des outils validés existent au niveau international. Nos résultats, sur un ensemble limité d'indicateurs, montrent également des différences significatives en termes de qualité de structure, de processus et de résultats entre établissements. Ces résultats appellent à une meilleure mobilisation des outils standardisés pour recueillir des données et développer des indicateurs permettant de comparer la qualité des soins dans les Ehpad, afin de contribuer à son amélioration.

