



Prise en charge des personnes âgées  
dépendantes en France :

Ça vous coûterait quoi de faire mieux ?

*New Deal de la prise en charge des personnes âgées  
dépendantes, une évaluation socio-économique*

Auteurs correspondants :

Julie de Brux : [julie.debrux@citizing-consulting.com](mailto:julie.debrux@citizing-consulting.com)

Tatiana Martinez Zavala : [tatiana.martinez@citizing-consulting.com](mailto:tatiana.martinez@citizing-consulting.com)



## Table des matières

Résumé non technique .....	4
<b>1. Dépendance : où en sommes-nous et où voulons-nous aller ? .....</b>	<b>5</b>
1.1 Population âgée et dépendance.....	5
1.2 La demande de services de santé.....	8
1.3 La prise en charge des personnes âgées aujourd’hui, en France .....	8
1.4 Les services à domicile de demain : quelques tendances internationales .....	9
<b>2. L’évaluation socio-économique, méthode générale .....</b>	<b>11</b>
2.1 Le principe .....	11
2.2 Spécificités de l’évaluation socio-économique.....	11
2.3 Les indicateurs calculés .....	12
<b>3. L’évaluation socio-économique appliquée au New Deal des services à domicile de demain .....</b>	<b>13</b>
3.1 Bénéfices du bouquet de services.....	14
3.1.1 Réduction des passages aux urgences .....	14
3.1.2 Réduction des hospitalisations.....	15
3.1.3 Réduction de l’appréhension des chutes et accidents.....	16
3.1.4 Réduction de la dépression .....	17
3.1.5 Retardement de l’entrée en EHPAD .....	18
3.1.6 Prolongation de l’autonomie .....	21
3.1.7 Sens de l’action et diminution de l’absentéisme des professionnels.....	21
3.1.8 Déplacements évités des médecins.....	22
3.2 Les coûts du New Deal.....	23
3.2.1 Etape 1 : Diagnostic et coordination .....	23
3.2.2 Etape 2 : Bouquet de services .....	23
3.2.3 Coût total du New Deal.....	24
<b>4. Résultats socio-économiques et discussion .....</b>	<b>25</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>27</b>

## Résumé non technique

Les évolutions démographiques françaises vont entraîner un doublement du nombre de personnes de plus de 75 ans (de 6 millions en 2019 à 14 millions de personnes en 2070, INSEE 2019). En conséquence, les projections d'évolution du nombre de personnes âgées en situation de dépendance sont également alarmantes : selon la Drees, entre 2017 et 2060, le nombre de personnes classées comme dépendantes (Groupes Iso-Ressources 1 à 4) devrait passer de 1,3 à près de 2,5 millions.

Face au vieillissement, les français ont exprimé leur vive préférence pour le maintien à domicile plutôt que pour le placement en établissement (concertation pour le Grand Age et Rapport Libault, 2019). Mais le financement du secteur de l'aide à domicile est insuffisant et les professionnels sont en grande souffrance : ils manquent de reconnaissance et de temps pour bien faire le travail (rapport El Khomri, 2019).

Malgré cette crise du Grand Age, de nombreuses expérimentations localisées sont en cours en France. Certains pays étrangers ont également mis en place des **services personnalisés pour les personnes à domicile, permettant une prise en charge globale**.

C'est sur ce modèle qu'un **New Deal pour le grand âge au domicile** est proposé. Au delà des services d'aide à domicile traditionnels, il prévoit pour toutes les personnes âgées dépendantes, de l'aide administrative, une coordination efficace avec les services médicaux, de l'accompagnement favorisant le lien social et des ateliers de formation au numérique.

**Le coût de ce New Deal a été estimé à près de 3,7 milliards d'€ par an.** Dans un contexte de finances publiques tendues, il est légitime de s'interroger sur la pertinence d'une telle dépense, afin d'éviter les mesures dites de « confort » et l'empilement de dispositifs qui nuisent à la lisibilité et à l'efficacité de l'action publique. C'est dans la perspective de répondre à cette question que cette évaluation socio-économique a été menée.

**L'évaluation socio-économique** est un outil d'aide à la décision publique, fortement utilisé dans le secteur des infrastructures et reconnu académiquement, qui permet de s'assurer qu'un projet ou dispositif est plus créateur de valeur qu'il ne coûte. La création de valeur est entendue au sens large et **nécessite donc de tenir compte des impacts économiques comme sociétaux**. Une valeur monétaire leur est attribuée.

Il ressort de cette évaluation que **le New Deal serait neutre financièrement puisque les impacts attendus génèreront près de 3,7 milliards d'économies par an et 700 millions de gains sociétaux**. Parmi les impacts attendus, on relève notamment une diminution du recours aux urgences, et du nombre de séjours hospitaliers, un retardement des dépenses liées au placement en établissement et une diminution du montant total d'allocations personnalisées d'autonomie (APA) à domicile à verser, compte tenu de la prolongation de la durée de vie en autonomie.

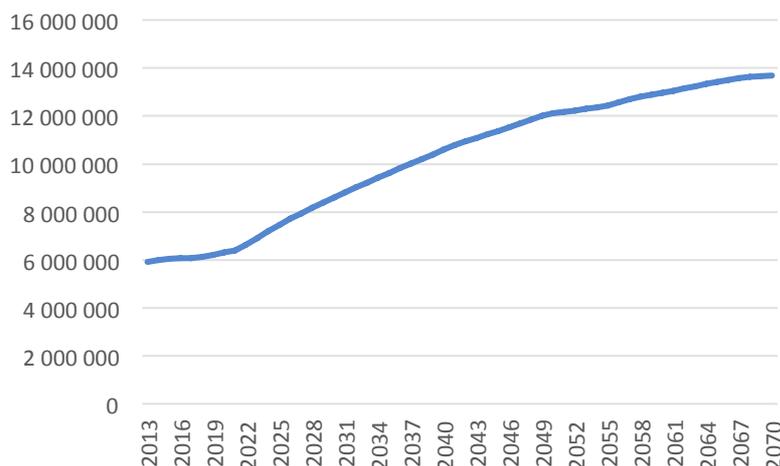
**Invitant à considérer la totalité des impacts de l'action publique et non simplement l'impact financier immédiat, ce rapport, conservateur dans son approche, propose des résultats optimistes : l'Etat a les moyens de proposer à ses anciens une vie épanouie au domicile, puisque faire mieux ne coûterait rien.**

## 1. Dépendance : où en sommes-nous et où voulons-nous aller ?

### 1.1 Population âgée et dépendance

Alors que près de 6 millions des personnes aujourd'hui ont 75 ans ou plus, les projections de l'Insee suggèrent une forte augmentation dans les 50 ans à venir du nombre de personnes dans cette tranche d'âge, atteignant près de 14 millions en 2070.

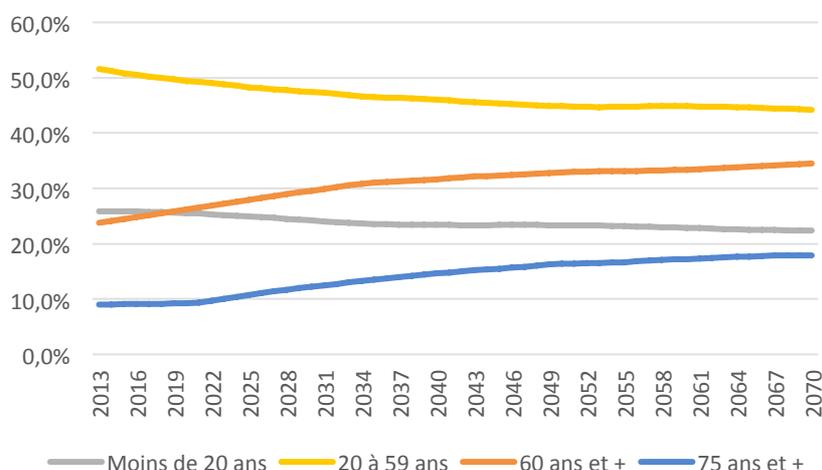
Figure 1 : Projection de la population de 75 ans et plus



Source : Insee, Hypothèse centrale

Si la population des seniors de plus de 75 ans va plus que doubler en 50 ans, il ne s'agit pas d'une tendance démographique homogène : en effet, les projections de structure de la population française suggèrent une forte augmentation de la population des 60 ans et plus, relativement au reste de la population. La Figure 2 ci-dessous, montre l'évolution de la structure de la population selon les projections de l'Insee à l'horizon 2070 : la part relative de la population de 60 ans et plus augmente de plus de 10 points, pour représenter un tiers de la population en 2070, alors qu'elle en représentait moins d'un quart au début de la décennie.

Figure 2 : Le vieillissement de la population en France



Source : Insee, Hypothèse centrale

Le degré de dépendance des personnes âgées est déterminé en s'appuyant la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources), outil d'évaluation élaboré par des médecins de la Sécurité sociale, de la Société française de Gérontologie et par des informaticiens.

Cette grille s'est imposée comme l'outil de référence national permettant d'évaluer les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales essentielles de la vie quotidienne. Elle est notamment utilisée dans le cadre de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette grille détermine au travers d'une série de questions, l'appartenance de la personne âgée à l'un des 6 groupes GIR. Les différents groupes et leurs implications sont présentés dans le Tableau 1 : Description des Groupes Iso-Ressources (GIR) ci-dessous.

Tableau 1 : Description des Groupes Iso-Ressources (GIR)

Groupe GIR	Caractéristiques	Droit à l'APA
<b>GIR 1</b>	Personnes confinées au lit, dont les facultés mentales sont gravement altérées, et qui ont besoin d'une présence continue d'intervenants. Les personnes en fin de vie.	Oui
<b>GIR 2</b>	Personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées, et qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Les personnes qui ont des fonctions mentales altérées, mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.	Oui
<b>GIR 3</b>	Personnes ayant conservé leurs facultés mentales mais qui ont besoin plusieurs fois par jour d'aides pour les soins corporels.	Oui
<b>GIR 4</b>	Personnes ne faisant pas leur transfert seules (par exemple se lever seules du fauteuil) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et pour s'habiller. Personnes n'ayant pas de problème pour se déplacer mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour la préparation des repas.	Oui
<b>GIR 5</b>	Personnes qui peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques : préparation des repas, ménage.	Non
<b>GIR 6</b>	Personnes autonomes pour tous les actes importants de la vie courante.	Non

Source : Pour les personnes âgées, Ministère des Solidarités et de la Santé

Alors que seuls les GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA, les données présentées dans le Tableau 2 ci-dessous indiquent que certaines personnes en GIR 5 et 6 l'ont reçue en 2017, suite à des expérimentations départementales ou des régimes de retraite.

Nous observons également une répartition singulière des lieux de vie des personnes âgées en fonction de leur GIR. Parmi les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 et 2), près de 70 % sont en établissement (EHPAD), tandis que les GIR 3 et 4, qui sont moins dépendants, habitent, pour près de 75% d'entre eux, à leur domicile.

Tableau 2 : Bénéficiaires de l'APA en 2017

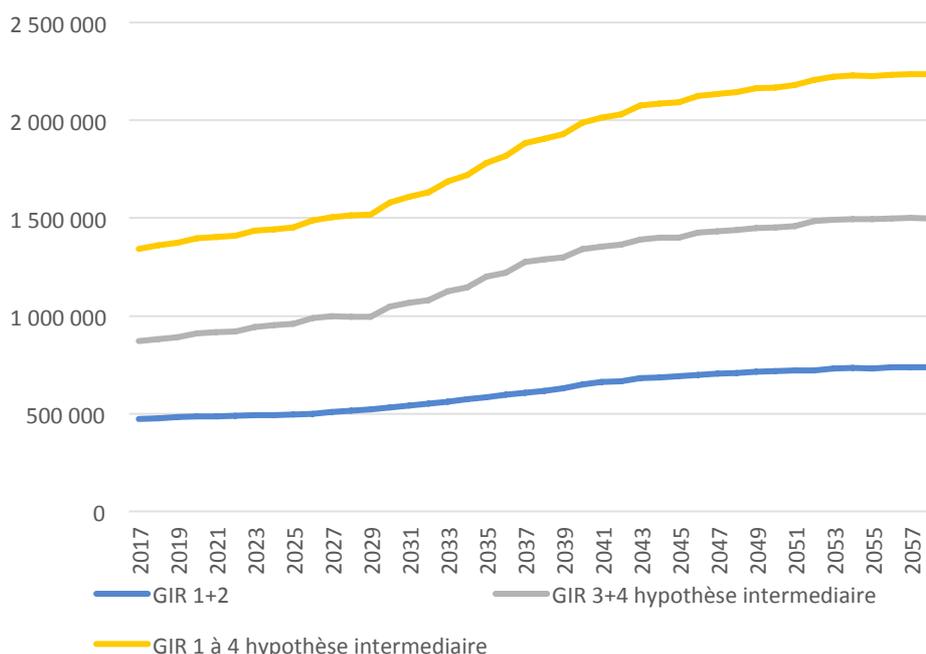
GIR	Domicile	Etablissement	Total
<b>GIR 1</b>	17.549	85.260	102.809
<b>GIR 2</b>	128.272	230.211	358.483
<b>GIR 3</b>	172.113	93.513	265.626
<b>GIR 4</b>	447.276	124.341	571.617

<b>GIR 5, 6 et inconnu</b>	3.627	7.754	11.381
<b>Total</b>	<b>768.837</b>	<b>541.079</b>	<b>1.309.916</b>

Source : Base de données APA - détail par GIR, Drees 2017

Au global en 2017, les données de la Drees montrent que plus de 1,3 millions de personnes âgées recevaient l'APA (sur 17 millions de personnes de plus de 60 ans, et 6 millions de plus de 75 ans). Les projections de la Drees suggèrent que les personnes âgées girées 1 à 4 atteindront près de 2,5 millions en 2060 comme évoqué dans la Figure 3 ci-dessous.

Figure 3 : Evolution de la dépendance des personnes âgées



Source : Drees, Hypothèse intermédiaire

Les projections de l'Insee concernant la population âgée dépendante sont plus pessimistes que celles de la Drees, prévoyant près de 4 millions en 2050<sup>1</sup>, soit près du double des projections de la Drees pour 2050.

L'Insee suggère deux phases dans l'évolution du taux de prévalence de la perte d'autonomie d'ici 2050. Au niveau national, de 2015 à 2027, le pourcentage de seniors en perte d'autonomie diminuerait très légèrement, de 15,3 % à 14,8 %, essentiellement du fait de l'arrivée des baby-boomers dans les âges seniors qui pourraient contribuer à rajeunir cette population et augmenteraient ainsi la proportion de seniors autonomes dans les actes de la vie quotidienne. Néanmoins, à partir de 2021, la part de « jeunes » seniors (moins de 75 ans) parmi les 60 ans ou plus commencerait à diminuer, pour être inférieure à son niveau de 2015 à partir de 2024. À partir de 2027, le taux de prévalence national de perte d'autonomie

<sup>1</sup> Larbi, K., & Roy, D. (2019). « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. » Insee Première N.1767. Accédé en septembre 2019 sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

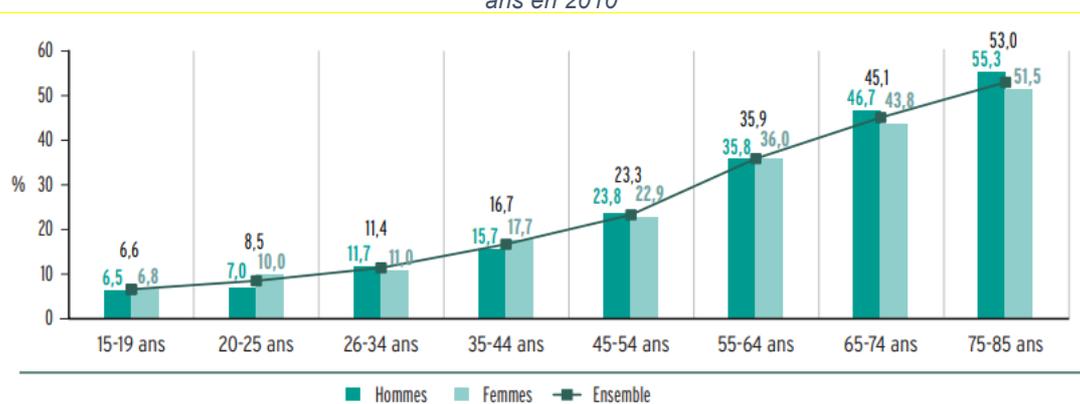
<sup>2</sup> Léon C., Beck F., dir. (2014) « Les comportements de santé des 55-85 ans. » Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 192 p.

parmi la population de plus de 60 ans augmenterait, passant de 14,8 % à 16,4 % en 2050. Cette augmentation serait due à l'arrivée des baby-boomers aux grands âges.

## 1.2 La demande de services de santé

Les projections démographiques du vieillissement de la population française permettent d'estimer une hausse des dépenses de santé liées à des maladies chroniques, ou de long-terme. Selon l'étude « Les comportements de santé des 55-85 ans »<sup>2</sup> de l'Inpes, alors que 20% de la population française est atteinte d'une maladie chronique, c'est le cas de plus de 50% de la population âgée de plus de 75 ans, nécessitant donc des soins réguliers.

Figure 4 : Prévalence des personnes se considérant malades chroniques suivant le sexe et l'âge parmi les 15-85 ans en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes

Les personnes âgées sont aussi plus susceptibles de recourir aux soins, avec 92,4% des personnes entre 55 et 85 ans ayant consulté au moins une fois un médecin au cours des 12 derniers mois, contre 82,8% des 15-54 ans. Cette tendance du recours accru aux soins avec l'âge est aussi observée concernant l'hospitalisation, avec 16,1% des personnes âgées ayant été hospitalisées au moins une nuit dans les 12 derniers mois, contre 12,2% des 15-54 ans, et encore plus significative avec l'avancée en âge, s'élevant à 20,4% pour les 75-85 ans.

## 1.3 La prise en charge des personnes âgées aujourd'hui, en France

L'intervention publique pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes se traduit essentiellement par le mécanisme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (« APA »).

Selon leur degré de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) et leur situation, les personnages âgés de 60 ans ou plus peuvent bénéficier de l'APA, destinée au paiement soit des dépenses nécessaires au maintien à leur domicile malgré la perte d'autonomie (« APA à domicile »), et ce, en tout ou partie, en fonction des revenus du ménage ; soit d'une partie du tarif dépendance facturé par l'établissement médico-social d'accueil, notamment un EHPAD<sup>3</sup> (« APA en établissement »).

L'APA à domicile est attribuée après visite au domicile du demandeur par un professionnel de l'équipe médico-sociale du département concerné qui, s'il y a lieu, propose un plan d'aide comprenant, par exemple :

<sup>2</sup> Léon C., Beck F., dir. (2014) « Les comportements de santé des 55-85 ans. » Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 192 p.

<sup>3</sup> Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

- la rémunération d'une aide à domicile ou d'un accueillant familial,
- des aides pour le transport,
- la livraison de repas à domicile,
- des aides techniques et mesures d'adaptation du logement,
- un accueil temporaire (en établissement ou en famille d'accueil).

Les mesures d'aides techniques et d'adaptation étant peu connues, les demandes d'APA à domicile se concentrent essentiellement autour de l'aide à domicile (aide au coucher et au lever, à la toilette, etc.), qui ne permet pas à elle seule de répondre de façon globale aux besoins de la personne en perte d'autonomie.

L'APA établissement est destinée à couvrir une partie du tarif dépendance facturé par l'établissement d'accueil. Il est à noter que le coût d'accueil en EHPAD se compose des frais liés à la dépendance (« tarif dépendance ») et des frais liés à l'hébergement (« tarif hébergement »).

Le rapport Libault<sup>4</sup> met en avant le souhait, exprimé par une très forte majorité des participants à la concertation sur le grand âge et l'autonomie (plus de 80%), de renforcer le maintien à domicile plutôt que l'entrée en établissement des personnes âgées dépendantes.

Alors que les services classiques d'aide à domicile sont fortement créateurs de valeur<sup>5</sup>, les expériences internationales suggèrent des pistes que la France pourrait déployer pour vivre plus durablement et en meilleure santé au domicile.

#### 1.4 Les services à domicile de demain : quelques tendances internationales

Un rapport du Conseil de l'âge de mars 2019 établit une analyse des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées<sup>6</sup> dans neuf pays : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Suède, le Québec, la Belgique, les Pays-Bas et le Japon. Cette analyse permet de dégager les caractéristiques principales des politiques mises en œuvre ainsi que les tendances des orientations pour les politiques à venir.

Ainsi, dans les pays étudiés des solutions diverses sont mises en œuvre ;

- s'agissant des modalités d'intervention, l'on retrouve des **prestations en nature ou en espèces ou des mesures fiscales** ;
- des solutions visant à renforcer **l'intégration et la coordination du sanitaire et du social** : fonction des « *care managers* » au Québec, au Japon et dans les pays nordiques, infirmiers de proximité coordonnateurs aux Pays-Bas, centres de coordination en Belgique ;
- des mesures visant à renforcer la **professionnalisation, la reconnaissance, l'autonomie, et la qualité de vie au travail des professionnels** tout en développant le soutien aux aidants et la reconnaissance des bénévoles ainsi qu'une meilleure communication entre professionnels et bénévoles. Les propositions du rapport El Khomri « revalorisation des métiers du grand âge » d'octobre 2019 fait d'ailleurs pour la France des recommandations en ce sens ;

---

<sup>4</sup> Rapport de la concertation « Grand âge et autonomie », mars 2019, Dominique Libault

<sup>5</sup> Etude Adessadomicile, 2018

<sup>6</sup> « Les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales », Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, Conseil de l'âge, mars 2019

- des **réponses à la fois collectives notamment en matière de logement** (petits logements partagés en Allemagne et aux Pays-Bas, ressources intermédiaires au Québec, habitats adaptés en Suède...), **et individuelles via le développement des technologies** permettant d'assurer la sécurité des personnes seules (Danemark, Japon) ;
- des **activités** conformes au concept de « bien vieillir » et **contribuant au soutien à domicile**, notamment pour les troubles cognitifs (développement des centres de jour, implication des personnes dans leur propre prise en charge, intervenants en loisirs au Québec).

Au-delà de la diversité des politiques constatées dans les pays analysés et face aux tendances d'évolution démographiques, le rapport dégage des orientations communes parmi lesquelles :

- la priorité donnée au soutien à domicile,
- le développement et la diversification de l'offre de services, comme des activités d'accompagnement à la vie sociale, ou de prévention des chutes
- le renforcement de l'échelon local dans la mise en œuvre des aides et dans l'appui à l'innovation,
- la recherche d'une meilleure qualité de soins,
- l'importance accordée à la coordination et à l'intégration entre professionnels et entre sanitaire et social,
- l'utilisation des nouvelles technologies, comme outil d'intégration, de coordination des services ou encore de suivi et d'aide aux personnes et aux professionnels.

Ces tendances internationales mettent en évidence l'intérêt stratégique des dispositifs mis en œuvre pour favoriser une vie épanouie au domicile, pour des personnes âgées dépendantes dont le nombre ne devrait cesser de croître. Mais face aux souhaits exprimés au travers des diverses concertations et aux rapports publics diagnostiquant des dysfonctionnements et suggérant des pistes de remèdes, la logique budgétaire est souvent implacable : la France peut-elle assumer le coût de dispositifs aussi complets ? Ces dispositifs ne sont-ils pas de l'ordre du confort ? Sont-ils au contraire créateurs de valeur ?

Dans les sections suivantes, nous expliquons la démarche et les principes de l'évaluation socio-économique, qui est ensuite appliquée à un bouquet de services que la France pourrait proposer à ses aînés. Cette évaluation montre que les impacts économiques et sociaux générés par ce « bouquet de services » sont largement à la hauteur des investissements à engager, qui peuvent dès lors être qualifiés de rentables à long terme.

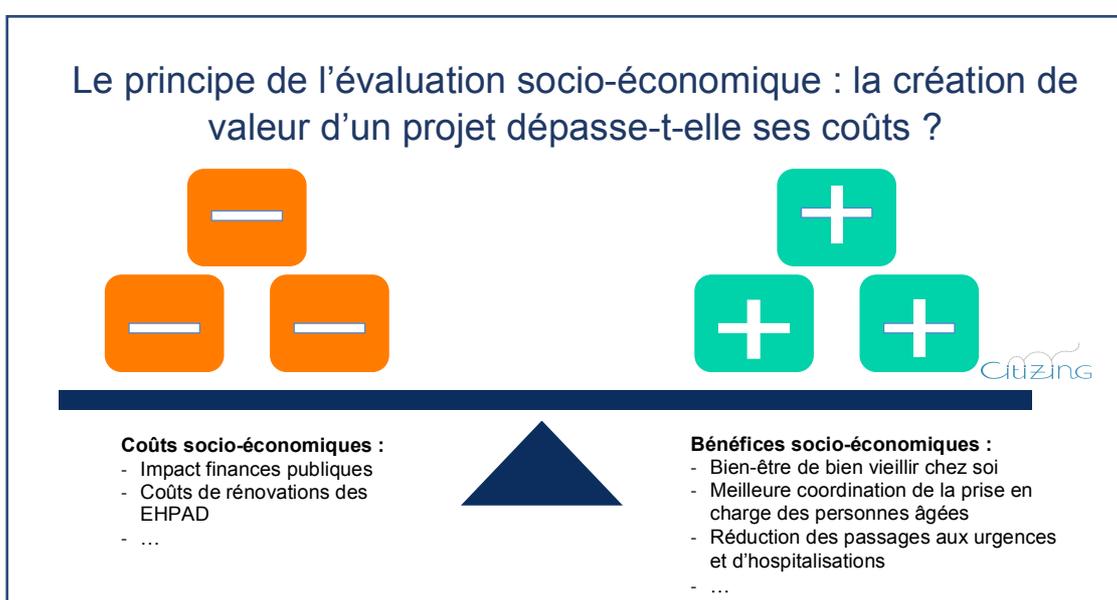
La littérature académique issue d'exemples étrangers est mobilisée tout du long pour les calculs.

## 2. L'évaluation socio-économique, méthode générale

### 2.1 Le principe

En contexte de finances publiques contraintes, l'évaluation socio-économique constitue un outil d'aide à la décision publique permettant de mesurer l'utilité de l'investissement. Grâce à l'analyse coûts-bénéfices, elle vise à déterminer si, compte tenu de son coût, un projet est suffisamment créateur de valeur. Elle consiste à comparer les coûts et les bénéfices de toutes natures, pour l'ensemble des acteurs du projet, et à long terme.

Les dispositifs publics touchent en effet directement ou indirectement de nombreux acteurs. On comprend alors que les coûts et bénéfices des dispositifs ne sont pas uniquement financiers ; ils peuvent être de nature économique et sociale.



### 2.2 Spécificités de l'évaluation socio-économique

Deux particularités caractérisent les évaluations socio-économiques :

#### Des évaluations en différentiel

Ces évaluations ne peuvent qu'être différentielles entre une situation **sans le projet ou dispositif** (appelée option de référence ou contrefactuel) et une situation **avec mise en place du projet / dispositif** (appelée option de projet). Ainsi, les résultats de ces études indiquent le delta de création (ou de destruction) de valeur par rapport à l'absence de projet.

Pour caractériser le contrefactuel, en l'absence du bouquet de services à domicile de demain, nous considérerons le statu quo : une partie des personnes âgées ira en établissement, tandis qu'une autre partie accèdera à l'aide à domicile de base.

Le contrefactuel et l'option de projet se placent dans un cadre commun appelé « scénario de référence », lequel rassemble des « hypothèses claires, crédibles et fondées relatives au contexte d'évolution future, exogène au projet ».

## La monétarisation

Afin de comparer des coûts et bénéfices de différentes natures, ceux-ci doivent être exprimés dans une unité commune. Par convention, c'est l'unité monétaire, via l'exercice de monétarisation.

La monétarisation des impacts peut s'effectuer de plusieurs façons :

- Lorsque l'impact constitue un impact économique direct, il s'exprime directement en unité monétaire, à l'instar des coûts évités liés à la diminution des durées d'hospitalisation par exemple.
- Pour d'autres impacts, des valeurs de référence (dites valeurs tutélaires) peuvent être utilisées. Le Rapport Quinet<sup>7</sup> définit un certain nombre de valeurs tutélaires, telles que la valeur du temps, ou encore la valeur de la vie humaine.
- Lorsque de telles valeurs de référence n'existent pas, les impacts qui ont pourtant une traduction en termes de bien-être, sont monétarisés en extrapolant les résultats d'articles académiques. Ces articles peuvent mobiliser une des deux méthodologies suivantes :
  - La première a pour objet de faire « révéler les préférences » des individus, et *in fine* à leur donner une valeur : ce sont les techniques de préférences déclarées ou révélées, ou celles de prix hédoniques. Par exemple, ces méthodes permettent de révéler le consentement à payer (CAP) des aidants familiaux pour avoir une journée de répit ;
  - La deuxième évalue les coûts ou bénéfices économiques complets et à long-terme attribuables aux impacts : par exemple, Courtioux et al<sup>8</sup>. ont estimé les bénéfices socio-économiques de la diplomation universitaire (baccalauréat et BTS) : pour l'individu (salaire supplémentaire), l'Etat (TVA, IRPP, cotisations sociales) et la collectivité (externalités positives liées à une meilleure santé, à une plus grande stabilité économique et politique, à l'environnement, à la criminalité<sup>9</sup>).

## 2.3 Les indicateurs calculés

Une fois l'ensemble des coûts et bénéfices directs et indirects, traduits dans l'unité monétaire, des indicateurs peuvent être calculés. Parmi les indicateurs purement économiques, on peut regarder **si le dispositif est plus coûteux qui ne rapporte, ou s'il est au contraire neutre ou bénéficiaire**. On peut également agréger les gains sociaux et économiques et calculer une **création ou destruction de valeur socio-économique**.

Une **Valeur Actualisée Nette (VAN) Socio-économique** est alors calculée. Elle exprime la création de valeur collective créée par le projet (gains socio-économiques), nette des coûts du projet, sur l'ensemble de la vie du projet, ramenée en une valeur d'aujourd'hui. En d'autres termes, ce sont les bénéfices socio-économiques, moins les coûts socio-économiques.

Une VAN > 0 indique un projet plus créateur de valeur qu'il ne coûte. Il est socio-économiquement souhaitable.

---

<sup>7</sup> Rapport Quinet 2013, Guide de l'Évaluation Socioéconomique des Investissements Publics (France Stratégie et Direction Générale du Trésor).

<sup>8</sup> Pierre Courtioux et Arnaud Chéron (2018), Pôle de recherche en économie, EDHEC Business School.

<sup>9</sup> Mark A. Cohen, Roland T. Rust, Sara Steen & Simon T. Tidd (2004), « Willingness-To-Pay for Crime Control Programs », *Criminology*, 42, pp.89-110

### 3. L'évaluation socio-économique appliquée au New Deal des services à domicile de demain

Le New Deal des services à domicile imaginé pour demain est une prise en charge globale de la personne âgée dépendante, qui mise beaucoup sur la prévention, en vue d'éviter des dépenses futures et de favoriser l'épanouissement plutôt que la survie au domicile.

**Ce bouquet global se caractérise par des rendez-vous réguliers de diagnostics des besoins et de mise en place et coordination des interventions, parmi lesquelles de l'aide à domicile traditionnelle, de l'aide administrative, de la coordination entre l'aide et les soins, des ateliers de formation à l'utilisation des technologies de téléassistance, de consultations à distance, mais aussi de maintien du lien familial, des ateliers collectifs de prévention des chutes et d'accompagnement à la vie sociale, pouvant se matérialiser par des services de transport.**

Un certain nombre de ces services fait déjà l'objet d'expérimentations en France (Association Ain Domicile Services, certains SPASAD, etc.). A défaut d'évaluations quantitatives systématiques de ces expérimentations, nous nous référons à des retours d'expérience de pays étrangers qui ont une plus forte culture de l'évaluation.

Pour s'assurer de ne pas surestimer l'ampleur des effets, **nous nous focalisons sur les évaluations académiques mobilisant des méthodes telles que les essais randomisés contrôlés (RCT pour randomized control trial en anglais) promus par les Nobel d'économie 2019, Banerjee et Duflo.** Les RCT sont un type d'étude scientifique utilisé dans de multiples domaines, tels que la psychologie, les soins infirmiers, l'éducation, l'agriculture, l'économie et la médecine. Ils font partie des **meilleurs moyens d'évaluer les effets bénéfiques et néfastes de politiques publiques.** Une étude de type RCT, comme celles sur lesquelles nous nous basons, se déroule généralement de la façon suivante : après l'évaluation pour éligibilité dans l'étude (avoir plus de 60 ans, être en perte d'autonomie, par exemple), les participants à l'étude sont aléatoirement répartis (randomisation) parmi les groupes correspondants à chaque approche testée (par exemple, dans un groupe, les participants bénéficient d'une prise en charge de type New Deal, et dans l'autre groupe, les participants bénéficient simplement d'une aide à domicile traditionnelle). Ensuite, on vérifie que les deux populations sont proches en comparant les caractéristiques de base dont les caractéristiques démographiques. L'intérêt de la randomisation est qu'elle limite les biais de sélection et donc permet une répartition homogène entre les groupes, pour une meilleure comparabilité. Ensuite, l'intervention commence (New Deal pour les uns, aide à domicile traditionnelle pour les autres). Les personnes âgées et les évaluateurs sont dans la mesure du possible « en aveugle », c'est-à-dire qu'ils ne savent pas à quel groupe a été affectée la personne âgée, ni quelles sont les caractéristiques des deux approches. Ceci permet que la seule variable qui soit différente entre les groupes soit le dispositif dont la personne âgée bénéficie. Cette stratégie permet un maintien de la comparabilité.

Ces études appliquées au sujet des services en faveur du grand âge, montre que les effets sont rarement attribuables à un service d'aide en particulier, mais au contraire que l'on peut tirer un maximum de bénéfices d'une prise en charge holistique.

Le New Deal (option de projet) est comparé à une prestation d'aide à domicile de quelques heures par semaines dans le meilleur des cas (contrefactuel). Dans un premier temps, nous estimons les bénéfices économiques et sociaux à attendre d'un tel bouquet de services puis nous nous attardons sur les coûts. Afin d'imaginer l'ampleur des effets du New Deal, nous projetons sur des ordres de grandeur connus : les services sont appliqués à toutes les

personnes âgées des GIR 1 à 4, qui reçoivent l'APA à domicile, soit un peu plus de 760 000 personnes en 2017.

### 3.1 Bénéfices du bouquet de services

Les services proposés par le New Deal peuvent avoir de nombreux bénéfices pour la personne âgée, sa famille, ainsi que pour les professionnels des services et même les finances publiques. Tous sont pris en compte dans l'évaluation socio-économique.

#### 3.1.1 Réduction des passages aux urgences

##### *a. Description et ampleur de l'effet*

La littérature académique montre un lien causal entre les dispositifs multi-composantes de services à domicile (type New Deal global), et la réduction des passages aux urgences des personnes âgées. En effet, par la prévention et la promotion de l'activité physique et cognitive, ces services contribuent à réduire les maladies et accidents qui mènent aux urgences fréquemment.

Le Tableau 3 résume les principaux articles académiques, mobilisant la méthodologie des RCT, mettant en évidence un lien de causalité entre des services tels que proposés par le New Deal et la réduction des visites aux urgences des personnes âgées.

Tableau 3 : Bouquet de services et fréquentation des urgences

Article	Pays	Type de service	Ampleur
Lewin, et al. (2014)	Australie	Offre personnalisée à domicile	9 % de fréquentation des urgences en moins par rapport à un échantillon ne bénéficiant que de l'aide à domicile traditionnelle
Gellis, et al. (2012)	Etats-Unis	Téléassistance	125 % de réduction de la fréquentation des urgences
Counsell, et al. (2007)	Etats-Unis	Offre personnalisée à domicile	17,3 % de réduction de la fréquentation des urgences

Nous mobilisons les résultats de Lewis, et al. (2014), qui montrent que, comparativement à l'accès à des services d'aide à domicile classiques, les personnes âgées ayant bénéficié d'une offre de services multi-composante ont recours aux urgences moindre de 8,8% par rapport à des personnes bénéficiant d'aide à domicile classique.

Nous utilisons ce résultat, plutôt que les autres, pour plusieurs raisons. En premier lieu, il s'agit du résultat le plus conservateur, ce qui assure de ne pas surestimer l'ampleur de l'impact. En second lieu, le dispositif étudié en Australie est le plus proche du bouquet de services du New Deal en raison du type de services proposés. Enfin, cet article utilise comme contrefactuel une offre de services classiques à domicile, comme c'est le cas de la présente étude.

##### *b. Monétarisation de l'effet*

Pour donner une valeur monétaire à l'effet d'une réduction du nombre de passages aux urgences, nous utilisons le coût moyen des passages aux urgences, ainsi que le nombre actuel annuel moyen de passages aux urgences des personnes âgées recevant l'APA.

L'étude « La médecine d'urgence » de la Drees estime à près de 21 millions le nombre de passages aux urgences au total en France en 2016, parmi lesquels 12% correspondaient à des personnes âgées de 75 ans et plus. Puisqu'environ 13% des personnes de 75 ans et plus reçoivent l'APA, nous estimons que chaque année, 318.321 passages aux urgences sont effectués par des personnes âgées dépendantes percevant l'APA.

Or le coût moyen d'un passage aux urgences est estimé à 161,5 € pour l'assurance maladie.

### *c. Résultats*

Une réduction de 9% des passages aux urgences des personnes âgées dépendantes à domicile entrainerait donc près de **5 M €** des coûts évités pour les finances publiques.

Cette valeur est sous-estimée pour plusieurs raisons :

- il est possible que parmi les 12% de personnes âgées qui ont recours aux urgences, une part plus élevée que les 13% évoqués soit dépendante puisque c'est ce groupe de personnes qui est le plus susceptible d'avoir des accidents et maladies.
- le coût moyen d'un passage aux urgences est vraisemblablement supérieur à 161,5€ pour les personnes âgées puisqu'elles sont aussi susceptibles d'être touchées par des accidents ou maladies d'une sévérité supérieure, nécessitant des soins d'urgence plus coûteux
- Outre le coût évité pour les finances publiques, réduire le nombre de visites aux urgences permettrait de réduire les « coûts privés », à la fois en matière d'éventuel reste à charge et de coûts psychologiques pour la personne âgée et pour son entourage.

## **3.1.2 Réduction des hospitalisations**

### *a. Description et ampleur de l'effet*

Au-delà de la fréquentation des services d'urgences, la littérature académique montre un lien causal entre les dispositifs multi-composantes de services à domicile, et la réduction des séjours d'hospitalisation des personnes âgées.

Nous nous basons sur le même article que précédemment, de Lewis, et al. (2014) qui montrent que comparativement à des personnes âgées bénéficiant de services d'aide à domicile classiques, les personnes âgées bénéficiant d'une offre de services multi-composante ont subi 10% d'hospitalisations en moins. D'autres articles étudient le même effet, mais en mobilisant une méthode légèrement différente (méthodes des différences de différence) pour Sommers et al (2012), ou en étudiant des échantillons plus spécifiques (aide gériatrique pour personnes âgées de faibles revenus) pour Counsell et al (2007), ce qui rend les résultats moins comparables au premier effet. Par ailleurs, les résultats de Lewis et al sont à nouveau les plus conservateurs.

### *b. Monétarisation de l'effet*

La réduction des hospitalisations permet d'éviter des coûts directs, que nous estimons en utilisant les données mises en évidence dans l'étude « Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus » de la Drees : un tiers des personnes âgées de 75 ans et plus est hospitalisé chaque année, avec un séjour moyen de 12 jours et un coût moyen par séjour de 6.000 € par personne. Nous utilisons donc un tiers des personnes âgées recevant l'APA à domicile en 2017, menant 256.279 hospitalisations.

### c. Résultats

Une réduction de 10% des hospitalisations des personnes âgées dépendantes entrainerait donc **153 M €** de coûts évités pour les finances publiques.

Des coûts psychologiques évités auraient là aussi pu être chiffrés, notamment grâce à des études de type consentement à payer (CAP), comme celle de Chestnut, et al. (2008) qui trouvent un consentement à payer de 439 € par jour évité d'hospitalisation. Toutefois, leur article se concentre sur les maladies cardiovasculaires et respiratoires<sup>10</sup> et contrôle insuffisamment les résultats par les niveaux de revenus des déclarants. Pour cette raison, nous ne comptabilisons pas cet effet.

### 3.1.3 Réduction de l'appréhension des chutes et accidents

#### a. Description et ampleur de l'effet

De façon assez proche de l'effet précédent, on estime que les ateliers de prévention des chutes et d'accompagnement à la vie sociale ont un effet sur la mobilité et les capacités physiques des personnes âgées dépendantes. Ils contribuent ainsi à diminuer la perte d'autonomie. Plusieurs articles académiques confirment cette causalité entre programmes de prévention et d'activités physiques et diminution des chutes parmi les personnes âgées.

Tableau 4 : Bouquet de services et probabilité de chuter

Article	Pays	Type de service	Indicateur	Ampleur
Gerves, et al. (2015)	France, et autres	Programme préventif et d'activité physique	Réduction de chutes par an par personne	-0,7 chute par an
Li, et al. (2005)	Etats-Unis	Entraînement de Tai Chi	Réduction de risque de chute	55%
Clemson, et al. (2004)	Australie	Programme de prévention de chutes	Réduction de chutes	31%
Robertson, et al. (2001)	Nouvelle-Zélande	Programme d'activité physique à domicile	Réduction de chutes	7,8%

Les résultats de Gerves, et al. (2015) sont utilisés : il s'agit en effet d'un dispositif testé en France (ainsi qu'en Belgique, Espagne et Irlande), proche des ateliers de prévention de chutes proposés par le New Deal. Enfin, pour l'évaluation socio-économique, il est plus aisé d'utiliser une réduction du nombre annuel de chutes (-0,7 chutes par an pour les personnes bénéficiaires) qu'une réduction du risque de chutes, pour lequel il n'existe pas de données.

#### b. Monétarisation de l'effet

Pour donner une valeur monétaire à cet effet, nous n'utilisons pas la réduction des coûts d'hospitalisation au risque de faire un double-compte par rapport à l'effet précédent (25% des hospitalisations de personnes âgées sont pour causes de traumatologie).

Nous centrons donc la valorisation de cet effet sur le bénéfice psychique des personnes âgées (une chute n'entraîne pas que des frais hospitaliers), qui, se sentant moins vulnérables, évitent de perdre confiance et d'entrer dans un cercle vicieux de l'appréhension

<sup>10</sup> Les maladies cardio-vasculaires atteignent plus de 70% des personnes âgées, alors que 20% reportent des pathologies broncho-pulmonaires (Drees, 2006).

et de la diminution des activités quotidiennes. En effet, au-delà des conséquences physiques qui mènent à l'hospitalisation, même après la sortie de l'hôpital, les personnes âgées récupèrent rarement 100% de leurs capacités physiques en cas de chute sévère.

Pour ces raisons, nous mobilisons une méthode de valorisation par les consentements à payer. Haines & McPhail, (2010) ont étudié le consentement à payer des personnes âgées pour éviter les chutes : il s'élève à 167 € par personne.

### *c. Résultats*

En évitant 0,7 chute par personne âgée par an, les services du New Deal devraient générer un gain socio-économique valorisé par notre étude à environ **85 M€ par an**, qui correspond à une baisse de l'appréhension des personnes âgées pour l'activité physique.

## 3.1.4 Réduction de la dépression

### *a. Description et ampleur de l'effet*

La perte d'autonomie des personnes âgées mène souvent à de l'isolement social. Il s'agit donc d'une population très vulnérable à la dépression. Or le New Deal propose des actions ciblant directement la rupture de l'isolement des personnes âgées, en leur proposant des moyens pour sortir plus souvent de chez elles, mais aussi de rencontrer des personnes en situation similaire au travers des ateliers de prévention des chutes et d'utilisation des technologies leur permettant notamment de maintenir le contact avec leurs proches.

La littérature académique propose un lien causal entre ce type de prise en charge des personnes âgées et la réduction des symptômes de la dépression.

Tableau 5 : Bouquet de services et dépression

Article	Pays	Type de service	Ampleur
Bosanquet, et al. (2017)	Royaume-Uni	Dispositif multi-composantes de traitement spécifique de la dépression	21,4 %
Gellis, et al. (2012)	Etats-Unis	Télémédecine	82 %
Kono, et al. (2011)	Japon	Services multi-composantes	7,8 %

Nous mobilisons les résultats de Kono, et al. (2011) qui étudient les effets de services proches de ceux proposés par le NewDeal. Leurs résultats sont les plus conservateurs de la revue de littérature, mais la méthode déployée est la plus robuste (RCT).

En France, il est estimé qu'entre 8,6 et 14,1% des personnes âgées dépendantes demeurant au domicile ont des symptômes de dépression. Nous utilisons la borne basse et appliquons l'ampleur de la réduction de la dépression de 7,8% mise en évidence par Kono et al.

### *b. Monétarisation de l'effet*

Une valeur monétaire est attribuée à la dépression en utilisant le coût moyen du traitement de la dépression. Il est estimé que la dépense annuelle moyenne du traitement de la dépression est de 1.343 €, prise en charge à hauteur de 70% par l'Assurance Maladie, et 30% par les familles (source : Assurance Maladie, 2019).

### c. Résultats

On estime ainsi que les services proposés par le New Deal peuvent générer des gains de près de **7 M €** par an, en coûts évités de traitement de la dépression.

## 3.1.5 Retardement de l'entrée en EHPAD

### a. Description et ampleur de l'effet

L'idée sous-jacente ici est que l'introduction de services à domicile de type New Deal pourrait prolonger l'autonomie et ainsi retarder le moment où la personne âgée n'est plus en mesure de rester chez elle.

C'est en effet un résultat de la littérature académique qui met en évidence un lien causal entre le fait de bénéficier de services multi-composantes à domicile et la probabilité de l'institutionnalisation. Les résultats les plus proches des actions envisagées par le New Deal sont présentés dans le Tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6 : Bouquet de services et institutionnalisation

Article	Pays	Type de service	Indicateur	Ampleur
De Almeida Mello, et al. (2016)	Belgique	Combinaison de plusieurs types de services	Réduction du risque d'institutionnalisation	0% à 90% selon dispositif
Samus, et al. (2014)	Etats-Unis	Coordination et offre personnalisée à domicile	Réduction du risque d'institutionnalisation	22 %
			Différence en nombre de jours restés de plus à la maison	288

Nous choisissons de mobiliser les résultats de Samus, et al. (2014) pour l'ampleur de cet effet. Bien qu'il s'agisse d'une expérience plus éloignée géographiquement et institutionnellement du cas français, la méthodologie d'évaluation déployée est la plus robuste<sup>11</sup>. Les auteurs ont utilisé une évaluation aléatoire (RCT) ce qui permet d'assurer le lien de causalité du dispositif. De plus, le dispositif étudié est plus proche du bouquet de services proposé par le New Deal. Dédié à des personnes en perte cognitive, le dispositif se caractérise essentiellement par de la coordination d'aide à domicile et de soins avec une équipe multidisciplinaire, et des ateliers de développement cognitif. L'étude compare les résultats du dispositif avec un groupe de contrôle qui a reçu une prise en charge d'aide à domicile augmentée (plus d'heures d'aide à domicile, mais pas de coordination avec les soins, ni d'ateliers de développement cognitif)<sup>12</sup>. Les auteurs trouvent une différence de risque de devoir quitter le domicile pour l'institutionnalisation de plus de 20%<sup>13</sup>. Au global, en

<sup>11</sup> L'article de de Almeida et al. compare des personnes qui ont reçu différents types d'aide avec personnes qui n'ont reçu aucune aide. De plus, l'évaluation n'étant pas aléatoire, elle ne permet pas d'établir un lien causal de façon robuste.

<sup>12</sup> Le fait que le groupe de contrôle ne reçoive pas une aide à domicile classique mais augmentée, suggère que l'ampleur de l'effet mis en évidence devrait être encore plus élevé si on comparait avec de l'aide à domicile classique.

<sup>13</sup> 53,4% des personnes du groupe de contrôle finissent par aller en établissement de type EHPAD, alors qu'ils sont plus de 20% en moins à aller en EHPAD parmi les personnes bénéficiant du dispositif (41% des personnes du groupe test vont en EHPAD).

moyenne, les personnes du groupe test passent 288 jours en moins en institution par rapport aux personnes du groupe de contrôle.

En faisant l'hypothèse que toutes les personnes âgées des GIR 1 à 4 reçoivent le bouquet de services du New Deal, les 288 jours « évitables » sont appliqués au nombre annuel d'entrants en EHPAD (246 000 personnes<sup>14</sup>) présentant des maladies neuropsychiatriques<sup>15</sup>, puisque c'est le public visé par l'article mobilisé.

Cette prolongation du temps resté au domicile a des impacts tant financiers (coûts directs évités) que pour le bien-être des personnes âgées, qui révèlent une nette préférence pour le domicile.

#### *b. Monétarisation de l'effet*

Nous monétarisons donc deux effets : un effet financier et un effet sociétal, en matière de bien-être.

En premier lieu, l'effet financier, qui est l'économie réalisée lorsque la personne est au domicile par rapport à la situation où elle est en établissement. Ce différentiel de coût est délicat à estimer, car il nécessiterait de connaître précisément la ventilation des GIR parmi les 246 000 personnes qui entrent chaque année en EHPAD, donnée dont nous ne disposons pas. Nous mobilisons donc deux stratégies possibles, qui sont une borne haute et une borne basse :

- la borne haute consiste à estimer que le New Deal, puisqu'il permet de ralentir la perte d'autonomie, évite le glissement vers les GIR les plus dépendants, et qu'il touche donc très directement les personnes âgées des GIR 4.

Nous estimons donc le différentiel de coût journalier en EHPAD et au domicile en GIR 4, à partir des données du rapport Libault. Nous dérivons le coût moyen pondéré d'une journée en établissement, entre les établissements habilités ASH et les établissements non habilités ASH. Celui-ci est de 106,8€/jour, ventilé entre la section soins (34€), la section dépendance (13€) et la section hébergement (59,8€). Il faut y soustraire le coût journalier lorsque la personne vit au domicile, estimé à 60€/jour<sup>16</sup>, dont 13€ de plan dépendance, 24€ de « gîte et couvert »<sup>17</sup>, et 23€ liés aux soins. La différence journalière s'établit alors à 46,8€ par jour.

Appliquée à tous les entrants en EHPAD qui évitent 288 jours d'institutionnalisation, cela représente un **gain économique de 3,334 milliards d'euros**.

- La borne basse considère que la répartition des entrants en établissements suit la répartition de la population qui bénéficie du New Deal, c'est à dire les GIR 1 à 4 à domicile. Notons que cette borne basse est vraisemblablement trop conservatrice dans la mesure où l'article de Samus, et al. (2014) met en évidence un effet moyen de 288 jours évités, mais avec des résultats différentiels plus significatifs pour les personnes « les plus fragiles<sup>18</sup> ». Cette stratégie de quantification de l'effet nécessite d'estimer le nombre d'entrants en EHPAD de chacun des GIR et de leur appliquer un

---

<sup>14</sup> Drees, 2017, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>15</sup> Ces personnes représentent 91% des entrants en EHPAD, d'après le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), 2017.

<sup>16</sup> Le rapport Libault indique un coût journalier moyen de 81€ incluant 21€ de valorisation de l'aide familiale. Or, avec le New Deal, dont les coûts figurent en section 3.2., les aidants familiaux sont soulagés de cette tâche.

<sup>17</sup> Suivant l'étude du HCFEA 2017 (*La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants*), les personnes à domicile s'acquittent en moyenne de 720€ par mois de « gîte et couvert », soit environ 24€/ jour

<sup>18</sup> La notion de personne fragile est délicate à rapprocher de la définition rigoureuse des GIR, raison pour laquelle nous appliquons la moyenne des 288 jours.

gain économique spécifique, issu des données du rapport Libault. Le tableau ci-dessous estime le nombre d'entrants en établissement selon les GIR.

Tableau 7 : Ventilation des personnes âgées des GIR 1 à 4, pourcentages correspondants et application aux entrants en établissement

GIR	Nombre de personnes à domicile concernées	Pourcentage correspondant	Application au nombre de personnes bénéficiant du New Deal, potentiels entrants en EHPAD
GIR 1	17 549	2,3%	5 642
GIR 2	128 272	16,8%	41 237
GIR 3	172 113	22,5%	55 331
GIR 4	447 276	58,5%	143 790
TOTAL	765 210	100%	246 000

Le tableau ci-après détaille le calcul de différentiel de coûts entre le domicile et l'établissement, selon le GIR, issu des données du rapport Libault.

Tableau 8 : Coûts de l'établissement et du domicile, pour les GIR 1 à 4

GIR	Coût moyen pondéré journalier établissement	Coût moyen journalier au domicile	Différentiel de coût journalier	Différentiel de coût journalier x nombre de personnes concernées
GIR 1	133,8€	132€	1,8 €	10 155 €
GIR 2	130,8€	110€	20,8 €	857 728 €
GIR 3	115,8€	81€	34,8 €	1 925 517 €
GIR 4	106,8€	60€	46,8 €	6 729 393 €

On dérive de ce tableau que chaque jour évité en établissement permettrait d'économiser plus de 9,5 M€ sur la population considérée. Ainsi, 288 jours évités représente un gain économique de plus de 2,7 milliards €.

Nous retiendrons la borne haute dans l'analyse coût-bénéfice (section 4), mais une sensibilité avec la borne basse peut être aisément effectuée en retirant environ 600M€

En second lieu, pour tenir compte du gain de bien-être, nous utilisons le consentement à payer (CAP) des personnes âgées estimé par Costa-i-Font (2017) pour éviter l'institutionnalisation. L'étude, basée sur une population de 55 ans et plus en Espagne, a mis en évidence que les personnes étaient prêtes à payer 16% de leurs revenus pour éviter une institutionnalisation, soit 9,7 € par jour<sup>19</sup>. Les résultats montrent également un CAP qui augmente avec l'âge. Ainsi, utiliser un CAP de 9,7 € par jour pour donner une valeur monétaire au fait d'éviter l'établissement est vraisemblablement une sous-estimation.

### c. Résultats

Eviter l'EHPAD pendant 288 jours permet d'économiser plus de **3,3 milliards €** chaque année. De plus, le bien-être lié au fait de rester chez soi plus longtemps a une valeur socio-économique de l'ordre de **628 M €**.

<sup>19</sup> Ce qui équivaut à un revenu moyen de 1818€/mois pour cette population espagnole, sachant que le revenu médian des retraités en France est de l'ordre de 1830€/mois.

### 3.1.6 Prolongation de l'autonomie

#### *a. Description et ampleur de l'effet*

L'objectif du bouquet de services du New Deal est de favoriser l'autonomie et le bien-être au domicile, en favorisant les activités et retardant la dépendance de la personne. L'investissement dans la prévention pourrait donc se traduire par des économies de dépenses liées à la dépendance.

L'article de Kono, et. al. (2011) met en évidence un lien causal entre un programme d'aide personnalisée au Japon (visites à domicile, aide aux déplacements, coordination avec les soins, encouragements aux contacts extérieurs) et la diminution de la détérioration de l'état des personnes âgées. Cet état est qualifié et « scoré » selon 5 critères semblables à ceux de la grille AGGIR utilisée pour déterminer le niveau de GIR. Les résultats du groupe bénéficiaire sont supérieurs du 1,4% par rapport à ceux du groupe de contrôle.

En considérant que ces résultats sont transposables au cas du New Deal français et que le niveau d'APA traduit fidèlement l'état de dépendance des personnes âgées, nous appliquons ce résultat au total des bénéficiaires de l'APA à domicile. En d'autres termes, les services du New Deal génèreraient une prolongation de l'autonomie et un retardement de la dépendance, se traduisant pas une réduction de 1,4% des dépenses annuelles liées à la dépendance à domicile (APA pour les finances publiques et dépenses de la famille).

#### *b. Monétarisation de l'effet*

La dépense moyenne du plan de dépendance à domicile est de 6.240 € par an par personne<sup>20</sup> (finances publiques et familles compris).

#### *c. Résultats*

Le retardement de la perte d'autonomie des personnes âgées pourrait éviter un coût de près de **67 M €** en dépenses de dépendance à domicile.

### 3.1.7 Sens de l'action et diminution de l'absentéisme des professionnels

#### *a. Description et ampleur de l'effet*

Comme souligné dans le rapport El Khomri 2019, les professionnels de l'aide à domicile sont une population en souffrance (rythme de travail important, déficit de reconnaissance salariale). Ils présentent des risques accrus d'accident du travail et de dépression. Leur métier est parmi les plus à risque d'accidents occasionnant aussi un taux d'absentéisme élevé (7,9% en 2014, source Chorum CIDES 2016).

Les dispositifs permettant d'améliorer la reconnaissance du sens de leur action réduisent les risques psycho-sociaux des aidants, et ainsi l'absentéisme.

Avec les services du New Deal, la possibilité de faire un travail de fond et l'amélioration subséquente de l'état physique et psychique des personnes âgées aidées sont des signaux positifs pour ces professionnels.

Quelques articles académiques étudient le lien causal entre les dispositifs de réduction des risques au travail des aidants, y compris psycho-sociaux, et le taux d'absentéisme. Craib, et al. (2007) au Canada trouvent une réduction de 4,3% du temps de travail perdu suite à des arrêts de travail.

---

<sup>20</sup> HCFEA, 2017.

En considérant que le New Deal contribue à réduire le risque psycho-social des professionnels, nous utilisons les résultats de cet article.

#### *b. Monétarisation de l'effet*

Savall et Cappelletti (2018) estiment le coût socioéconomique de l'absentéisme en France. Cette étude permet d'associer un coût moyen de l'absentéisme de 4 059 € par an et par salarié du secteur privé. Ce coût comprend plusieurs composantes dont les indemnités prises en charge par l'Assurance maladie ; les sursalaires qui sont versés lorsque le remplacement est réalisé par une personne d'une fonction mieux rémunérée que celle qui est absente ; les surtemps qui correspondent à des activités de régulation qui prennent du temps supplémentaire ; les non productions qui surviennent en cas de non remplacement de la personne absente ; les risques de subir, à l'avenir, des déperditions de performance.

Le coût de l'absentéisme tel qu'étudié par Savall et Cappalletti est appliqué au nombre total d'intervenants à domicile, en appliquant une réduction de leur absentéisme de 4,3% comme suggéré par les résultats de Craib et al.

#### *c. Résultats*

En considérant que les services du New Deal ont un impact favorable sur l'état général des personnes âgées et qu'ils contribuent ainsi à la reconnaissance des professionnels de l'aide à domicile, nous estimons que le New Deal génère un gain de près de **40M€ par an**, en matière de réduction de l'absentéisme des intervenants à domicile.

### **3.1.8 Déplacements évités des médecins**

#### *a. Description et ampleur de l'effet*

La réduction de la mobilité des personnes âgées mène un nombre supérieur de déplacements des médecins au domicile des personnes âgées. Une étude de l'Irdes (2015) suggère qu'en moyenne, le médecin se rend chez les personnes âgées de 75 ans et plus, 3,1 fois par an. L'intuition est la suivante : avec les ateliers d'utilisation de technologies telles que la télémédecine et avec la baisse de dégradation de l'état des personnes âgées, les services du New Deal devrait réduire les déplacements des médecins au domicile des personnes âgées, générant ainsi des gains de temps valorisables.

C'est en effet le résultat mis en évidence par Lehman, et al. (2006), qui ont évalué un dispositif de télémédecine aux Etats-Unis. Ils ont trouvé une forte réduction de l'utilisation de ressources de santé, comprenant une réduction des visites du médecin à domicile de 43%.

#### *b. Monétarisation de l'effet*

Nous valorisons les gains de temps de déplacement des médecins en mobilisant la valeur tutélaire du temps de déplacement professionnel, proposée par le rapport Quinet. Cette valeur est égale à 19,9€ par heure de déplacement pour l'année 2019. Nous posons une hypothèse de durée moyenne de déplacement évité de 30 minutes par visite à domicile.

#### *c. Résultats*

Le bénéfice socio-économique lié à la réduction des déplacements de médecins, permise par les ateliers d'utilisation de matériel technologique pour les personnes âgées, s'élève à plus de **20 M €**.

## 3.2 Les coûts du New Deal

Outre ses bénéfices économiques et sociétaux, il convient, pour mener à bien l'évaluation socio-économique du New Deal, d'estimer son coût. Dans la mesure où l'ambition consiste à proposer ce New Deal à l'ensemble des personnes âgées vivant à domicile, des GIR 1 à 4, nous appliquons les coûts à l'ensemble de la population cible.

Néanmoins, les coûts présentés ne sont que des ordres de grandeur. En effet, dans la mesure où les services devront être personnalisés, certaines personnes âgées ne bénéficieront pas des services et n'engendreront dès lors pas certains coûts.

### 3.2.1 Etape 1 : Diagnostic et coordination

La première étape du New Deal consiste à proposer au moins une fois par an aux personnes Girées à domicile, des GIR 1 à 4, un diagnostic de leur état de dépendance et donc des services qui peuvent être mis à leur disposition. Un rapport de l'IGA (2014) valorise un certain nombre de ces initiatives et notamment les CLIC (centre locaux d'information et de coordination gérontologique), qui sont des guichets à destination des personnes âgées et de leur entourage, des professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile, dont la mission est d'informer, d'orienter, d'évaluer les besoins, d'élaborer et d'assurer le suivi d'un éventuel plan d'intervention multi-services.

En se référant aux budgets de ces CLIC rapportés au nombre de personnes suivies, on estime que le coût d'un tel service, pour 5 rencontres en moyenne par an s'élèverait à 186€ par personne, soit un coût annuel de **142,3 M€**.

### 3.2.2 Etape 2 : Bouquet de services

Une fois l'évaluation des besoins de la personne âgée effectuée, des services sont proposés. Nous estimons leur surcoût par rapport à de l'aide à domicile traditionnelle. Un forfait moyen de services est estimé, dont les composantes sont décrites ci-après.

#### *a. Ateliers collectifs de prévention des chutes et de sensibilisation à l'activité physique*

Le New Deal estime qu'en moyenne, les personnes âgées devraient pouvoir bénéficier de 10 ateliers par an. En utilisant les coûts observés pour de tels ateliers par une association en ayant fait l'expérimentation dans l'Ain, on estime que le coût par atelier de 15 participants, s'élève à 2.070 €, comprenant les frais de déplacement des participants depuis leur domicile, soit 137 € par personne par atelier. Le coût total annuel appliqué à l'ensemble de la population cible serait donc de **1,047 milliards €**.

#### *b. Accompagnement véhiculé de vie sociale*

Cinquante sorties par an sont prévues (quasiment une fois par semaine), avec un déplacement d'en moyenne 13 km. Ces déplacements, où le professionnel pourrait éventuellement mutualiser ses trajets pour plusieurs personnes âgées, peuvent être l'occasion de se rendre au marché, chez le coiffeur, visiter des amis ou de la famille, se rendre dans une administration, une association, etc. Le coût de l'accompagnement par les intervenants serait le coût d'une intervention à domicile, soit 24,24€ par heure. Le coût du transport est estimé à 0,37 €/km, soit près de 10 € l'aller-retour. Le coût total annuel du service d'accompagnement véhiculé de vie sociale serait donc, sans les éventuelles mutualisations de déplacements, de **1,2 milliards €**.

#### *c. Assistance administrative*

Le service d'assistance administrative proposé dans le New Deal comprend 12h par an par personne en moyenne, soit 1h par mois. Le coût visé d'une heure d'intervention à domicile, est de 24,24€ par heure. Le coût total annuel serait donc d'environ **223 M €**.

#### *d. Coordination de soins et services*

Pour assurer une meilleure prise en charge de la personne âgée dépendante, le New Deal propose un forfait de coordination des soins et services, à l'instar de ce qui est pratiqué par certains SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile). Ce service consisterait en de la coordination (planification, prise de contact avec les partenaires) et en des temps de réunion permettant des échanges pluri-professionnels et de la formation aux actions de prévention pour favoriser une prise en charge optimale et un décloisonnement des secteurs.

Les montants nécessaires au bon fonctionnement de ces services sont estimés entre 440 et 500€/ an et par personne âgée. Pour ne pas minorer les coûts et ne pas survaloriser le bilan socio-économique du New Deal, nous appliquons le coût le plus élevé à l'ensemble de la population cible, soit 500 € par an, pris en charge à 100% par les finances publiques, pour environ 760 000 personnes. Le coût total annuel estimé s'élève à près de **383 M €**.

#### *e. Accompagnement pour l'apprentissage et usage de la technologie*

Les intervenants à domicile peuvent aider les personnes âgées dépendantes à se servir d'outils technologiques à domicile : appeler un membre de la famille en visio, créer un compte sur un réseau social, se connecter aux services publics à distance, etc. A raison de 10 séances d'une heure chaque année, au coût visé de l'aide à domicile (soit 24,24 € par heure), le coût annuel de ce service est estimé à **185 M €**.

#### *f. Équipements connectés et télémédecine*

Pour être plus autonomes, les personnes âgées devraient pouvoir être équipées de certains outils connectés : bracelet anti-chutes, téléphone équipé d'une caméra pour rendre les consultations de télémédecine plus efficaces, équipements d'aménagement et de sécurisation de l'habitat, etc. Un forfait de 500€ par personne et par an, pris en charge à 100% par les finances publiques, représenterait un coût total annuel serait donc **383 M €**.

### **3.2.3 Coût total du New Deal**

Le coût total annuel permettant de couvrir les besoins du secteur de d'aide et des soins à domicile pour proposer son New Deal s'élève donc à près de **3,7 milliards d'euros**, en considérant une population âgée à domicile des GIR 1 à 4 d'environ 760 000 personnes.

Annuellement, cela représente un surcoût, par rapport à la prise en charge actuelle de la dépendance à domicile d'environ 4800€ par personne âgée<sup>21</sup>.

Dans le chapitre suivant, nous mettons en regard les coûts et les bénéfices de ce New Deal et observons qu'en réalité cette réforme pourrait être neutre au niveau financier.

---

<sup>21</sup> Il paraît prématuré à ce stade de rentrer dans la ventilation entre financement public et financement par les familles. Alors que la prise en charge à 100% est fléchée pour certains services du New Deal, on pourrait imaginer une répartition identique à la répartition moyenne du financement de l'aide à la dépendance de l'étude de HCFEA 2017, soit 84,4% assuré par les finances publiques, et 15,6% par les ménages.

## 4. Résultats socio-économiques et discussion

Le tableau ci-dessous résume l'ensemble des gains et des coûts associés au New Deal.

Tableau 9 : Bilan des coûts et bénéfices estimés du New Deal

<b>GAINS</b>		
<b>Gains économiques</b>		} ≈3,7 Milliards €
Baisses des dépenses liées aux urgences	5 M€	
Baisse des dépenses liées aux hospitalisations	153 M€	
Coûts évités de traitement de la dépression	7 M€	
Baisse des coûts liés au retardement de l'EHPAD	3 334 M€	
Baisse des dépenses d'APA à domicile	67 M€	
Baisse des coûts liés à l'absentéisme des aidants professionnels	40 M€	
Gain de temps et productivité des médecins	20 M€	
<b>Gains sociétaux</b>		} 713 Millions €
Bien-être lié à la diminution de l'appréhension des chutes	85 M€	
Bien-être lié au fait de rester chez soi	628 M€	
<b>TOTAL Gains</b>		<b>≈ 4,4 Milliards €</b>
<b>COÛTS</b>		
Coût du diagnostic, orientation et suivi des services	142 M€	
Coût du bouquet de services	3 516 M€	
<b>TOTAL Coûts</b>		<b>≈ 3,7 Milliards €</b>
<b>BILAN SOCIO-ECONOMIQUE (Gains-Coûts)</b>		<b>713 Millions € /an</b>

Ce tableau indique que tous les gains mis bout à bout représentent 4,4 milliards d'euros par an, dont près de 3,7 milliards sont des gains économiques directs. Ces gains ou coûts évités couvrent intégralement les coûts du New Deal, estimé à quasiment 3,7 milliards d'euros par an.

Si on tient également compte des gains sociétaux, un bénéfice socio-économique, net des coûts, de l'ordre de 700 M€/an, est dégagé.

Les résultats socio-économiques positifs sont relativement courants pour des politiques sociales. Néanmoins, celui-ci a ceci de remarquable de présenter le potentiel d'être neutre au niveau financier. Le temps de retour sur investissement est d'à peine un peu plus de deux ans (26 mois).

Notons enfin que ces résultats sont des estimations, réalisées sur la base d'évaluations robustes mais appliquées à des contextes particuliers, puis extrapolées au cas français. Comme toute évaluation socio-économique réalisée *ex ante*, elle est empreinte d'incertitude. Toutefois, elle permet de dessiner les contours d'une politique sociale à la fois favorable au mieux vivre ensemble, et sobre financièrement. Même en tenant compte de la borne basse calculée pour le plus gros effet du New Deal (les économies liées au retardement de l'EHPAD), ce plan reste socio-économiquement souhaitable. A contrario, de nombreux effets

ont été sous-estimés, et d'autres n'ont simplement pas été pris en compte, car ils ne sont pas étayés par des études de causalité permettant d'anticiper la survenue de l'impact.

Cette étude constitue donc un premier pas encourageant à la mise en place, en confiance, du New Deal. Celui-ci devra ensuite faire l'objet d'évaluations *ex post*, qui pourraient très probablement mettre en évidence des gains économiques et sociétaux non envisagés jusqu'alors.

## Bibliographie

### Littérature Académique

Borgloh, S., & Westerheide, P. (2012). The impact of mutual support based housing projects on the costs of care. *Housing studies*, 27(5), 620-642.

Bosanquet, K., Adamson, J., Atherton, K., Bailey, D., Baxter, C., Beresford-Dent, J., ... & Ekers, D. (2017). Collaborative care for Screen-Positive Elders with major depression (CASPER plus): a multicentred randomised controlled trial of clinical effectiveness and cost-effectiveness.

Calvet, L., Le Garret M, et Bouvet M. (2012). Dépenses de santé, hospitalisation et pathologies des personnes âgées de 75 ans et plus. Drees, Comptes nationaux de la santé, pp. 49-55.

Chestnut, L. G., Thayer, M. A., Lazo, J. K., & Van Den Eeden, S. K. (2006). The economic value of preventing respiratory and cardiovascular hospitalizations. *Contemporary Economic Policy*, 24(1), 127-143.

Clemson, L., Cumming, R. G., Kendig, H., Swann, M., Heard, R., & Taylor, K. (2004). The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1487-1494.

Colombo, E., & Stanca, L. (2014). Measuring the monetary value of social relations: A hedonic approach. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 50, 77-87.

Costa-Font, J. (2017). "Institutionalization aversion" and the willingness to pay for home health care. *Journal of Housing Economics*, 38, 62-69.

Counsell, S. R., Callahan, C. M., Clark, D. O., Tu, W., Buttar, A. B., Stump, T. E., & Ricketts, G. D. (2007). Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *Jama*, 298(22), 2623-2633.

Courtioux, P. & Chéron A. (2018), Pôle de recherche en économie, EDHEC Business School.

Craib, K. J., Hackett, G., Back, C., Cvitkovich, Y., & Yassi, A. (2007). Injury rates, predictors of workplace injuries, and results of an intervention program among community health workers. *Public health nursing*, 24(2), 121-131.

Drees (2018), Les établissements de santé, Chapitre 27 : La médecine d'urgence, pp. 132-135.

Dutheil, N., & Scheidegger, S. (2006). Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. Drees, Etud Résult, 494.

de Almeida Mello, J., Declercq, A., Cès, S., Van Durme, T., Van Audenhove, C., & Macq, J. (2016). Exploring home care interventions for frail older people in Belgium: a comparative effectiveness study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2251-2256.

Gellis, Z. D., Kenaley, B., McGinty, J., Bardelli, E., Davitt, J., & Ten Have, T. (2012). Outcomes of a telehealth intervention for homebound older adults with heart or chronic respiratory failure: a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 52(4), 541-552.

Gerves, C., Milcent, C., et Senik, C. (2015), Evaluation d'un programme d'activité physique adapté à un public de personnes âgées, Les notes de l'IPP, N.16.

Haines, T. P., & McPhail, S. (2011). Patient preference for falls prevention in hospitals revealed through willingness-to-pay, contingent valuation survey. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 304-310.

Kono, A., Kanaya, Y., Fujita, T., Tsumura, C., Kondo, T., Kushiya, K., & Rubenstein, L. Z. (2011). Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 67(3), 302-309.

Léon, C., & Beck, F. (2010). Les comportements de santé des 55-85 ans. *Analyses du Baromètre santé*, 194.

Lewin, G., Allan, J., Patterson, C., Knuiman, M., Boldy, D., & Hendrie, D. (2014). A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. *Health & social care in the community*, 22(3), 328-336.

Li, F., Harmer, P., Fisher, K. J., McAuley, E., Chaumeton, N., Eckstrom, E., & Wilson, N. L. (2005). Tai Chi and fall reductions in older adults: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(2), 187-194.

Mark A. Cohen, Roland T. Rust, Sara Steen & Simon T. Tidd (2004), « Willingness-To-Pay for Crime Control Programs », *Criminology*, 42, pp.89-110.

Powdthavee, N. (2008). Putting a price tag on friends, relatives, and neighbours: Using surveys of life satisfaction to value social relationships. *The Journal of Socio-Economics*, 37(4), 1459-1480.

Quinet, et al. (2013), Guide de l'Evaluation Socioéconomique des Investissements Publics (France Stratégie et Direction Générale du Trésor).

Robertson, M. C., Devlin, N., Gardner, M. M., & Campbell, A. J. (2001). Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial. *Bmj*, 322(7288), 697.

Samus, Q. M., Johnston, D., Black, B. S., Hess, E., Lyman, C., Vavilikolanu, A., ... & Lyketsos, C. G. (2014). A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 398-414.

Savall, H., & Cappelletti, L. (2018). Le coût caché de l'absentéisme au travail.

## **Littérature institutionnelle et des données**

Drees (2017), Base de données APA - détail par GIR, 2017. Récupéré du site : [http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,545,546](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,545,546)

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (2017), La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, Chapitre 4 : Le système de prise en charge financière de la perte d'autonomie en établissement.

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes), Baromètre santé 2010.

Insee (2016), Pyramide des âges : projections de population 2070 : Séries de 2013 à 2070. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2524484>

Irdes (2015), Graphique du mois de novembre 2015 : Nombre moyen de visites à domicile par personne âgée en 2012. <https://www.irdes.fr/presse/2015/le-graphique-du-mois-novembre-nombre-moyen-de-visites-a-domicile-par-personne-agee-en-2012.html>

Larbi, K., & Roy, D. (2019). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050, Insee Première N.1767.

Lecroart, A., Froment, O., Marbot, C., & Roy, D. (2013). Projection des populations âgées dépendantes. Ministère des affaires sociales, DRESS, dossier solidarité et santé, 43.

Lehmann, C. A., Mintz, N., & Giacini, J. M. (2006). Impact of telehealth on healthcare utilization by congestive heart failure patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 14(3), 163-169.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2019), Pour les personnes âgées : Qu'est-ce que le GIR ? <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-gir>

Ministère des Solidarités et de la Santé (mars 2019), Rapport de la concertation Grand âge et autonomie, Dominique Libault. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé (octobre 2019), Plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du Grand-âge 2020-2024 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_el\\_khomri\\_-\\_plan\\_metiers\\_du\\_grand\\_age.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf)

Une étude de

# Citizing

Pour



Novembre 2019