

Impact des stratégies de maintien à domicile publiques sur l'efficacité du système de santé : une étude comparative entre pays européens

Olivier Baly¹, Frederic Kletz¹, Joan Barrubès², Valérie Mégevand³, Antoine Bazin³,

¹ Centre de gestion scientifique, Mines Paris PSL, 60 Bd Saint-Michel, 75272 Paris Cedex 6, Tel : +33 1 40 51 91 08, e-mails : olivier.baly@minesparis.psl.eu et frederic.kletz@minesparis.psl.eu

² Antares Consulting, Pl. d'Urquinaona, 6, Planta 10 Oficina A, L'Eixample, 08010 Barcelona, Espagne, Tel : +34932418950, e-mail : jbarrubes@antares-consulting.com

³ Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), Esplanade de Pont-Rouge 5, Case postale – 1212 Grand-Lancy 1, Tel : +41 22 420 21 38, e-mails : Valerie.Megevand@imad-ge.ch, Antoine.Bazin@imad-ge.ch

Résumé. L'accélération du virage ambulatoire fait des services d'aide et de soins à domicile une composante essentielle des systèmes de santé, surtout pour les personnes âgées, premières bénéficiaires. Pourtant, l'impact de la gestion de ces services sur les systèmes de santé demeure peu étudié. Ce travail, mené dans le cadre d'une étude du modèle Genevois de maintien à domicile, vise à examiner si le déploiement par le service public d'une politique de maintien à domicile induit une différence dans le recours des personnes âgées aux soins hospitaliers, à l'institutionnalisation, aux prestations domiciliaires, ainsi qu'en termes d'espérance de vie en bonne santé. À cette fin, nous comparons les moyennes de ces variables à l'aide des dernières données Eurostat (2019) dans un groupe de pays européens à dominante publique (n=16) et dans un groupe de pays européens à dominante privée (n=10). Nos résultats indiquent que la gestion publique du maintien à domicile, telle que voulue par le politique et déployée par l'institution Genevoise de maintien à domicile, est associée à un moindre recours des personnes âgées à l'hospitalisation complète et invitent à investiguer les pratiques organisationnelles et cliniques qui peuvent expliquer ce moindre recours.

Resumen. La aceleración del giro ambulatorio hace que los servicios de asistencia a domicilio sean un componente esencial de los sistemas de salud, especialmente para las personas mayores, que son sus principales beneficiarios. Sin embargo, el impacto de estos servicios sobre los sistemas de salud sigue siendo poco estudiado. Este trabajo, realizado en el marco de un estudio del modelo de Ginebra de apoyo domiciliario, tiene como objetivo examinar si la gestión pública de los servicios de apoyo domiciliario induce una diferencia en términos de frecuentación hospitalaria, de institucionalización y de esperanza de vida saludable de las personas mayores. Para ello, comparamos los promedios de estas variables utilizando los últimos datos de Eurostat (2019) en un grupo de países europeos predominantemente públicos (n=16) y en un grupo de países europeos predominantemente privados (n =10). Nuestros resultados indican que la gestión pública de los servicios de ayuda y cuidados a domicilio, tal como implementada por la institución de cuidados a domicilio de Ginebra, se relaciona con un menor recurso a la hospitalización por parte de las personas mayores, y nos invitan a investigar las prácticas organizacionales clínicas que puedan explicar este recurso menor.

Mots clés : soins aux personnes âgées, maintien à domicile, gestion publique, IMAD (institution Genevoise de maintien à domicile), efficacité du système de santé.

1. Introduction

L'accélération du virage ambulatoire dans les systèmes de santé des pays à haut revenu a entraîné un report d'activité de l'hôpital vers les soins de ville et les soins à domicile [Bonnet-Zamponi & Ecoffey, 2022]. Ce mouvement tend encore à s'accélérer avec le vieillissement de la population et l'augmentation continue des maladies chroniques [Murray & Lopez, 2013]. Pourtant, les facteurs influençant la performance des services d'aide et de soins à domicile sont encore peu documentés [Carrier, 2021]. Notamment, la gestion des soins par des entités privées ou publiques [Farsi et Filippini, 2004, 2005, 2008 ; Hollingsworth, 2008 ; Hsu, 2010 ; Steinmann et Zweifel, 2003], ainsi que la part des financements publics [Garcia-Escribano et al., 2022], semblent avoir des effets contrastés sur la performance des systèmes de soins. Or, ces effets demeurent inconnus dans le cas des services d'aide et de soins à domicile.

Cette communication vise à contribuer à combler ce manque. Elle fait suite à une analyse réalisée à Genève, en Suisse, questionnant l'efficacité du système de santé en lien avec le modèle de maintien à domicile public déployé par l'IMAD (Institution genevoise de maintien à domicile). Cette analyse compare les performances des systèmes de soins européens selon que les services d'aide et de soins y soient majoritairement gérés par des entités publiques ou privées. L'espace européen présente en effet l'avantage d'être suffisamment homogène en termes de population pour permettre des comparaisons entre systèmes de santé, tout en offrant une diversité de modes de gestion de ces systèmes. Afin de déterminer la place respective des entités publiques et privées dans la gestion des services d'aide et de soins à domicile dans chaque pays européen, nous nous sommes servis de la dernière revue systématique publiée à ce sujet [Genet et al., 2013]. Sur cette base, nous avons classé les pays européens en deux groupes : services de maintien à domicile à dominante publique d'une part, et services de maintien à domicile à dominante privée d'autre part.

Étant donné que les services d'aide et de soins à domicile peuvent avoir pour effet de réduire le recours à l'hospitalisation chez les personnes âgées [Defebvre, 2022], nous avons pris le recours aux diverses formes d'hospitalisation chez cette tranche d'âge – 65 ans et plus – comme critère de jugement principal. Nous avons ensuite retenu comme critère secondaire le principal indicateur de santé des populations âgées : l'espérance de vie en bonne santé après 65 ans. Nous avons également vérifié la comparabilité des groupes de pays en matière de pourcentage de la population âgée, de dépense de soins par habitant, de recours aux aides et soins à domicile et de nombre de places dans les établissements médico-sociaux (EMS) par habitant âgé. Enfin, le niveau de ressources destinées aux systèmes de soins pouvant impacter les résultats [OCDE, 2017], nous avons répété l'analyse sur les seuls pays à haut niveau de dépenses de santé, en prenant comme seuil la valeur actualisée de la moyenne des dépenses de santé par pays dans le monde, telle que fournie par la Banque Mondiale, soit 1 253€ en 2019¹.

Cet article comporte trois parties. Dans un premier temps, nous présentons plus en détails la méthode de comparaison suivie. Nous exposons ensuite les résultats obtenus. Enfin, nous discutons les limites de notre étude ainsi que les pistes de recherche qu'elle ouvre, en matière d'investigation des pratiques cliniques pouvant expliquer les différences observées.

¹<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

2. Méthode

2.1 Variable de groupe

Genet et ses collègues [2013] ont conduit, à notre connaissance, la dernière revue systématique de la place respective des organismes privés et publics dans les services d'aide et de soins à domicile dans les 27 pays de l'Union Européenne, ainsi qu'en Suisse, en Islande et en Norvège. Ces auteurs ont classé les offreurs de services d'aide et de soins à domicile dans ces pays en trois types : les organismes publics, appartenant à des autorités publiques (locales, régionales, ou nationales), les organismes privés – c'est-à-dire détenus par des capitaux privés – à but lucratifs, et les organismes privés à but non lucratifs. Dans un tableau de synthèse, Genet et al. [2013, pp 74-75] indiquent le poids relatif de chacun de ces types d'organisme par pays, en distinguant entre offreurs principaux et secondaires. Enfin, les auteurs ont précisé si ces types d'organisme offraient des services de santé, sociaux, ou les deux.

Afin de traduire ce classement en variable dichotomique, nous avons converti ce poids relatif des organismes publics ou privés en scores. À cette fin, nous avons attribué le score de 2 à tout type d'organisme offrant des services de santé et sociaux en tant qu'offreur principal, et le score de 1 à tout type d'organisme offrant uniquement des services de santé ou sociaux en tant qu'offreur principal. Nous avons également pris en compte le poids des offreurs secondaires, en attribuant le score de 1 à tout type d'organisme offrant des services de santé et sociaux en tant qu'offreur secondaire, et le score de 0.5 à tout type d'organisme offrant uniquement des services de santé ou sociaux en tant qu'offreur secondaire. Nous avons ainsi pu classer dans la catégorie à dominante publique les pays dans lesquels les offreurs publics obtenaient le plus grand score, et dans la catégorie à dominante privée les pays dans lesquels les offreurs privés – à but lucratif ou non – obtenaient le plus grand score. Nous avons écarté de l'analyse les pays dans lesquels aucun type d'organisme ne ressortait comme dominant. Le tableau 1 ci-dessous présente les résultats de cette classification. Pour la Suisse, la position indéterminée vient du fait que chaque canton définit sa politique et sa stratégie de santé et donc d'aide et de soins à domicile, donnant ainsi des modèles très différents d'un canton à l'autre. Le canton de Genève a choisi depuis les années 1990 un modèle privilégiant une forte orientation domiciliaire géré par une institution publique, le positionnant clairement dans un modèle à dominante publique.

Tableau 1. Classification des pays en dominante publique, privée, ou indéterminée

| Dominante publique (=16) | Dominante privée (=10) | Dominante indéterminée (n=4) |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| Danemark | Belgique | Suisse |
| Estonie | Bulgarie | Espagne |
| Irlande | Tchéquie | Malte |
| Grèce | Allemagne | Pologne |
| Croatie | France | |
| Italie | Luxembourg | |
| Chypre | Pays Bas | |
| Lettonie | Autriche | |
| Lituanie | Portugal | |
| Hongrie | Slovaquie | |
| Romanie | | |
| Slovénie | | |
| Finlande | | |
| Suède | | |
| Islande | | |
| Norvège | | |

L'application du critère de haut niveau de dépenses de santé a conduit à exclure de l'analyse la Bulgarie, la Roumanie, la Croatie, la Hongrie, la Lettonie, la Slovaquie et la Lituanie.

2.1 Variables de comparaison

Les variables de comparaison retenues ont été les suivantes :

1. Taux de recours à l'hospitalisation complète chez les personnes de 65 ans et plus ;
2. Taux de recours à l'hospitalisation de jour chez les personnes de 65 ans et plus ;
3. Nombre de lits d'hospitalisation complète pour 100 habitants de 65 ans et plus ;
4. Nombre de places en EMS pour 100 habitants de 65 ans et plus ;
5. Taux de recours aux services d'aides et de soins à domicile chez les personnes de 65 ans et plus ;
6. Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus ;
7. Dépenses de santé par habitant, en euros.

L'objectif de l'étude étant d'évaluer un possible effet groupe sur chacune des variables prise indépendamment, les différences de moyennes entre les deux groupes ont été appréciées, variable par variable, grâce à un test t unilatéral de Student pour échantillons indépendants. L'égalité des variances entre les deux groupes a été analysée par un test de Fischer. Lorsque la probabilité d'égalité des variances était inférieure à 5%, un test t de Welch a été privilégié.

En outre, les paramètres de forme (kurtosis et asymétrie) montrant de possibles écarts à la loi normale dans chacun des groupes, nous avons également procédé à des tests non-paramétriques (tests unilatéraux de Mann-Whitney). Nous avons considéré le groupe à dominante publique comme l'échantillon 1 (E¹) et le groupe à dominante privée comme l'échantillon 2 (E²). Lorsque la moyenne de E¹ était inférieure à celle de E², nous avons effectué des tests à gauche, et des tests à droite dans la situation inverse.

3. Résultats

Dans leur ensemble, nos résultats montrent que les pays à dominante publique présentent un taux de recours significativement plus faible à l'hospitalisation complète chez les personnes de 65 ans et plus, ainsi qu'un nombre de lits d'hospitalisation complète pour les personnes de cette tranche d'âge significativement inférieur. Cet écart est encore plus significatif si la comparaison se limite aux pays à haut niveau de dépenses de santé. De plus, bien que nous n'ayons pas observé de différence significative entre les deux groupes dans le taux de recours à l'hospitalisation de jour des personnes âgées, dans le taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile, dans le nombre de places en EMS rapporté à cette tranche d'âge, dans les dépenses de santé par habitant ou encore dans l'espérance de vie en bonne santé après 65 ans, les moyennes du groupe à dominante publique apparaissent systématiquement meilleures sur ces critères et elles le sont d'autant plus dans les pays à haut niveau de dépenses de santé.

En effet, les comparaisons de moyennes entre les deux groupes de pays, telles que présentées dans le tableau 2 ci-dessous, font apparaître deux différences significatives : d'une part, un moindre recours à l'hospitalisation complète chez les personnes de 65 ans et plus dans les pays à dominante publique (-3 points, $t(24) = 2,1$, $p = 0,05$; $U = 49,5$, $p = 0,05$), d'autre part, ce moindre recours s'accompagne d'un nombre de lits d'hospitalisation complète pour 100 personnes de cette tranche d'âge significativement inférieur (-0,65 lits, $t(24) = 2,7$, $p = 0,01$; $U = 40$, $p = 0,02$).

Tableau 2. Comparaison des moyennes pour l'ensemble des pays

| Dominante | N | Recours HC | Recours HDJ | Lits HC | Places EMS | Recours ASD | Taux 65 ans+ | Dépenses per capita |
|------------|----|------------|-------------|----------------|----------------|-------------|--------------|---------------------|
| Publique | 16 | 16 (3) | 16 (10) | 1,87 (0,67) | 2,98 (1,44) | 8 (3) | 23 (3) | 2 862 (2 084) |
| Privée | 10 | 19 (5) | 18 (11) | 2,52 (0,67) | 4,12 (2,29) | 11 (7) | 23 (3) | 3 382 (1 817) |
| Différence | | -3* | -2 | -0,65* | -1,14 | -3 | 0 | - 520 |

* $p \leq 0,05$

Les écarts-types sont indiqués entre parenthèses.

Sur ces deux variables, la taille de l'effet groupe augmente et la probabilité d'erreur en rejetant l'hypothèse d'égalité des moyennes diminue, si l'on concentre l'analyse sur les seuls pays à haut niveau de dépenses de santé. Comme montré dans le tableau 3 ci-dessous, le recours à l'hospitalisation complète est alors inférieur de 4 points dans les pays à dominante publique ($t(17) = 2,2$, $p = 0,04$; $U = 22,5$, $p = 0,04$), et l'écart en nombre de lits s'élève à -0,89 pour 100 habitants de 65 ans et plus ($t(17) = 3,3$, $p = 0,003$; $U = 14$, $p = 0,007$).

Tableau 3. Comparaison des moyennes pour les pays à haut niveau de dépenses de santé

| Dominante | N | Recours HC | Recours HDJ | Lits HC | Places EMS | Recours ASD | Taux 65 ans+ | Dépenses per capita |
|------------|----|------------|-------------|----------------|----------------|-------------|--------------|---------------------|
| Publique | 11 | 15 (2) | 20 (11) | 1,51 (0,34) | 3,10 (1,41) | 9 (3) | 22 (4) | 3 726 (1 968) |
| Privée | 8 | 19 (5) | 20 (12) | 2,39 (0,69) | 4,35 (1,93) | 12 (7) | 23 (3) | 4 000 (1 429) |
| Différence | | -4* | -1 | -0,89** | -1,25 | -4 | -1 | -273,74 |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Les écarts-types sont indiqués entre parenthèses.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux groupes de pays dans le taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile, dans le nombre de places en EMS rapporté à cette tranche d'âge, ni dans les dépenses de santé par habitant. En revanche, la moyenne de ces variables est inférieure dans le groupe de pays à dominante privée, alors que la moyenne de l'espérance de vie en bonne santé, présentée dans le tableau 4 ci-dessous, y est légèrement supérieure.

Tableau 4. Comparaison des moyennes de l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans

| Dominante | Ensemble des pays | | | Pays à haut niveau de dépenses de santé | | |
|------------|-------------------|----------------|----------------|-----------------------------------------|-----------------|-----------------|
| | Hommes | Femmes | Totale | Hommes | Femmes | Totale |
| Publique | 9,28 (3,65) | 9,41 (3,69) | 9,36 (3,65) | 10,9 (3,21) | 10,95 (3,38) | 10,95 (3,26) |
| Privée | 9,01 (2,01) | 9,32 (2,43) | 9,18 (2,21) | 9,54 (1,45) | 9,76 (2,04) | 9,65 (1,76) |
| Différence | 0,265 | 0,086 | 0,1825 | 1,36 | 1,19 | 1,30 |

Les écarts-types sont indiqués entre parenthèses.

4. Discussion

Les études qui se sont précédemment intéressées aux effets du caractère public ou privé de la gestion des services de santé ont porté principalement sur les hôpitaux [Farsi et Filippini, 2004, 2005, 2008 ; Hollingsworth, 2008 ; Hsu, 2010 ; Steinmann et Zweifel, 2003] ou sur la part des financements publics [Garcia-Escribano et al., 2022]. Notre étude complète cet état de l'art en étendant ce questionnement aux services d'aide et de soins à domicile.

En outre, les études citées ci-dessus conduisent à des conclusions contradictoires, certains auteurs observant des différences de performance entre établissements publics et privés, et d'autres non. Notre travail propose une piste de solution à ces contradictions : les effets du caractère public ou privé de la gestion des services de santé peuvent être appréhendés au niveau systémique et non pas seulement au niveau des organisations elles-mêmes. Ainsi, nos résultats montrent que la gestion publique d'une composante du système – les services d'aides et de soins à domicile – peut induire des économies pour une autre composante de ce système – l'hospitalisation complète – sans être accompagnée d'une réduction de l'espérance de vie en bonne santé. Dans cette perspective, mieux comprendre les impacts d'une gestion publique ou privée des organisations de santé implique de considérer les effets des interactions entre les niveaux de recours au sein d'un système de santé.

Notre étude montre aussi des résultats qui, s'ils ne sont pas statistiquement significatifs, interrogent sur d'autres possibles conséquences positives de la gestion publique du maintien à domicile. Ainsi, le nombre de lits en EMS rapporté à la population de 65 ans et plus est en moyenne inférieur dans le groupe de pays à dominante publique. De surcroît, l'écart sur cet indicateur avec le groupe de pays à dominante privée s'accroît si l'on considère uniquement les pays à haut niveau de dépenses de santé.

Rapportée au contexte de Genève et de sa politique avancée de maintien à domicile, cette étude tend à montrer le bien-fondé de la stratégie genevoise. Le taux d'hospitalisation en soins aigus y est par exemple nettement inférieur à la moyenne suisse (132.5 pour 1000 habitants à Genève contre 141.6 en moyenne suisse)¹, et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux y est plutôt élevée en comparaison suisse, tenant compte du fait que l'utilisation importante de l'ambulatorie diminue la proportion de séjours de très courte durée². Genève est aussi l'un des cantons de Suisse (le 3^{ème} sur 26) avec le plus haut recours aux soins à domicile pour les 65 ans et plus³, et celui dont la proportion de personnes peu dépendantes en soins en maison de retraite est la plus basse de Suisse⁴. On peut aussi relever que, pour ce qui est de l'institutionnalisation, Genève se situe bien en dessous de la moyenne suisse puisque le canton présente un taux de 4,9 places en EMS pour 100 habitants de 65 ans et plus alors que la moyenne suisse est à 5,8 places. Rapporté à la moyenne suisse, Genève aurait dû consentir à près de 760 lits supplémentaires soit 18,4% de plus qu'il n'en compte aujourd'hui.

D'autres recherches sont néanmoins nécessaires pour progresser dans la connaissance des impacts de la gestion publique du maintien à domicile, et dépasser les limites intrinsèques à notre étude. Notamment, la relative ancienneté de la dernière comparaison systématique des modèles d'aide et de soins à domicile en Europe (2013) justifierait une mise à jour. De plus, nous avons effectué une comparaison des pays européens en coupe transversale, en utilisant les dernières données disponibles (2019). Ce choix méthodologique se fonde sur l'hypothèse qu'il n'y a pas eu de réformes structurelles des services d'aide et de soins à domicile

¹ <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-dhospitalisation-en-soins-aigus-psychiatrie-et-readaptation>

² <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/duree-des-sejours-hospitaliers-en-soins-aigus-psychiatrie-et-readaptation>

³ <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/recours-aux-soins-a-domicile>

⁴ <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/residents-peu-dependants-de-soins-en-ems>

dans les pays européens entre 2013 et 2019, qui auraient amené à devoir reclassifier certains d'entre eux. Une analyse de type longitudinale serait requise pour vérifier la justesse de ce postulat.

Enfin, une enquête plus micro et qualitative, par exemple par étude comparative de cas, serait nécessaire pour comprendre les chaînes causales à l'œuvre entre la gestion publique ou privée du secteur domiciliaire et le recours à l'hospitalisation complète des personnes âgées. Une comparaison des pratiques cliniques, et notamment des pratiques d'adressage des personnes âgées vers les services hospitaliers, entre des organisations situées dans des pays à forte dominante publique – par exemple : les pays scandinaves – et des pays à forte dominante privée – par exemple : les pays du Bénélux – pourrait apporter ce type de complément.

Références

- Bonnet-Zamponi, D., & Ecoffey, C. (2022). Les enjeux du virage ambulatoire. *ADSP*, 118, 1-1.
- Carrier, A. (2021). « Performance » et pratique professionnelle dans les services de soutien à domicile offerts aux aînés : effets et actions possibles pour assurer un développement durable. *Phronesis*, 10(4), 156–178.
- Defebvre, M.-M. (2022). Le virage ambulatoire dans le secteur des soins aux personnes âgées. *ADSP*, 118, 42-46.
- Farsi, M., & Filippini, M. (2008). Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland. *Health economics*, 17(3), 335-350.
- Farsi, M., & Filippini, M. (2005). *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*. Università della Svizzera italiana, Lugano.
- Filippini M and Farsi M. (2004). *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*. Final report to the Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Office for Social Security, Bern.
- Garcia-Escribano, M. M., Juarros, P., & Mogue, M. T. (2022). *Patterns and drivers of health spending efficiency*. International Monetary Fund, New York.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman, R.B. (2013). Home care across Europe: Current structure and future challenges. *Observatory Studies Series*, 27. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448-457.
- OCDE. (2017). Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE. In *Panorama de la santé 2017*, 35-50.
- Hsu, J. (2010). *The relative efficiency of public and private service delivery*. World Health Report Background Paper, 39, 1-9.
- Steinmann, L., & Zweifel, P. (2003). On the (in) efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 35(3), 361-370.