

# - L'aide et les soins à domicile – *Quelle création de valeur ?*

Une étude CITIZING<sup>1,2,3</sup>

L'aide et les soins à domicile concernent plusieurs millions de personnes fragilisées en France. Alors que les individus déclarent préférer ces dispositifs à domicile plutôt que les placements en institution (hôpital, EPHAD, foyer, etc.), les dispositifs d'aide et de soins à domicile n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation globale.

Généralement centré sur les impacts budgétaires, le pilotage des politiques publiques est pénalisé par les difficultés méthodologiques pour évaluer leurs bénéfices de long terme. Les bénéfices de long terme sont en effet complexes à évaluer quantitativement, alors qu'il conviendrait de s'interroger sur leur ampleur et leur valeur, notamment au regard des coûts des politiques publiques.

La méthode de l'évaluation socio-économique fournit en ce sens un précieux cadre de référence. Pour la première fois en France, elle est appliquée au secteur de l'aide et des soins à domicile. Les résultats de cette étude sont sans appel : avec des bénéfices quantifiés et « monétarisés » relatifs à la poursuite de la scolarité, à la délinquance évitée, à la diminution des durées de séjour à l'hôpital, ou encore au maintien des aidants familiaux sur le marché du travail, l'aide et les soins à domicile doivent être soutenus par les pouvoirs publics.

Auteurs correspondants :

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

Alice Mével : [alice.mevel@citizing-consulting.com](mailto:alice.mevel@citizing-consulting.com)

---

<sup>1</sup> Julie de Brux, PhD, présidente (CITIZING) ; Léontine Goldzahl, PhD, chercheur en économie de la santé (EDHEC) ; Alice Mével, analyste (CITIZING)

<sup>2</sup> Cette étude reflète uniquement le point de vue des auteurs et n'engage en aucun cas ADESSADOMICILE ou l'OCIRP.

<sup>3</sup> Merci de citer cette étude comme suit : De Brux, J., Goldzahl, L. et Mével, A. (2018). L'aide et les soins à domicile : quelle création de valeur ? . CITIZING pour ADESSADOMICILE et l'OCIRP.



# Chapitre 1 - Démarche et méthode de l'évaluation socio-économique

L'évaluation socio-économique consiste à objectiver la création et la destruction de valeur générées par les projets, activités ou politiques publiques. Elle constitue une méthode permettant de vérifier si une politique publique crée plus de valeur qu'elle ne coûte à la collectivité, ou au contraire si elle est plus coûteuse que bénéfique à la collectivité. C'est un outil d'aide à la décision publique. Elle est essentielle pour garantir l'utilisation optimale des ressources et éclairer la décision.

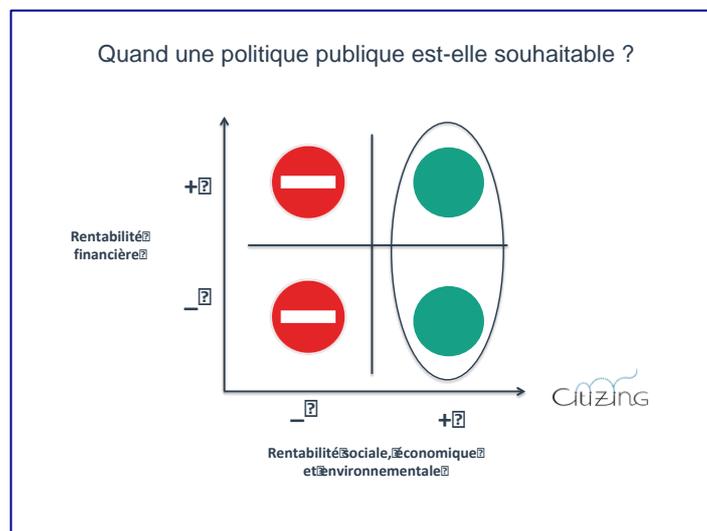
## De quelle création de valeur parle-t-on ?

Avant d'engager des ressources, les entreprises privées ont coutume d'estimer les retombées de leurs efforts ou investissements en réalisant des calculs de rentabilité financière.

De par la nature même des activités soutenues par la puissance publique (peu ou pas de recettes, système tarifaire qui vise à toucher le plus grand nombre), les calculs de rentabilité financière ne présentent pas d'intérêt. En outre, ce n'est pas l'objectif poursuivi par l'intervention publique. Celle-ci trouve sa justification dans l'existence d'externalités positives, ou la nécessité de compenser des externalités négatives.

Néanmoins, en période de contrainte budgétaire forte, tous les projets utiles et porteurs d'externalités positives ne peuvent être soutenus. Il convient donc de réaliser des arbitrages pour ne retenir que les activités les plus vertueuses, c'est à dire celles qui génèrent le plus d'impacts économiques et sociaux positifs sur le long terme.

Ainsi, s'il n'est pas nécessaire que les politiques publiques soient rentables financièrement, il convient *a minima* de s'assurer de leur rentabilité socio-économique.



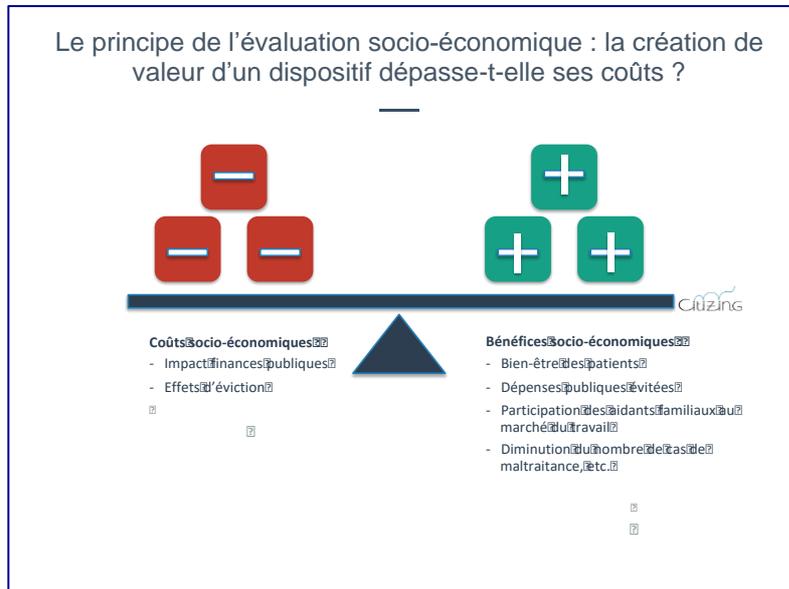
Dès lors, comment mesure-t-on la rentabilité socio-économique ?

## Le principe

L'évaluation socio-économique, via l'analyse coûts-bénéfices, constitue une méthode scientifiquement reconnue et partagée de mesure de l'utilité des projets et des politiques publiques. Elle consiste à comparer les coûts et les bénéfices de toutes natures, pour l'ensemble des acteurs touchés par la politique publique.

Les politiques publiques touchent en effet de nombreux acteurs (personnes aidées, entourage des personnes aidées, etc.) et les bénéfices qu'ils en retirent n'ont pas de transcription monétaire évidente :

bien-être physique, psychologique, temps disponible, poursuite des études, etc. On comprend alors que les coûts et bénéfices des politiques publiques peuvent être de nature économique, sociale, ou encore environnementale. Pour pouvoir les comparer, ils nécessitent toutefois d'être exprimés dans une unité commune. Par convention, c'est l'unité monétaire.



## La méthode

Deux étapes sont cruciales pour conduire une évaluation socio-économique : la validation des impacts (établir un lien causal) et leur traduction dans une unité commune (monétarisation).

### Etablir un lien causal

Il n'est pas suffisant de s'en tenir à des intuitions sur l'existence d'impacts de politiques publiques. Par exemple, on peut avoir l'intuition que l'aide à domicile à destination des femmes enceintes a un impact sur la santé de leur enfant à naître ; néanmoins, on ne saurait s'en tenir à cette intuition, ni même à de simples corrélations. En effet, la santé du nouveau-né peut dépendre de bien d'autres facteurs que celui de l'aide à domicile.

Pour proposer des évaluations rigoureuses et se prémunir du biais d'optimisme, on se réfère aux travaux issus de l'économétrie qui permettent d'établir des liens de causalité. En d'autres termes, ces travaux permettent, sur la base de bases de données réelles, d'identifier les paramètres qui ont un pouvoir explicatif et quel est leur poids. Par exemple, la présente évaluation s'est appuyée sur les résultats d'une évaluation randomisée<sup>4</sup>, qui concerne l'impact de l'aide à domicile sur le risque de naissance à faible et très faible poids. Cette évaluation, menée par Lee et al (2009)<sup>5</sup> a permis dans un premier temps d'affirmer l'existence d'un lien causal, puis d'estimer l'ampleur de l'effet de l'aide à domicile sur la réduction de ces naissances à risque (près de 50%).

Un travail en plusieurs étapes a ainsi été observé pour établir les différents liens de causalité :

- Dans un premier temps, des entretiens qualitatifs ont permis de comprendre les dispositifs d'aide et d'identifier les impacts ;

<sup>4</sup> Une méthodologie économétrique, communément admise comme étant la plus robuste.

<sup>5</sup> Lee, E., Mitchell-Herzfeld, S.D., Lowenfels, A.A., Greene, R., Dorabawila, V. et DuMont, K.A. (2009). Reducing low birth weight through home visitation: a randomized controlled trial. *American journal of preventive medicine*, 36(2), pp.154-160.

- Puis, la littérature académique en économie a été passée en revue afin d'identifier des articles de recherche mettant en évidence des liens de causalité entre la politique publique ou le dispositif d'aide à domicile et l'impact pressenti. Cette revue de littérature a révélé la rareté des travaux empiriques menés en France par rapport à d'autres pays où la tradition de l'évaluation est plus ancrée ;
- Des investigations supplémentaires sont ensuite nécessaires pour évaluer la comparabilité des résultats de la revue de littérature au cas français, compte tenu des différences de contextes institutionnels.  
Par exemple, pour ce qui concerne l'impact des interventions à domicile sur la réduction de la maltraitance, les études mobilisées ont été choisies sur les critères de comparabilité suivants : profil des intervenants (niveau de qualification notamment), durée de l'intervention, intensité de l'intervention, caractéristiques du public visé (âge des enfants par exemple). Cette étape a mené à renforcer ou au contraire à mitiger les résultats trouvés dans la littérature académique. Des hypothèses sont formulées quant à la « transposabilité » ;
- Enfin, en l'absence de travaux suffisamment robustes, il est coutume de ne pas quantifier et de s'en tenir à des hypothèses et une description qualitative des impacts.



## La monétarisation

Une fois l'existence et l'ampleur de l'impact connues, l'évaluation socio-économique prévoit de comparer les impacts entre eux. Pour rappel, ces impacts, positifs comme négatifs sont de natures différentes. Il convient donc, afin de les rendre comparables, de les exprimer 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 l'hospitalisation par exemple.
- Pour d'autres impacts, des valeurs de référence (dites valeurs tutélaires) peuvent être utilisées. Compte tenu de la longue tradition du calcul socio-économique dans le domaine des transports, les valeurs tutélaires principales traitent de la valeur du temps, la valeur de la vie humaine ou la valeur de la tonne de CO<sub>2</sub>. Peu à peu toutefois, de nouvelles valeurs de référence émergent.
- Lorsque de telles valeurs de référence n'existent pas, les impacts 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.  
Par exemple, Davin, Paraponaris et Protière (2015)<sup>6</sup> estiment que la valeur d'une heure d'aide par un aidant familial de personne âgée vaut 18€. C'est le montant qu'un aidant familial serait prêt à dépenser pour éviter une heure d'aide et avoir droit au répit
  - La deuxième évalue les coûts ou bénéfices économiques complets et à long-terme attribuables aux impacts.
    - Par exemple, Courtioux et Chéron (2018)<sup>7</sup> fournissent une méthodologie et des données permettant d'estimer les bénéfices socioéconomiques de la diplomation : pour l'individu (salaire supplémentaire), l'Etat (TVA, IRPP, cotisations sociales) et la collectivité (externalités positives liées à une

<sup>6</sup> Davin, B., Paraponaris, A. et Protière, C. (2015). Pas de prix mais un coût ? Evaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes en perte d'autonomie. *Economie et statistique*, 475-476.

<sup>7</sup> Courtioux, P. et Chéron, A. (2018). Les bénéfices socio-économiques des diplômés du supérieur. *Working Paper - EDHEC Business School*.

meilleure santé, à une plus grande stabilité économique et politique, à l'environnement, à la criminalité).

- Un autre exemple est celui de Brand et Price (2000)<sup>8</sup>, qui estiment le coût socioéconomique de différents types d'actes délinquants. Ceux-ci incluent les coûts liés à la prévention (e.g. coûts de la sécurité, de l'assurance), aux impacts directs (e.g. coût des biens volés) et au fonctionnement du système judiciaire.

## ➤ Quelques particularités de l'évaluation socio-économique

### ➤ Des évaluations en différentiel

On n'évalue pas les bénéfices ni les coûts socio-économiques de l'aide à domicile *dans l'absolu*. On les évalue *par rapport* à des alternatives, en l'absence d'aide à domicile. Deux alternatives se présentent généralement pour les publics, souvent fragiles, auxquels s'adressent l'aide et les soins à domicile : l'aide par la famille ou bien l'aide et les soins fournis par des institutions (hôpital, EPHAD, famille d'accueil, foyer, etc.).

Ainsi, les évaluations socio-économiques ne peuvent qu'être différentielles entre une situation **avec le programme d'aide à domicile** (appelée option de projet) et une situation **sans l'aide à domicile** (appelée contrefactuel). Les résultats de ces études indiquent alors le delta de création (ou de destruction) de valeur par rapport au contrefactuel.

Ainsi, les coûts socio-économiques ne correspondent pas au coût du dispositif, et ce pour plusieurs raisons :

- Comme évoqué précédemment, le coût socio-économique est le différentiel de coût entre le coût du dispositif d'aide à domicile et son contrefactuel (placement en famille d'accueil par exemple). Notons qu'il peut y avoir des coûts même lorsque le contrefactuel consiste en de l'aide familiale. En effet, l'étude de Schmitz et Westphal (2017)<sup>9</sup> a mis en évidence la plus faible probabilité pour l'aidant familial d'être en situation d'emploi à temps plein, ce qui représente un manque à gagner pour l'aidant familial lui-même d'une part, et pour la collectivité nationale d'autre part;
- De plus, on applique un coût d'opportunité des fonds publics (COFP) au coût des dispositifs financés par de l'argent public. Celui-ci permet de rendre compte de la rareté des fonds publics et du coût de leur prélèvement.

### ➤ Des impacts de long terme

D'une part l'aide à domicile s'exerce souvent sur des périodes longues, pouvant aller jusqu'à plusieurs années ; et d'autre part les effets de l'aide à domicile se diffusent sur de nombreuses années. Ainsi les coûts et bénéfices de ces programmes s'observent sur le temps long. Afin de les exprimer en un indicateur unique, des calculs d'actualisation sont nécessaires. Ils visent à ramener en valeur d'aujourd'hui des coûts ou des bénéfices qui surviendront demain (1€ aujourd'hui n'a pas la même valeur qu'1€ demain). Il existe pour cela un taux d'actualisation socio-économique. Celui-ci tient

<sup>8</sup> Brand, S. et Price, R. (2000). The economic and social costs of crime. *Home Office - Research, Development and Statistics Directorate* (Royaume-Uni).

<sup>9</sup> Schmitz, H. et Westphal, M. (2017). Informal care and long-term labor market outcomes. *Journal of health economics*, 56, 1-18.

compte de la préférence pour le présent et de la prime de risque. Par convention, le taux d'actualisation socio-économique, défini dans le rapport Quinet<sup>10</sup>, est de 4,5%

## Les indicateurs calculés

Une fois l'ensemble des coûts et bénéfices traduits dans l'unité monétaire, des indicateurs socio-économiques sont calculés, et notamment :

 **La Valeur Actualisée Nette (VAN) Socio-économique** : c'est la création de valeur collective créée par la politique publique sur le long terme, nette de ses coûts, et ramenée en une valeur d'aujourd'hui par un calcul d'actualisation. En d'autres termes, ce sont les gains socio-économiques, moins les coûts socio-économiques, exprimés en valeur d'aujourd'hui.

 **La Valeur collective créée par euro public dépensé** : c'est le ratio gains socio-économiques / différentiel de dépense publique consenti pour le dispositif.

Par ailleurs, notons que le **gain socioéconomique** représente uniquement la création de valeur socio-économique permise par la politique publique, là où le **bénéfice socioéconomique** est une valeur nette (les coûts sont soustraits aux gains, c'est à dire à la valeur créée).

## Une étude inédite

Cette évaluation socio-économique est inédite à deux titres :

 D'une part, c'est **la première fois en France que le secteur de l'aide à domicile mobilise l'évaluation socio-économique pour objectiver son utilité**. Les résultats de l'étude sont univoques sur l'intérêt, pour la collectivité dans son ensemble, de soutenir les dispositifs en faveur de l'aide à domicile. L'étude fait également état des manques en matière de données de suivi (nombre d'heures d'intervention, durée des accompagnements, etc.). La mise en place de réflexes de reporting pourrait pourtant conférer un autre intérêt à l'évaluation socio-économique. En effet, l'étude ici réalisée serait susceptible d'être mobilisée pour piloter les programmes et politiques publiques : renforcement des interventions là où les bénéfices socio-économiques sont les plus forts, marges d'amélioration et réorientation le cas échéant.

 D'autre part, c'est **la première fois qu'une évaluation socio-économique est menée sur un champ d'activité aussi large de la Sécurité Sociale**. Si la méthodologie est largement utilisée dans le secteur des transports, elle est balbutiante dans celui de la santé, et absente dans l'évaluation des politiques sociales. La réalisation de cette étude montre dès lors que l'évaluation socio-économique est bel et bien mobilisable pour aider la décision publique dans ce secteur. Néanmoins, des besoins ont été mis en évidence sur la nécessité de lancer des travaux économétriques propres à la France. Aux Etats-Unis, les programmes d'intervention à domicile pour la petite enfance (*Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting – MIECHV*) sont soumis à

---

<sup>10</sup> Confié par le Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective (actuel France Stratégie) à l'économiste Emile Quinet et publié en 2013, c'est le rapport de référence sur la méthodologie de l'évaluation socioéconomique en France.

une obligation d'évaluation d'impact sous le *Affordable Care Act*. Aussi, une littérature importante et robuste (une méthodologie d'évaluation randomisée est la plus souvent mobilisée) de l'impact des programmes de visites à domicile existe pour ces programmes d'intervention. Nous ne pouvons que souligner l'importance de la mise en place d'une telle démarche en France afin d'améliorer le pilotage de nos politiques publiques.

## Chapitre 2 - L'évaluation socio-économique appliquée aux soins et à l'aide à domicile

Cette étude évalue les bénéfices socio-économiques générés par les soins infirmiers à domicile et l'aide à domicile. L'aide à domicile s'adresse à trois publics spécifiques : les familles rencontrant des difficultés ou des événements de vie particuliers (I), les personnes en situation de handicap (II) et les personnes âgées dépendantes (III). L'évaluation des répercussions des soins infirmiers à domicile (IV) se concentre sur les retours précoces d'hospitalisation des patients atteints de maladies pulmonaires chroniques et d'insuffisance cardiaque.

### I. L'aide à domicile apportée aux familles



L'aide à domicile en faveur des familles recouvre des interventions multiples. Toutefois, et sans prétendre à l'exhaustivité, deux types d'intervention principaux peuvent être mis en avant :

- l'accompagnement des **grossesses** et de la petite enfance afin de soutenir le développement de l'enfant
- l'accompagnement des **familles fragilisées en vue de favoriser la bientraitance**, et ainsi prévenir la maltraitance (psychologique, négligence, sexuelle et physique) et éviter les placements des enfants.

Compte tenu de la spécificité de ces problématiques, nous distinguons les calculs et le raisonnement.



#### I.1. Le développement harmonieux des grossesses et des naissances

**Il existe un lien de causalité entre aide à domicile et diminution des faibles et très faibles poids à la naissance** (Lee et al (2009)<sup>11</sup>).

Or, naître avec un faible ou très faible poids à la naissance présente des incidences certaines sur :

- la **mortalité** des enfants à moins d'un an (Black, Devereux et Salvanes (2007)<sup>12</sup>). Notons que le taux de mortalité à 1 an en France s'élève à 3,7 pour mille<sup>13</sup>, et que l'aide à domicile permet d'éviter 0,5 morts pour 1000, soit une diminution de 14%.

<sup>11</sup> Lee, E., Mitchell-Herzfeld, S.D., Lowenfels, A.A., Greene, R., Dorabawila, V. et DuMont, K.A. (2009). Reducing low birth weight through home visitation: a randomized controlled trial. *American journal of preventive medicine*, 36(2), pp.154-160.

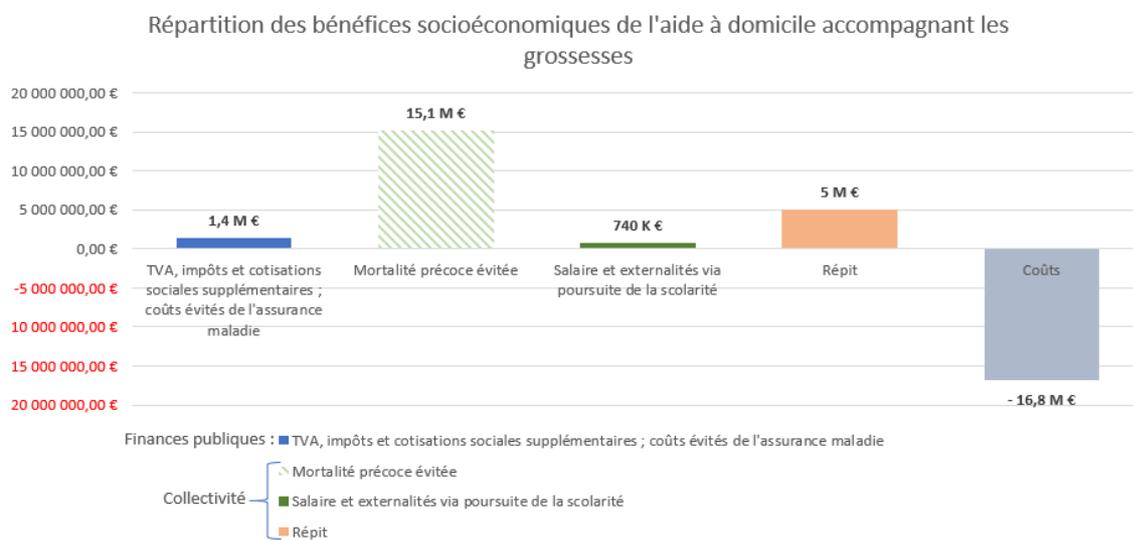
<sup>12</sup> Black, S.E., Devereux, P.J. et Salvanes, K.G. (2007). From the Cradle to the Labor Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes. *Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 409-439

<sup>13</sup> INSEE

- les **coûts** supportés par l'**Assurance maladie** pendant la grossesse et les semaines suivant l'accouchement<sup>14</sup> (Marzouk et al (2017)<sup>15,16</sup>)
- la poursuite de la **scolarité** (entraînant notamment des effets sur les revenus et la contribution à la fiscalité) (Black, Devereux et Salvanes (2007)<sup>12</sup>)

L'aide à domicile, outre l'impact sur le poids des enfants à la naissance, représente un soulagement lié à la prise en charge des tâches ménagères (répit).

En mobilisant les techniques de monétarisation décrites dans le chapitre précédent, nous attribuons une valeur monétaire aux effets de l'aide à domicile en faveur de l'accompagnement des grossesses<sup>17</sup>. En tenant compte d'une part du lien de causalité entre accompagnement à domicile et diminution de la probabilité de naître avec un faible ou très faible poids, et d'autre part du lien de causalité entre naissance à faible ou très faible poids et incidences tout au long de la vie, nous aboutissons aux coûts et bénéfices suivants :



<sup>14</sup> Il aurait été préférable de comptabiliser les coûts à long-terme de l'assurance maladie. Malheureusement le lien causal entre faible poids à la naissance et maladies à l'âge adulte n'est pas établi. Des recherches en ce sens pourraient être conduites.

<sup>15</sup> Marzouk, A., et al. (2017). Prenatal and postnatal cost of small for gestational age infants : a national study. *BMC Health Services Research*, 17(221)

<sup>16</sup> Notons que Marzouk et al. ne définissent pas le coût d'une naissance à faible poids, mais d'une naissance à faible poids *étant donné* l'âge gestationnel. Ces deux coûts étant fortement comparables, nous mobilisons tout de même cette étude.

<sup>17</sup> La monétarisation de la baisse de mortalité s'effectue grâce à une valeur tutélaire ; la baisse des coûts hospitaliers est un impact économique direct ; le répit grâce à une étude de préférence déclarée ; l'impact sur le parcours scolaire est monétarisé grâce aux calculs du bénéfice socioéconomique des diplômés du secondaire, menés par CITIZING en s'inspirant de la méthodologie de Courtioux et Chéron (2018), relative aux bénéfices socioéconomiques des diplômés de l'enseignement supérieur.

#### Chiffres à retenir :

- ➔ **Chaque euro public consacré à l'aide à domicile au service de l'accompagnement des grossesses génère un gain socio-économique de 1,65€.**
- ➔ **Chaque naissance prise en charge via l'aide à domicile génère un bénéfice socio-économique (net des coûts de prise en charge) de 591€.**
- ➔ **Au niveau national, l'aide à domicile, de par son action pour dans la prise en charge de grossesses, génère un bénéfice socioéconomique annuel (net des coûts pour les finances publiques) de 5,4 millions d'euros.**



## I.2. La bientraitance

Deux types de dispositifs coexistent pour l'accompagnement des familles fragilisées.

Le premier est **financé par la CAF**, et destinée aux familles traversant des difficultés ponctuelles, telles que l'incarcération d'un parent ou une maladie. L'accompagnement est effectué soit par des AVS (assistant.e.s de vie sociale) lorsqu'il s'agit d'une difficulté organisationnelle ou matérielle, soit par des TISF (technicien.ne.s d'intervention sociales et familiales) en présence de problématique éducative. Dans les deux cas, la durée maximale de l'intervention est limitée à 6 mois. Il concerne environ 63 000 familles en France, pour un budget de dépenses de 98 millions d'euros.

Le second est financé par le **Conseil Départemental, et organisé par son service départemental d'Aide sociale à l'enfance (ASE)**. Contrairement au dispositif financé par le CNAF, l'accompagnement n'est pas limité dans le temps, et sa mise en œuvre est motivée par la notion de danger pour l'enfant. Les données concernant le nombre de familles par les services de l'ASE, et son budget, n'ont pas été identifiées.

Il existe un **lien de causalité entre l'aide à domicile et la diminution de la maltraitance**<sup>18</sup>.

Or le fait d'avoir été maltraité a des incidences certaines sur :

- la poursuite de la **scolarité** (Aos et al (2004)<sup>19</sup> et Eckenrode et al (1993)<sup>20</sup>)
- la **délinquance** (Currie et Tekin (2006)<sup>21</sup>)
- la **mortalité** précoce (< 18 ans, U.S. Department of Health & Human Services (2018)<sup>22</sup>)

---

<sup>18</sup> Selon les études mobilisées (qui sont des études robustes randomisées ainsi qu'une méta-analyse : Fergusson et al (2005 ; 2013) ; DuMont et al (2008) ; Bugental et al (2002) ; Biluska et al (2005)), la réduction de la maltraitance peut passer du simple au triple. Afin d'éviter le biais d'optimisme, nous retenons une **ampleur de l'effet basse de 20%**.

<sup>19</sup> Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M. et Pennucci, A. . (2004). Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. *Olympia: Washington State Institute for Public Policy*.

<sup>20</sup> Eckenrode, J., Laird, M. et Doris, J. (1993). School Performance and Disciplinary Problems Among Abused and Neglected Children. *Developmental Psychology*.

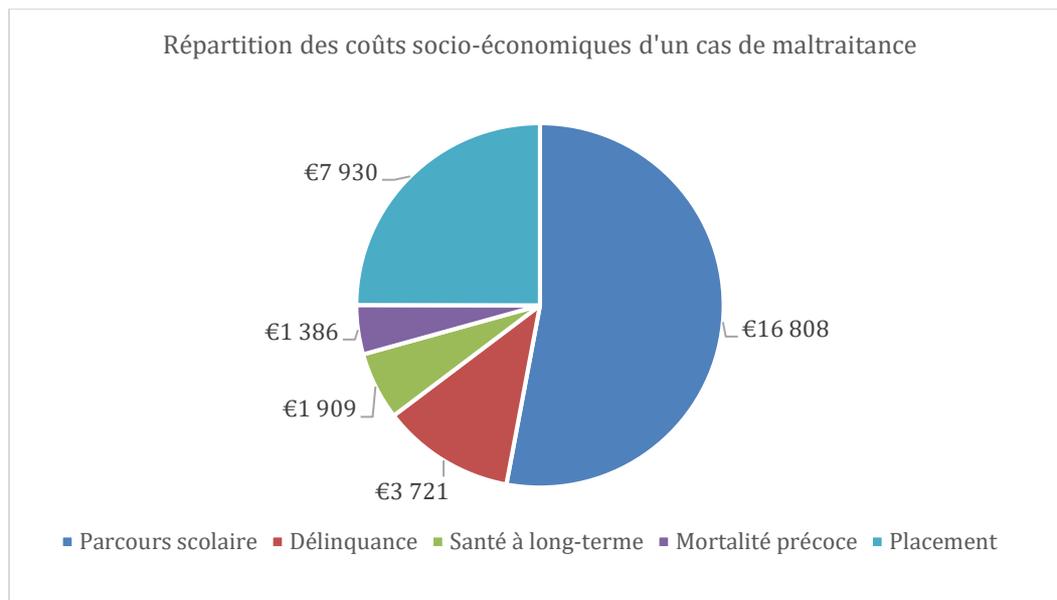
<sup>21</sup> Currie, J. et Tekin, E. . (2006). Does Child Abuse Cause Crime ? *IZA Discussion Paper Series*.

<sup>22</sup> Child Maltreatment 2016 (2018). U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.

- la **consommation des soins** pendant la vie adulte (Bonomi et al (2008)<sup>23</sup> ; Chartier et Walker (2007)<sup>24</sup>)
- la **probabilité d’être placé** (environ 10%<sup>25</sup> des enfants subissant un forme de maltraitance seront placés)

En mobilisant les techniques de monétarisation décrites dans le chapitre précédent, nous attribuons une valeur monétaire aux effets de l’aide à domicile en faveur des familles fragilisées.

En tenant compte de lien de causalité entre maltraitance et incidences tout au long de la vie, nous pouvons chiffrer le coût socio-économique moyen d’un cas de maltraitance



Dans la mesure où les durées et fréquences d’accompagnement des familles sont très variables, il n’est pas possible de déterminer un bénéfice socio-économique net des coûts, ni un ratio du type « chaque euro consacré à l’accompagnement des familles génèrent « tant de gains socio-économiques ».

Toutefois en mobilisant les chiffres de prévalence de la maltraitance de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), nous pouvons déterminer un potentiel de coûts socio-économiques évités, grâce à l’aide à domicile. L’OMS estime que la maltraitance, dans toutes ses formes, touche plus de 20% des enfants. En appliquant ce pourcentage à la France (20% des 724 000 enfants nés en 2016), et en considérant la borne basse de la maltraitance que l’aide à domicile est susceptible d’éviter (20%), on estime que l’aide à domicile permet d’éviter 927 M€ de coûts socio-économiques de long terme liés à la maltraitance.

<sup>23</sup> Bonomi, A.E., Anderson, M.L, Rivara, F.P., Cannon, E.A., Fishman, P.A., Carrell, D., Reid, R.J. et Thompson, R.S. . (2008). Health Care Utilization and Costs Associated with Childhood Abuse. *J Gen Intern Med*.

<sup>24</sup> Chartier, M.J. et Walker, J. (2007). Childhood Abuse, Adult Health, and Health Care Utilization: Results from a Representative Community Sample. *American Journal of Epidemiology*

<sup>25</sup> Nous n’avons pu identifier de chiffre français sur la probabilité pour un enfant maltraité d’être placé; ce chiffre renvoie au chiffre fourni par Doyle (2007), sur le cas Américain.

Chiffres à retenir :

➔ **L'aide à domicile permet d'éviter 20% des cas de maltraitance, dont certains donnent lieu au placement des enfants.**

- **Or, avoir été maltraité entraîne des impacts humains et économiques à vie qui se chiffrent à environ 32 K€ en moyenne par personne maltraitée ;**
- **Etre placé (environ 1 cas de maltraitance sur 10) présente un surcoût socioéconomique moyen de 80 K€** (tenant compte de l'augmentation de la probabilité de connaître des périodes de délinquance, de la probabilité de grossesse précoce et son incidence sur la réussite scolaire de la mère et de l'enfant, ainsi que du différentiel de coûts pour les finances publiques, par rapport au maintien à domicile quand celui-ci est possible « cas limite »).

## II. L'aide à domicile apportée aux personnes adultes en situation de handicap



Les situations de handicap sont variées. En France, 284 000 personnes bénéficient de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap). Celle-ci est destinée à rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie, afin que les personnes en situation de handicap puissent vivre le plus possible en autonomie et que se dessine une société inclusive. Le montant de la PCH dépend donc du degré du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et de la résidence de la personne en situation de handicap. L'aide à domicile en faveur des personnes adultes en situation de handicap participe à rendre le quotidien de ces personnes plus vivable. Toutefois, on ne saurait attribuer à l'aide à domicile le mérite de constituer la raison principale de l'autonomie plus ou moins importante des personnes en situation de handicap. Celle-ci dépend de la gravité du handicap, de son ancienneté, de la fréquence nécessaire de soins médicaux, etc.



Pour cette raison, l'étude se focalise sur les bénéfices socio-économiques indirects de l'aide à domicile pour leurs **aidants familiaux**. Il existe en effet un lien de causalité entre le fait d'être aidant familial et la probabilité d'occuper un emploi à temps plein (Schmitz et Westphal, 2017<sup>26</sup>) et entre le fait d'être aidant familial et la souffrance psychologique.

Ainsi, l'aide à domicile en faveur des personnes adultes en situation de handicap a 3 effets :

- l'aide à domicile augmente la **probabilité d'être en situation d'emploi** à temps plein, entraînant une hausse des revenus (voir 3<sup>ème</sup> tiret pour l'impact sur les finances publiques)
- l'aide à domicile permet le répit des aidants familiaux, en apportant un **soulagement psychologique** (48% des aidants déclarent avoir une maladie chronique ; 29% se sentir anxieux ou stressés)<sup>27</sup>.
- l'aide à domicile est source de **revenus pour les finances publiques**. Trois sources sont identifiées :
  - o la participation des aidants au marché du travail génère des recettes fiscales (impôts, cotisations sociales, TVA)
  - o l'embauche des intervenants de l'aide à domicile génère également des recettes fiscales (impôts, cotisations sociales, TVA)
  - o en diminuant le nombre d'heures d'aide familiale, les dédommagements PCH versés aux aidants familiaux diminuent.

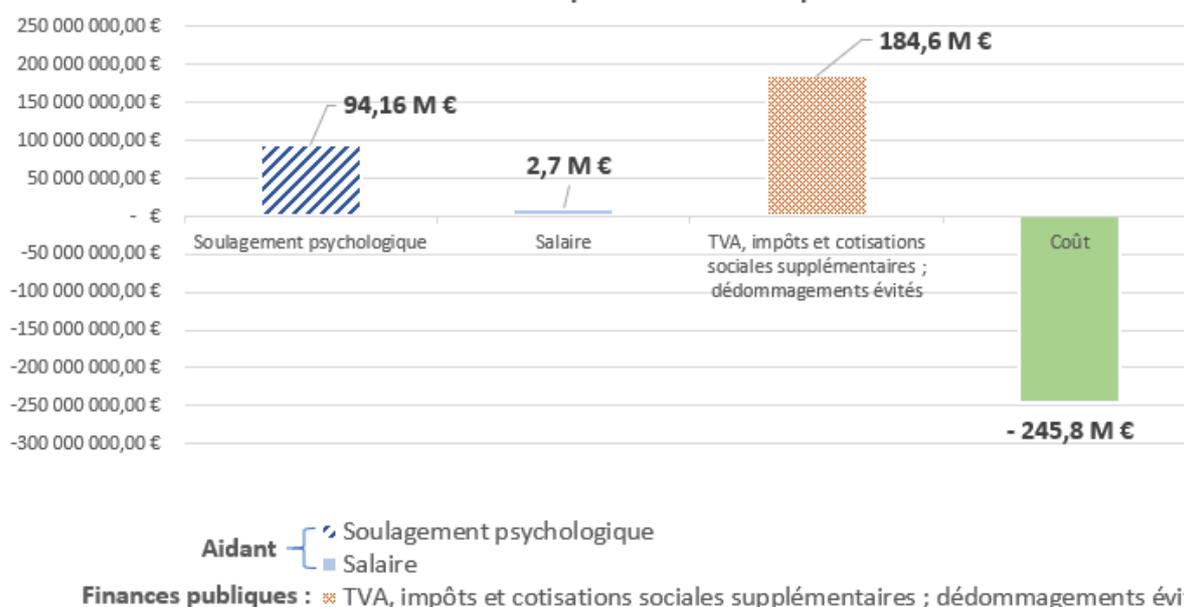


En mobilisant les techniques de monétarisation décrites dans le chapitre précédent, nous attribuons une valeur monétaire aux effets de l'aide à domicile. Les bénéfices et coûts que génère 1 heure d'aide à domicile par semaine pendant 1 an auprès des 284 000 personnes bénéficiant de la PCH se valorisent comme suit.

<sup>26</sup> Schmitz, H. et Westphal, M. (2017). Informal care and long-term labor market outcomes. *Journal of health economics*, 56, 1-18.

<sup>27</sup> Enquête Handicap-Santé aidants de la Drees, telle que citée par l'[Association Française de Aidants](#)

### Répartition des bénéfices socioéconomiques de l'aide à domicile à destination des personnes handicapées



#### Chiffres à retenir :

→ Chaque euro public consacré à l'aide à domicile en faveur des personnes en situation de handicap génère un gain socio-économique de 1,20 €.

→ Au niveau national, chaque heure supplémentaire d'aide à domicile en direction des personnes handicapées bénéficiaires de la PCH (284 000 personnes) génère un bénéfice socio-économique (net des coûts pour les finances publiques) de 35,6 millions d'euros par an.

### III. L'aide à domicile apportée aux personnes âgées dépendantes



En France, 1,2 millions de personnes âgées dépendantes perçoivent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)<sup>28</sup>, et elles sont 2,8 millions à bénéficier d'une aide familiale. Par ailleurs, le nombre d'aidants familiaux de personnes âgées est estimé à 4,3 millions de personnes<sup>29</sup>.



L'aide à domicile fournie aux personnes âgées dépendantes a des impacts de plusieurs types.

Il existe un **lien de causalité entre l'aide à domicile et l'état général des personnes âgées dépendantes** (60 ans et plus). L'effet joue de trois manières :

- Une heure d'aide à domicile par semaine pendant un an diminue la probabilité de **recourir aux urgences** de 11%<sup>30</sup> pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Or l'hospitalisation a un coût pour les familles (voir 3<sup>ème</sup> paragraphe pour le coût pour les finances publiques).
- Une heure d'aide à domicile par semaine pendant un an **diminue la probabilité d'être contraint d'aller en maison de retraite (EHPAD)** de 6%<sup>31</sup>. Or aller en EHPAD entraîne un surcoût pour les familles et une perte de bien-être pour les personnes âgées.
- L'aide à domicile augmente la probabilité d'être en meilleure santé mentale et physique<sup>32</sup>.

De plus, l'aide à domicile vient soulager les aidants familiaux. Or il existe un **lien de causalité entre aide à domicile et bien-être des aidants familiaux**.

L'effet joue de deux manières :

- l'aide à domicile augmente la **probabilité d'être en situation d'emploi**<sup>33</sup> à temps plein, entraînant des hausses des revenus. Notons qu'une heure d'aide à domicile ne se substitue pas à une heure d'aide par un membre de la famille. L'élasticité n'est pas égale à 1. Chaque heure d'aide à domicile permet à l'aidant familial de réduire son temps d'aide de 21,25 minutes<sup>34</sup>.
- l'aide à domicile permet le répit des aidants familiaux, en apportant un **soulagement psychologique**<sup>35</sup> (48% des aidants déclarent avoir une maladie chronique ; 29% se sentir anxieux ou stressés<sup>36</sup>).

Enfin, les impacts de l'aide à domicile sur les personnes âgées dépendantes et leurs aidants familiaux ont des effets sur **les finances publiques**. Quatre sources sont identifiées :

- la diminution des hospitalisations d'urgence réduit les coûts pour la Sécurité Sociale ;
- le coût pour l'Etat d'un accompagnement en EHPAD est inférieur à celui d'une aide à domicile ;

<sup>28</sup> INSEE

<sup>29</sup> Enquête Handicap Santé, Drees, telle que citée par le HCFEA

<sup>30</sup> Rapp, T., Chauvin, P. et Sirven, N. (2015). Are public subsidies effective to reduce emergency care? Evidence from the PLASA study. *Social Science & Medicine*, 138, 31-37

<sup>31</sup> Sands, L.P., Thomas, J., Paul, S., Craig, B.A., Rosenman, M., Doebbeling, C.C., Weiner, M. (2012). Volume of Home- and Community-Based Services and Time to Nursing-Home Placement. *Medicare & Medicaid Research Review*, 2(3), E1-E21.

<sup>32</sup> Bien que l'impact de l'aide à domicile sur la santé mentale et physique soit démontré, les échelles de mesures utilisées dans ces études ne nous permettent pas de le monétariser.

<sup>33</sup> Schmitz, H. et Westphal, M. (2017). Informal care and long-term labor outcomes. *Journal of Health Economics*, 56, 1-18.

<sup>34</sup> Si la personne âgée n'était accompagnée que par une personne ; en prenant en compte un nombre moyen de personnes aidantes par personnes âgées de 1,49, ce chiffre tombe à 14,26 minutes.

<sup>35</sup> Davin, B., Paraponaris, A. et Protière, C. (2015). Pas de prix mais un coût ? Evaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes en perte d'autonomie. *Economie et statistique*, 475-476.

<sup>36</sup> Enquête Handicap-Santé aidants de la Drees, telle que citée par l'Association Française des Aidants

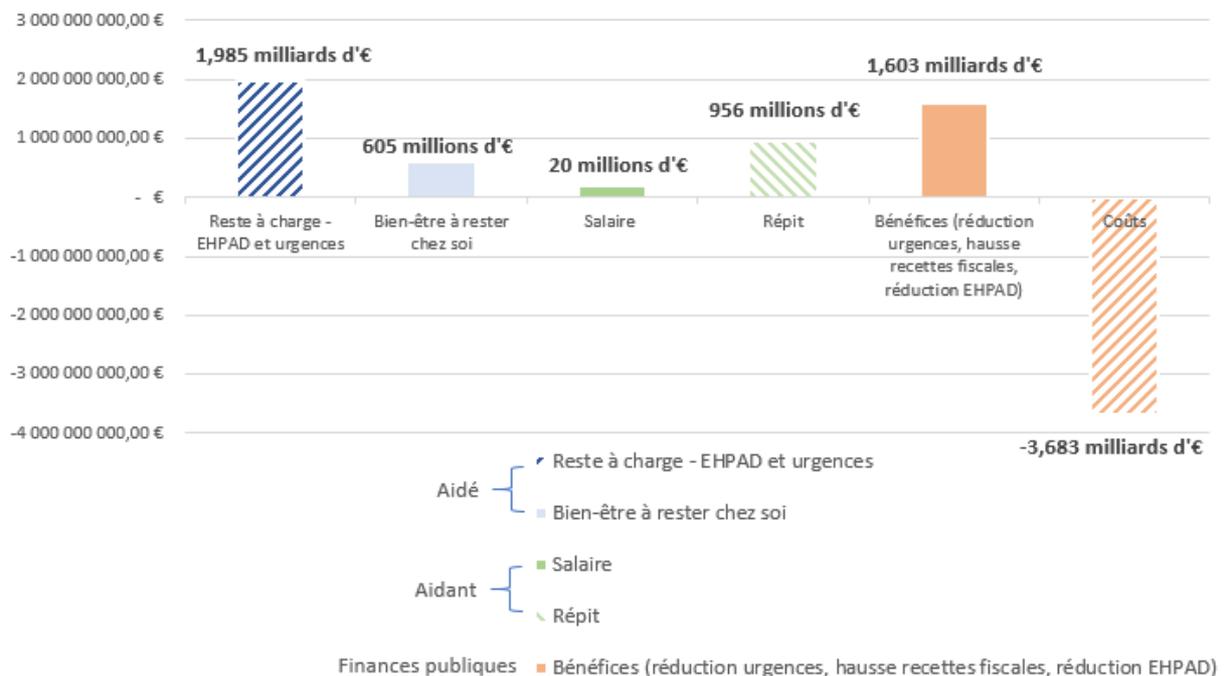
- la participation des aidants au marché du travail génère des recettes fiscales (impôts, cotisations sociales, TVA) ;
- l'embauche des intervenants de l'aide à domicile génère également des recettes fiscales (impôts, cotisations sociales, TVA).



En mobilisant les techniques de monétarisation décrites dans le chapitre précédent, nous attribuons une valeur monétaire aux effets de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées dépendantes.

En tenant compte de lien de causalité entre l'aide à domicile et ses impacts socio-économiques pour les personnes âgées, leurs aidants familiaux et les finances publiques, nous aboutissons aux coûts et bénéfices suivants :

Répartition des bénéfices de l'aide à domicile pour les personnes âgées



Chiffres à retenir :

➔ **Chaque euro public consacré à l'aide à domicile en direction des personnes âgées dépendantes génère 1,62 € de gains socioéconomiques.**

➔ Au niveau national, si chaque personne âgée recevant de l'aide familiale (2,8 millions de personnes concernées en France) bénéficiait d'1 heure hebdomadaire d'aide à domicile (1h de plus pour certains) pendant un an, les **bénéfices socioéconomiques, nets des coûts pour les finances publiques, s'élèveraient à 1,5 milliards d'euros**

## IV. Les soins infirmiers à domicile

➤ Outre l'aide à domicile non médicalisée à destination de publics ciblés (familles, personnes âgées dépendantes et personnes adultes en situation de handicap), des dispositifs existent relatifs aux soins infirmiers à domicile. Les interventions concernent alors des soins infirmiers, de la prévention (éducation à la santé) et de la coordination des soins avec d'autres praticiens.

➤ Comme pour les personnes en situation de handicap, les pathologies des patients auxquels s'adressent les soins à domicile sont variées. Nous nous concentrons sur les deux types de pathologies les plus documentées : les **maladies pulmonaires chroniques** (BPCO - Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) et les **insuffisances cardiaques** (AVC et AIT). Ces deux pathologies représentent environ 197 000 patients hospitalisés par an. Il existe un lien de causalité entre les soins infirmiers à domicile et la réduction des durées d'hospitalisation<sup>37</sup> d'une part, et la réduction de la probabilité de ré-hospitalisation d'autre part (Farkas et al (2011)<sup>38</sup>; Naylor et al (2004)<sup>39</sup>; Lanhorne et Baylan (2017)<sup>40</sup>).

S'agissant du lien entre soins infirmiers à domicile et réduction des durées d'hospitalisation, l'effet net joue de 3 manières :

- Réduire la durée d'hospitalisation a un **impact financier tant pour la Sécurité Sociale que pour les familles** (151 € pour une journée d'hospitalisation pour BPCO, 730 € pour une journée pour AVC). Au niveau national, si les soins à domicile étaient généralisés pour tout patient hospitalisé pour insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire chronique, on économiserait **760 000 journées d'hospitalisation**
- Réduire la durée d'hospitalisation **favorise le bien-être du patient**, qui valorise le fait de rentrer chez lui plus tôt, plutôt qu'être à l'hôpital<sup>41</sup>.
- Réduire la durée d'hospitalisation augmente le nombre d'heures d'aide apportée par les aidants familiaux (augmentation de 3,25 heures<sup>42</sup> d'aide familiale<sup>43</sup> par jour de retour précoce d'hospitalisation).

---

<sup>37</sup> Grâce à la coordination de soins et l'éducation à la santé effectuée par les infirmier.e.s., une journée d'hospitalisation est observée pour les patients hospitalisés pour BPCO, et de cinq journées pour les patients hospitalisés pour AVC. L'étude qui estime l'ampleur de cet effet estime une réduction de 3 jours ; cette étude présente toutefois un biais de sélection, qui biaise très probablement les résultats vers le haut. Aussi, par précaution, nous posons l'hypothèse d'une réduction d'une journée.

<sup>38</sup> Farkas, J., Kadivec, S., Kosnik, M. et Lainscak M. (2011). Effectiveness of discharge-coordinator intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease: study protocol of a randomized controlled clinical trial. *Respiratory Medicine*.

<sup>39</sup> Naylor, M.D., Brooten, D.A., Campbell, R.L., Maislin, G., McCauley, K.M., Sanford Schwartz, J. Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *American Geriatrics Society*.

<sup>40</sup> Langhorne, P. et Baylan, S. (2017). Early supported discharge services for people with acute stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<sup>41</sup> L'étude de préférence déclarée de Costa Font (2017) permet de monétariser le bien-être que représente le fait d'être plus tôt de retour au domicile plutôt qu'à l'hôpital. Nous retenons la borne basse de 9,73€ par jour.

<sup>42</sup> Goossens, L.M.A., Utens, C., Smeenk, F.W.J.M, van Schayck, O.C.P, van Vliet, V., van Litsenburg, M., Braken, M.W. et Rutten-van Mölken, M.P.M.H. (2013). Cost-Effectiveness of Early Assisted Discharge for COPD Exacerbations in the Netherlands. *Value in Health*.

<sup>43</sup> Cette aide familiale a un coût psychologique, qui est valorisé, comme pour les aidants des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes, en mobilisant l'étude contingente de Davin, Paraponaris et Protière (2015). Le coût psychologique retenu, c'est à dire le manque de répit, est estimé à 18€ par heure.

S'agissant du lien causal entre les soins à domicile et la réduction de la probabilité de ré-hospitalisation, via la coordination des soins et l'éducation à la santé, on trouve que :

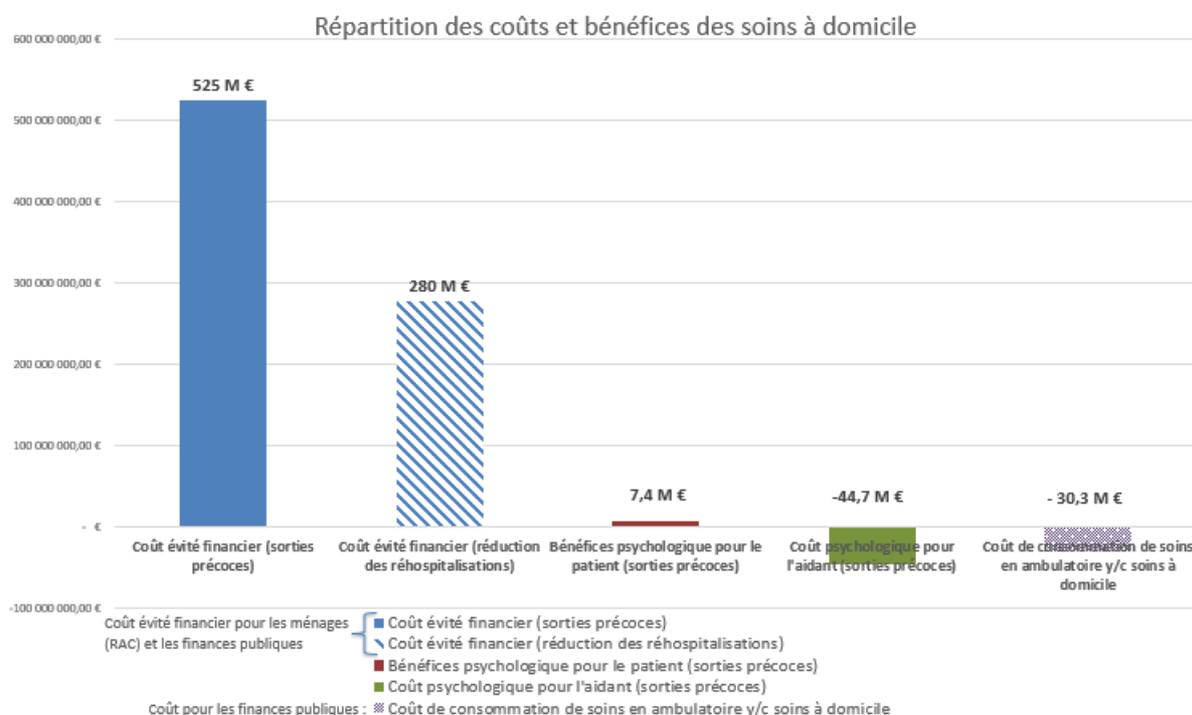
- La probabilité de ré-hospitalisation diminue 17 points de pourcentage (Farkas et al (2011)<sup>38</sup> pour les patients atteints de BPCO (coût moyen d'une hospitalisation : 1 509 €)
- La probabilité de ré-hospitalisation diminue de 26 points de pourcentage (Naylor et al (2004)<sup>39</sup> pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque (coût moyen d'une hospitalisation : 730 €)

Par ailleurs, les soins à domicile n'affectent pas la mortalité. Aussi, la coordination des soins permet un même niveau de santé à moindre coût. Nous valorisons donc cette diminution des coûts hospitaliers permise par les soins infirmiers à domicile.



En mobilisant les techniques de monétarisation décrites dans le chapitre précédent, nous attribuons une valeur monétaire aux effets des soins infirmiers à domicile.

En tenant compte du lien de causalité entre les soins à domicile et leurs impacts socio-économiques pour les patients, leurs aidants familiaux et les finances publiques, nous aboutissons aux coûts et bénéfices suivants :



Nous expliquons ci-après la raison pour laquelle 2 bâtons du graphique précédent sont relatifs aux coûts : le coût pour les finances publiques est estimé pour 197 000 personnes hospitalisées pour maladie pulmonaire chronique ou insuffisance cardiaque, en prenant en compte une durée de 6 mois à un an à partir de leur sortie précoce d'hôpital. D'un côté, la sortie précoce génère des économies pour la Sécurité Sociale et les patients, de 525 millions d'euros par an (bâton de gauche) par rapport à une situation où la durée d'hospitalisation serait plus longue. De l'autre, à la sortie de l'hôpital, la mise en place de programmes de soins à domicile représente un coût additionnel par rapport à une prise en charge ambulatoire classique (intervention des infirmières, médecins généralistes, pneumologues, kinésithérapeutes).

Ainsi, en nous basant sur les coûts du programme PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile), et en mobilisant les mêmes assiettes que celles utilisées pour le calcul des bénéfices, le coût annuel de soins à domicile, s'ils étaient généralisés pour tous les patients BPCO et AVC, serait d'environ 30,3 millions d'euros par an pour les finances publiques.

**Les chiffres à retenir :**

- ➔ Chaque euro public supplémentaire consacré aux soins infirmiers à domicile pour accompagner les retours d'hospitalisation génère un gain socio-économique de 31€.
  
- ➔ Si les soins à domicile étaient généralisés pour tout patient hospitalisé pour insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire chronique, le bénéfice socio-économique, net des coûts pour les finances publiques, s'élèverait à 737 M€.