

ÉVALUATION DES COÛTS DES SERVICES DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE

Mariette Blouin
Tim Aubry
Douglas Angus
Université d'Ottawa
Ottawa, Ontario

Résumé: Malgré qu'il y ait beaucoup d'intérêt à déterminer les coûts des services en santé et services sociaux, l'application actuelle des méthodologies pour estimer les coûts dans les études d'évaluation de programme reste toujours assez rare. Cette note de recherche présente une description de l'application d'une méthodologie développée en Angleterre pour évaluer l'ensemble des coûts de soins de santé et services sociaux. Les différentes étapes décrites sont basées sur l'utilisation actuelle de la méthodologie avec 90 clients d'une agence de santé mentale communautaire à Ottawa en Ontario. Les résultats montrent des coûts globaux annuels moyens de 24 878\$ (68\$ par jour), avec une grande variabilité pour les coûts totaux parmi les clients évalués. Les défis associés à l'implantation de cette méthode d'évaluation des coûts sont discutés.

Abstract: Despite the high level of expressed interest in assessing costs of health and social services in program evaluation, the application of methodologies to estimate costs still remains relatively rare. The research note describes the application of a methodology developed in England to comprehensively cost health and social services. Using an assessment of services and supports consumed by 90 clients of a community mental health agency in Ottawa, Ontario, the different stages of the methodology are described. Results show the average annual total costs of services and supports used by the clients to be \$24,878 per year (\$68 per day), with a wide range variability associated with total costs of services for the different clients. The challenges of using this costing methodology in program evaluation are discussed.

Correspondance à l'auteur: T. Aubry, Centre de recherche sur les services communautaires, Université d'Ottawa, Ottawa, ON, K1N 6N5;
<taubry@uottawa.ca>

Jusqu'à date, la grande majorité des études publiées rapportant les résultats d'une évaluation économique du suivi communautaire en santé mentale ont été complétées en Angleterre ou aux États-Unis (Clark et al., 1998; Ford, Raftery, Ryan, & Beadsmoore, 1997; Galster, Champney, & Williams, 1994; Hoult & Reynolds, 1984; Lehman et al., 1999; Rosenheck, 2000; Weisbrod, Test, & Stein, 1980; UK700 Group, 2000; Wolff et al., 1997). À l'heure actuelle, il y a seulement une étude canadienne qui a publié des données sur une étude de cas évaluant les coûts dans le contexte du secteur santé mentale communautaire (Farrell & Aubry, 2002). Cette note de recherche présente l'utilisation de la même méthodologie anglaise, mais cette fois avec un échantillon de 90 personnes recevant des services en santé mentale communautaire.

Spécifiquement, l'évaluation économique rapportée ici est basée sur la méthodologie proposée par Knapp (1995) ainsi que Netten et Beecham (1993) de la production du bien-être (*the production of welfare*). Nous avons trois raisons principales pour le choix de cette méthodologie parmi les différentes méthodologies qui apparaissent dans la littérature. Premièrement, la méthode a fait ses preuves lors de nombreuses applications en Angleterre dans le domaine de santé mentale communautaire (Knapp & Beecham, 1990; Knapp et al., 1994). Deuxièmement, cette méthode est particulièrement appropriée dans une situation comme la nôtre où on n'a pas accès aux données administratives sur l'utilisation des services; nous devons donc solliciter les informations pertinentes chez les intervenants qui connaissent bien les clients ainsi que chez les clients eux-mêmes. Troisièmement, une particularité de cette méthode est qu'elle veut capter les coûts de façon complète, c'est-à-dire, les coûts «cachés» et les «coûts» évidents; elle veut aussi le faire sur le plan «micro» du client, et non pas sur le plan plus «macro» du programme et de l'organisme.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'inscrit à l'intérieur d'une étude évaluative du programme de suivi communautaire intensif de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), secteur Ottawa. L'étude utilise un devis de recherche expérimental, comparant un groupe de clients recevant les services de suivi communautaire intensif (*intensive case management*) à un groupe similaire de clients recevant les services usuels dans la communauté. Celle-ci fait partie du *Community Mental Health Evaluation Initiative*, une étude multisite

dans le secteur de la santé mentale communautaire en Ontario (Dewa et al., 2002).

Participants

Les 90 participants dans l'étude sont des personnes qui ont été référées au programme de soutien communautaire intensif par les intervenants au repérage (*outreach worker*). Les principaux critères de sélection étaient ceux reliés à l'admissibilité aux services de suivi communautaire, c'est-à-dire d'avoir un diagnostic de trouble mental grave (e.g., schizophrénie, trouble affectif), avoir des difficultés fonctionnelles dans un domaine de leur vie, et posséder un historique d'itinérance. L'âge des clients variait de 17 ans jusqu'à 65 ans. Dans le cas des services de suivi communautaire intensif, les clients avaient un intervenant spécifique qui leur offrait les services. Chaque intervenant avait 15 clients à la fois. Dans le cas de l'autre groupe, les clients continuaient souvent avec leur intervenant au repérage pour une période de temps plus courte qui les aidait à répondre à leurs besoins de base. Chaque intervenant au repérage avait entre 15 et 30 clients et la période de service durait d'habitude moins que 12 mois.

Protocole de calcul des coûts

Les quatre étapes qui font parti de la méthode anglaise ont été suivies pour évaluer les coûts (Knapp, 1995; Netten & Beecham, 1993). Dans la première étape, les éléments du service évalué sont décrits. Les activités de services reçues par un client et leurs unités pour les mesurer sont identifiées dans une deuxième étape. Dans une troisième étape, les coûts associés avec chaque activité de service reçue sont estimés. Finalement, les coûts totaux des services utilisés sont calculés en additionnant tous les coûts des services identifiés dans la troisième étape.

Les données reliées aux coûts pour les neuf premiers mois de l'étude ont été recueillies à partir d'items spécifiques insérés aux protocoles d'entrevue utilisés avec les intervenants principaux travaillant avec le client, c'est-à-dire l'intervenant relié avec le programme offrant le soutien communautaire intensif ou avec les intervenants au repérage. Dans les cas où l'intervenant ne pouvait pas répondre aux items reliés aux coûts, ils ont été demandés aux clients. Les intervenants impliqués auprès des clients de notre étude les

suivaient assez étroitement de façon hebdomadaire et leur rôle incluait la coordination des services. Alors, nous croyons qu'ils étaient en mesure de nous donner un portrait assez précis des services utilisés par les clients. Les items sur les services utilisés dans ce protocole ont été construits par les chercheurs en s'inspirant du *Client Service Receipt Interview Baseline Information* préparé par Beecham, Université du Kent à Canterbury (Knapp & Beecham, 1990).

Un répertoire de coûts unitaires (honoraires fixes pour une heure de service ou par visite) a été élaboré pour faciliter les calculs reliés à l'utilisation des services professionnels et non professionnels. Pour les services professionnels, nous avons utilisé les normes régionales fournies par les corporations/associations des différentes professions impliquées. Pour les services professionnels sous la couverture du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le répertoire des frais du ministère a été utilisé. Chaque centre hospitalier de la région, avec l'exception d'un hôpital, a été en mesure de nous fournir le coût unitaire d'une journée d'hospitalisation ainsi qu'une visite à l'urgence. Nous avons utilisé, pour cet hôpital, un coût représentant la moyenne des coûts unitaires des autres hôpitaux.

En ce qui a trait aux services/programmes communautaires, les coûts unitaires (tarif horaire ou par visite) ont été établis à partir des informations obtenues des organismes impliqués. Quelques organismes avaient déjà calculé un coût unitaire pour l'utilisation de leurs services; toutefois, pour un grand nombre d'agences nous avons dû calculer nous-mêmes un coût unitaire à partir des informations fournies (i.e., salaire des intervenants, nombre d'intervenants et de bénévoles, nombre d'utilisateurs, coûts d'opération, etc.). Les heures de bénévolat (incluant les membres de la famille et amis) ont été calculées à partir du tarif de salaire minimum en vigueur dans la région au moment de l'étude, soit 6,85\$/heure. Lorsqu'un service ne pouvait nous fournir les informations nécessaires à de tels calculs, nous avons utilisé le coût unitaire d'un service similaire.

En ce qui a trait aux coûts de l'agence où les programmes évalués étaient situés, nous avons établi d'une part une constante pour chaque client de chacun des deux programmes et d'autre part un taux horaire pour les intervenants. Ce tarif horaire a été calculé en tenant compte du salaire et des bénéfices marginaux. Ainsi, un coût fixe de 1 008,00\$/client pour la période de neuf mois a été établi

pour chaque participant au programme de soutien communautaire intensif (groupe expérimental) et un coût de 378,00\$ pour ceux du programme des intervenants au repérage (groupe contrôle).

Une liste des médicaments prescrits pour des difficultés psychiatriques à chaque client nous a été fournie par les intervenants ou le participant lui-même. Une pharmacie de la région nous a fourni les coûts pour une prescription de 30 jours (selon les normes habituellement en cours pour les bénéficiaires d'aide sociale) pour chaque médicament de la liste, ainsi que les coûts d'opération, de préparation des dosettes, et de livraison.

Procédures

Neuf mois après la première entrevue (\pm trois semaines), un chercheur a rencontré l'intervenant communautaire de chaque participant pour une entrevue semi-structurée, à l'aide du protocole et des questions reliées à l'utilisation des services sociaux et de santé afin d'en déterminer les coûts. Les entrevues contiennent des items concernant les coûts pour la période couvrant les neuf mois depuis l'entrée dans l'étude. Dans les cas où les intervenants n'étaient pas sûrs des services utilisés, l'information a été demandée aux clients durant leur entrevues de suivi à neuf mois.

RÉSULTATS

Le Tableau 1 présente les moyennes, les écarts-types, et le pourcentage des coûts par rapport à l'ensemble des coûts des services, les étendues, et les médianes des variables de coûts.

Les coûts ont été regroupés de façon à représenter les cinq domaines ciblés. Le coût global des services a été calculé en faisant la somme des moyennes de chaque catégorie.

Les résultats démontrent une très grande variabilité à l'intérieur de chacun des domaines étudiés. Les coûts globaux de l'ensemble des services de soins et de maintien dans la communauté d'une personne adulte sans domicile fixe et ayant une maladie mentale grave se situent entre 1 392\$ et 86 032\$ pour une période de neuf mois (années 1999-2001), soit une moyenne d'environ 18 658\$ pour neuf mois (24 878\$ par année) ou 68\$ par jour, par client. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes par rapport aux coûts globaux.

CONCLUSION

À notre avis, l'approche implantée dans notre étude représente une manière faisable d'évaluer les coûts associés avec les services et le soutien de façon exhaustive, dans un contexte où nous n'avons pas accès à des données administratives des organismes auprès desquels les clients ont utilisé les services. Nous considérons alors cette méthode comme l'avenue la plus réalisable pour évaluer, au niveau économique, les services en santé mentale communautaire.

Tableau 1
Moyennes, écarts-type, et pourcentages pour les variables de coûts (coûts des services pour les programmes évalués, société, famille/amis, coûts globaux) durant une période de neuf mois (N = 90)

	M	E-T	% ¹	Étendue	Mediane
Coûts des services parvenant des programmes évalués ²	2 358,49	1 359,43	12,6	378–6 526	2 598,16
Coûts gouvernementaux pour les autres organismes ³	16 617,95	15 649,44	89,0	0–81 972	11 693,38
- soins médicaux (hôpital, urgence, ambulance, médicaments)	7 900,35	13 458,74	42,3	0–73 083	2 508,88
- visites chez le psychiatre	530,07	881,23	2,8	0–5 632	213,05
- visites chez autres professionnels	864,21	1 284,29	4,6	0–7 307	342,70
- services communautaires utilisés	2 784,76	4 601,90	14,9	0–20 020	812,42
- services légaux utilisés (avocats, pénitencier, agents de probation)	250,36	813,04	1,3	0–6 340	,00
- éducation	202,08	803,45	1,0	0–4 145	,00
- bourses et subventions additionnelles	49,98	218,84	0,3	0–1 500	,00
- subventions au logement (gouv. de l'Ontario)	3 303,47	3 432,43	17,7	0–11 907	2 994,75
- services de soins à domicile	58,45	375,95	0,3	0–3 414	,00
Coûts à la famille / aux amis	303,90	1 106,44	1,6	0–9 322	,00
Contribution des clients (bénévolat + revenu d'emploi)	621,91	1 525,87	3,3	0–9 520	,00
Coûts globaux (ACSM + autres organismes + famille/amis – contribution des clients)	18 658,42	15 749,09		1 392–86 032	13 956,87

¹ % des coûts globaux

² Les coûts des services reliés au suivi communautaire intensif ou au service de repérage offert par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), secteur Ottawa

³ La liste des coûts gouvernementaux présentés au dessus n'est pas exhaustive mais inclut ceux qui sont les plus importants.

De même, l'utilisation de cette méthodologie nous a placé face à certains défis. D'une part, il est difficile d'obtenir toutes les informations nécessaires au calcul des coûts, particulièrement lorsque la source principale de l'information (intervenant) peut simplement fournir des estimations basées sur ses souvenirs des ressources utilisées par ses clients. Aussi, selon la méthodologie utilisée (Netten & Beecham, 1993) il devient important, lorsqu'il y a ambiguïté, de faire un suivi sur l'information fournie par un intervenant en demandant des éclaircissements aux clients.

Un autre défi de taille est d'obtenir les coûts des services. De façon surprenante, plusieurs organismes ne connaissent pas nécessairement leurs coûts d'opération ou le coût d'une heure d'utilisation de leurs services. La plupart des organismes ont été très coopératifs, mais certains étaient plus réticents. Comme il n'existe pas en Ontario un répertoire officiel des salaires ou des coûts de services, des estimations approximatives ont été faites, et celles-ci sous-estiment probablement les coûts réels des services. Parfois, lorsqu'il était impossible d'obtenir les informations, le coût unitaire identifié pour un service similaire a été utilisé.

Idéellement, des données administratives sur les services utilisés par les clients nous donneraient un portrait précis des coûts. Malheureusement, ces données ne sont pas disponibles même pour les services de santé couverts par l'assurance médicale. Si les ressources sont disponibles pour leur obtention, une procédure qui pourrait améliorer la précision des estimations des coûts serait de documenter l'utilisation des différents services au moment actuel ou juste après qu'ils soient reçus (c'est-à-dire, l'application d'un devis prospectif pour collecter les données sur les coûts).

Finalement, l'ensemble des résultats de notre étude démontre une grande variabilité dans les coûts qui reflète qu'une personne aura accès plus ou moins facilement aux divers services de soutien disponibles dans la communauté. Cette variabilité, qui est assez commune dans les résultats des études sur les évaluations des coûts, pose des limites en terme de nombre de sujets nécessaires pour trouver des différences significatives entre différents groupes de traitement. Le fait qu'il y ait une si grande variabilité soulève des questions importantes par rapport à la planification des services en santé mentale communautaire. Est-ce que les personnes avec les plus grands besoins accèdent à plus de services, et quelles sont les caractéristiques de ces clients? Est-ce que ceux qui reçoivent plus

de services démontrent plus d'amélioration? Ces questions sont particulièrement importantes pour ceux qui dispensent et/ou évaluent ces services.

REMERCIEMENTS

Le projet a été subventionné par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario en collaboration avec la Fondation ontarienne de la santé mentale et la division ontarienne de l'Association canadienne pour la santé mentale. Les chercheurs remercient les participants de l'étude et le personnel à l'Association canadienne pour la santé mentale, secteur d'Ottawa.

RÉFÉRENCES

- Clark, R.E., Teague, G.B., Ricketts, S.K., Bush, P.W., Xie, H., McGuire, T.G., Drake, R.E., McHugo, G.J., Keller, A.M., & Zubkoff, M. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research, 33*, 1285–1308.
- Dewa, C.S., Durbin, J., Wasylenki, D., Ochocka, J., Eastabrook, S., Boydell, K.M., & Goering, P. (2002). Considering a multi-site study? How to take the leap and have a soft landing. *Journal of Community Psychology, 30*, 1–15.
- Farrell, S., & Aubry, T.D. (2002). Comprehensive costing of support services for vulnerable populations: A case study. *Canadian Journal of Program Evaluation, 17*(3), 25–38.
- Ford, R., Raftery, J., Ryan, P., & Beadsmoore, A. (1997). Intensive case management for people with serious mental illness — Site 2: Cost effectiveness. *Journal of Mental Health UK, 6*, 919–199.
- Galster, G.C., Champney, T.F., & Williams, Y. (1994). Costs of caring for persons with long-term mental illness in alternative residential settings. *Evaluation and Program Planning, 17*, 239–248.
- Hoult, J., & Reynolds, I. (1984). Schizophrenia: A comparative trial of community-oriented and hospital-oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinava, 69*, 359–372.

- Knapp, M.R.J. (1995). The economic perspective: Framework and principles. In M.R.J. Knapp (Éd.), *The Economic Evaluation of Mental Health Care* (pp.1–26). Burlington, VT: Ashgate.
- Knapp, M., & Beecham, J. (1990). Costing mental health services. *Psychological Medicine*, 20, 893–908.
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopoulou, V., Hallaw, A., Fenyo, A., Marks, I.M., Connolly, J., Audini, B., & Muijen, M. (1994). Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 195–203.
- Lehman, A.F., Dixon, L., Hoch, J.S., Deforge, B., Kernan, E., & Frank, R. (1999). Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 174, 346–352.
- Netten, A., & Beecham, J. (1993). *Costing community care: Theory and practice*. Aldershot, UK: Ashgate.
- Rosenheck, R. (2000). Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: The application of research to policy and practice. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1563–1570.
- UK700 Group. (2000). Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*, 176, 537–543.
- Weisbrod, B., Test, M.A., & Stein, L.K. (1980). Alternative to mental hospital treatment, II: Economic cost-benefit analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400–405.
- Wolff, N., Helminiak, T.W., Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., & Trusty, M.L. (1997). Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 341–348.

Mariette Blouin, Ph.D., est psychologue avec le Conseil des écoles catholiques de langue française du Centre-Est. La recherche présentée dans la note de recherche et pratique faite partie de sa thèse de doctorat.

Tim Aubry, Ph.D., est professeur agrégé à l'École de psychologie et Directeur du Centre de recherche sur les services communautaires à l'Université d'Ottawa. Ses domaines de recherche incluent la santé mentale communautaire, les personnes qui sont sans domicile fixe, et l'évaluation des programmes de santé et de services sociaux.

Doug Angus, Ph.D., est professeur titulaire à l'École de gestion et Directeur du programme de doctorat en Santé des populations à l'Université d'Ottawa. Il est un économiste dans le domaine de santé communautaire. Ses domaines de recherche incluent la réforme du système de santé, les politiques en santé, et l'évaluation économiques des programmes de santé.