



PURPLE SQUIRREL  
ECONOMICS

# Évaluation sommaire de la valeur économique de la Coop ASSIST

Préparé pour:

Coop ASSIST – Coopérative québécoise pour la vie autonome

Par:

Purple Squirrel Economics Canada

1372 rue du crépuscule

Lévis, QC, Canada

[gabrieltremblay@pshta.com](mailto:gabrieltremblay@pshta.com)

Purple Squirrel Economics

10 Lexington ave, Suite 15K,

New York (NY), USA

[gabrieltremblay@pshta.com](mailto:gabrieltremblay@pshta.com)



1.	MISE EN CONTEXTE.....	3
1.2	Experts en économie de la santé .....	4
2.	ÉVALUATION DU PROGRAMME D'ASSISTANCE PERSONNELLE AUTODIRIGÉ ASSIST .....	5
2.2	Méthode.....	6
2.2.1	Schéma contextuel.....	7
2.3	Estimation de la population cible.....	8
2.4	Hypothèses.....	8
2.5	Distribution et coûts des ISO-SMAF.....	9
2.6	Utilisation des ressources par ISO-SMAF.....	10
2.7	Utilisation des services par les utilisateurs d'ASSIST .....	12
2.8	Coûts unitaires des ressources .....	13
2.9	Coûts de soutien et de soins en CHSLD.....	14
2.10	Coût de construction de CHSLD .....	15
2.11	Autres hypothèses.....	16
3.	RÉSULTATS.....	19
3.2	Analyse de sensibilité des variables clés .....	21
4.	DISCUSSION .....	25

---

## 1. Mise en contexte

Au cours des derniers mois, la Coop ASSIST a élaboré un nouveau programme d'assistance personnelle autodirigé. Le constat de la coopérative est que l'approche « médicale » du handicap actuellement utilisée par le gouvernement amène les usagers nécessitant plus de 44 heures d'assistance à domicile, à être institutionnalisés contre leur gré, par manque de choix.

De plus, le programme de soutien à domicile confine les personnes en situation de handicap à ne recevoir leurs services qu'à leur domicile et ce, de façon inadéquate. Dans les deux cas, en institution ou à domicile, la vie active citoyenne (travail, vie familiale, implication sociale, bénévolat, loisir, voyages) et l'élaboration de projet de vie familiale ou individuelle n'est pas possible, brimant du même coup leurs droits et libertés.

La coopérative a donc débuté un projet dans le but de proposer au gouvernement un nouveau programme d'assistance personnelle autodirigé provincial basé sur le paiement direct et le budget personnel avec l'assistance de la coopérative. Et ce, sans plafond arbitraire de financement pour offrir des services jusqu'à 24h/7j. Ce type de programmes existe déjà dans plusieurs régions du Canada et plusieurs pays. Par exemple en Ontario, Colombie-Britannique, France, Norvège, Suède et aux États-Unis. (European Network on Independent Living (ENIL) Personal Assistance Services in Europe (2013) Mise à jour (2015)) La coopérative envisage débuter ces opérations par un projet pilote. La solution proposée est clé en main, puisque le groupe a constitué un nouveau type d'entreprise d'économie sociale supportant les usagers-gestionnaires d'assistance personnelle dans la gestion de leurs services et dans la formation de leur personnel. La coopérative est un projet novateur. Le modèle d'affaires utilisé n'existe pas au Québec ni au Canada. La Coop ASSIST n'est pas une coopérative d'habitation ou d'aide à domicile.

Dans le cadre du projet, un nouveau titre d'emploi appelé "assistant de vie" sera créé. Les assistants de vie peuvent exécuter tout acte qu'une personne sans handicap pourrait s'administrer sur elle-même. La personne avec un handicap accepte la responsabilité des actes que son assistant de vie porte à son endroit. Ainsi, l'assistant de vie devient les « bras et les jambes » de la personne en situation de handicap. Sous le nouveau programme, les gestes ne sont pas confiés à différents types d'intervenants comme les préposés aux bénéficiaires ou les infirmières, les assistants de vie peuvent donc combler l'ensemble des besoins de la personne handicapée.

Dans l'optique d'évaluer la validité du programme proposé, la coopérative ASSIST a contacté la firme d'économie de la santé Purple Squirrel Economics, dont le siège social canadien est basé dans la ville de Québec et le siège social mondial à New York. La firme agit ici à titre de tierce partie et avait comme objectif de développer une évaluation sommaire de la valeur économique du programme ASSIST, incluant une évaluation coûts-bénéfices. La firme Purple Squirrel Economics ne se porte pas responsable des impacts financiers du projet et confirme avoir validé, dans la mesure du possible, les données utilisées dans le modèle économique.



## 1.2 Experts en économie de la santé

Purple Squirrel Economics (PSE) est une firme d'experts en économie de la santé et en accès au marché, basée au Canada, aux États-Unis et en Europe. Les deux sièges sociaux sont basés à New York et dans la ville de Québec, mais la compagnie opère à Boston, à Los Angeles, à Toronto, Calgary, Moncton et à Londres et dessert des clients de partout à travers l'Amérique et l'Europe.

L'économiste principal chez PSE est le Docteur Gabriel Tremblay qui a produit plus de 120 modèles économiques pour des gouvernements, des compagnies pharmaceutiques, des centres universitaires de recherches et des organismes à but non lucratif dans plus de 34 pays. Il possède un BAC de l'université Laval en économie, une maîtrise en économie appliquée des HEC et un doctorat en évaluation des technologies en santé de l'université de Lyon et du BSI Luxembourg. Son équipe est principalement constituée d'économistes de la santé, d'économètres, d'épidémiologistes et de pharmaciens.

---

## 2. Évaluation du programme d'Assistance Personnelle Autodirigé ASSIST

L'objectif du programme ASSIST est de permettre à des personnes en situation de handicap actuellement institutionnalisées dans des centres de soins de longue durée ou qui demeurent à domicile avec des services inadéquats, de prendre le contrôle de leur vie. Et ce, en utilisant une coopérative offrant des services de soutien pour aider la gestion de leur assistance personnelle plutôt que de recourir à l'institutionnalisation.

Le programme vise les personnes handicapées de moins de 65 ans, qui ont des besoins d'assistance personnelle à long terme, mais qui ont la capacité de se prendre en charge ou un support adéquat d'aidants naturels. Le programme permet d'utiliser des ressources financières pour des services personnalisés à l'extérieur du système institutionnel avec l'aide d'une coopérative qui prend en charge une partie des opérations, tout en préservant la personne au cœur de la gestion de ses propres services.

La réorientation de ressources vers la personne permet à celle-ci de reprendre le contrôle de sa vie ainsi que des services qui lui sont fournis. Le programme serait évidemment volontaire dans le sens où la personne doit souhaiter accéder à une vie hors institution. Le programme permettrait ainsi aux québécois en situation d'handicap d'avoir un choix de vie face à ce dernier et une autonomie supportée par une coopérative qui offre des services de soutien-conseil. La personne demeure maître du choix de son domicile, et ce, à la grandeur du Québec.

On doit noter que certaines personnes présentement dans le système passent de longs séjours à l'hôpital qui engendrent d'énormes coûts et qui ajoutent une pression importante quant à la saturation du système de santé. Toutefois l'analyse suivante ne tient en compte que les personnes en CHSLD.

Une description plus en profondeur du programme ASSIST est nécessaire pour être en mesure d'évaluer sa valeur économique. Dans ce rapport, le programme ASSIST prendra en compte une « population cible » pour un « programme spécifique ». Il est important de mentionner que les hypothèses et calculs sont faits spécifiquement pour cette population cible et ce programme. Un changement des mesures ou de la population pourrait modifier les résultats.

La « **population cible** » peut être définie comme suit :

- Population de moins de 65 ans
- Population hospitalisée dans un CHSLD
- Population avec une atteinte physique, soit correspondant aux ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12

Le « **programme spécifique** » déterminé pour l'analyse permet de cibler quels services seront disponibles et nécessaires pour les utilisateurs du programme ASSIST :



- Assistance personnelle, ce qui inclut, dans son ensemble, l'aide personnelle, les soins personnels (préposé) et les soins infirmiers. Les besoins sont basés sur les catégories ISO-SMAF (Hébert 2002). Les utilisateurs sont assistés à leur domicile. L'aide qu'ils reçoivent est effectuée par un assistant de vie et non par les différents types de professionnels de la santé travaillant dans un CHSLD.
- Une proportion des utilisateurs (hypothèse de 15%) aura droit à une assistance personnelle 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Ces utilisateurs ont besoin de ce soutien, car ils sont sur respirateur artificiel ou à cause d'un handicap sévère. Ce type de besoin n'est pas couvert par le ISO-SMAF et sera donc ajouté pour s'assurer de la précision des estimations de coûts.
- La gestion de la coop se fait en ajoutant 10% de charges aux coûts de main-d'œuvre du programme. Les coûts de main-d'œuvre de la coop incluent le salaire des assistants de vie ainsi que les frais liés à l'assistance personnelle. Aucun autre coût de gestion n'est ajouté, en assumant que la coopérative sera en mesure de gérer toutes ces activités avec ces fonds.

Le comparateur au programme ASSIST est l'institutionnalisation dans un CHSLD. Comme les coûts en CHSLD peuvent varier en fonction de l'âge et de l'ISO-SMAF, différentes estimations de coûts seront utilisées pour s'assurer de prendre en compte l'incertitude.

## 2.2 Méthode

La perspective utilisée dans l'analyse est une perspective gouvernementale et non simplement axée sur le système de santé. Effectivement, les personnes ciblées par la coop ASSIST reçoivent souvent une contribution par l'aide sociale, et cette contribution fut prise en compte sommairement. De plus, les CHSLD demandent une contribution monétaire des usagers qui peut être prise en compte. Une perspective sociétale aurait également pu être utilisée, mais celle-ci demanderait une recherche plus détaillée sur les bénéfices intangibles d'une telle politique.

La méthode utilisée dans cette analyse fut une analyse de coûts basée principalement sur les données de Tousignant M. et al. (2003 auxquelles on a appliqué l'inflation jusqu'en 2018. De plus, les données fournies par le MSSS lors d'une requête d'information de la coop ASSIST furent diligemment utilisées dans ces analyses pour s'assurer d'avoir plus de robustesse dans les estimations. Trois différentes estimations de coûts pour les patients en CHSLD furent calculées, et le résultat des trois sources fut comparé dans l'analyse : (1) coût moyen en CHSLD, (2) coût moyen pour les patients en ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12 et (3) coût moyen pour jeune adulte en lourde perte d'autonomie. Dans un deuxième temps, une analyse coûts-bénéfices fut utilisée pour démontrer le ratio entre les coûts de la politique et ces bénéfices en comparaison avec deux alternatives. Les deux principales alternatives évaluées furent : (1) la possibilité que la coop ASSIST remplace la présence d'usagers dans les CHSLD, ou (2) la possibilité que la coop ASSIST évite la construction de CHSLD.

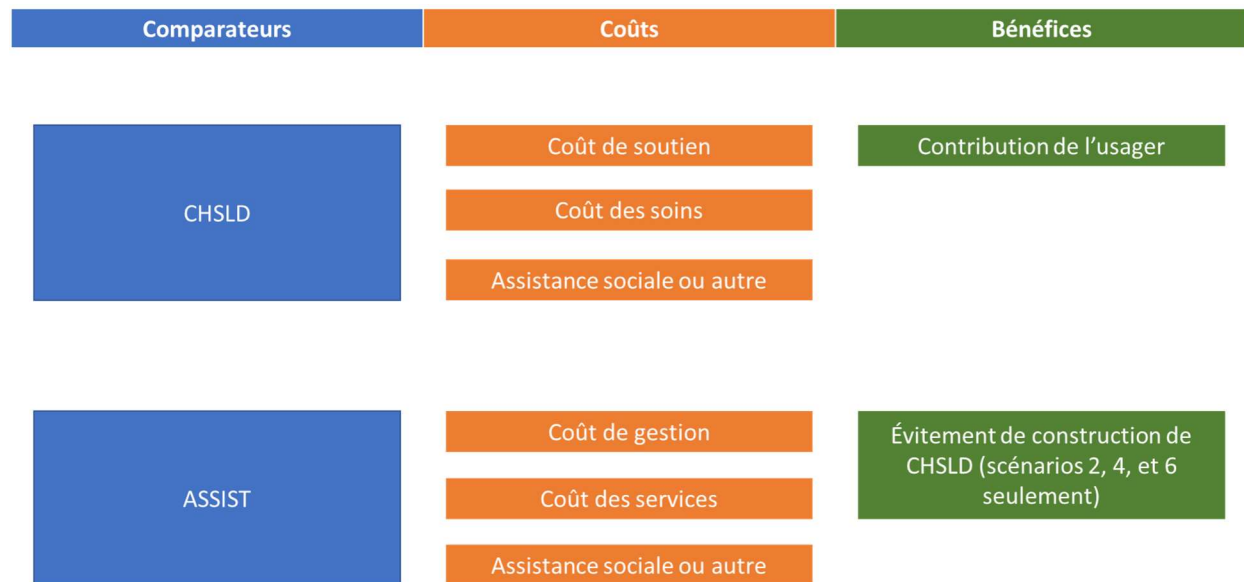
L'utilisation de la méthode coûts-bénéfices permet la comparaison des programmes spécifiques (CHSLD contre ASSIST) en fonction de la population cible en utilisant un ratio de résultat concis,

ici le ratio coûts-bénéfices. Cette technique prend en compte les coûts pour une cohorte de patients suivie pendant une période fixe. Les coûts et bénéfices seront indexés et actualisés (voir section 2.11).

### 2.2.1 Schéma contextuel

Le schéma conceptuel présenté dans cette section permettra de mieux comprendre les coûts et bénéfices pris en compte dans cette analyse.

**Figure 1. Schémas conceptuels**



Les différents scénarios qui seront évalués dans l'étude sont les suivants :

- Scénario 1 - Remplacement de places de CHSLD pour jeunes adultes
- Scénario 2 - Remplacement de places de CHSLD pour jeunes adultes et évitement de construction de CHSLD
- Scénario 3 - Remplacement de places de CHSLD (taux moyen)
- Scénario 4 - Remplacement de places de CHSLD (taux moyen) et évitement de construction de CHSLD
- Scénario 5 - Remplacement de places de CHSLD pour ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12 :
- Scénario 6 - Remplacement de places de CHSLD pour ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12 et évitement de construction de CHSLD

Le ratio coûts-bénéfices est mesuré pour le programme ASSIST seulement en comparaison aux trois estimations de coût. Les coûts du programme ASSIST sont constitués de ces coûts



directs pour le système de santé et gouvernemental, incluant la contribution de l'aide sociale. Le bénéfice de la politique ASSIST est simplement l'évitement d'une hospitalisation en CHSLD, soit une réduction des coûts de système en CHSLD. La contribution de l'utilisateur était un bénéfice du modèle CHSLD et devient donc un coût pour ASSIST. En somme, l'utilisation du programme ASSIST retire le patient du programme CHSLD et économise les ressources de ce système, mais alloue des ressources financières au programme ASSIST. Ainsi, le ratio coûts-bénéfices représenterait ultimement la rentabilité économique du projet sur un horizon temporel de vie pour la cohorte des utilisateurs cibles tel qu'estimé dans la section 2.3.

### 2.3 Estimation de la population cible

La population utilisée dans l'analyse sera constante pour l'horizon du modèle et inclut les patients en CHSLD désirant utiliser les services de la coopérative. Il s'agit effectivement de la cohorte actuelle en assumant une stabilité de la cohorte. Ainsi, le modèle proposé est un modèle de cohorte et non une analyse d'impact budgétaire suivant le flux des patients. Sur la population totale en CHSLD de 36 481 en 2015 selon le MSSS (Étude des crédits 2016-2017, Réponse no 284, p276), seulement 3 286 étaient âgés de moins de 65 ans. La proportion des patients en CHSLD ayant un ISO-SMAF 4, 6, 9, 11 et 12 est de 34.14% selon Tousignant et al. (2003). Nous estimons que la proportion maximum de patients en ISO-SMAF 4, 6, 9, 11 et 12 désirant utiliser les services de la coopérative plutôt que l'institutionnalisation serait de 50% des patients de moins de 65 ans. Cette proportion est probablement fortement exagérée, mais elle constitue une estimation neutre qui n'aura pas d'impact sur le ratio coût-bénéfice étant donné la nature linéaire des données épidémiologiques. Ainsi, la population maximale de la politique cible serait de 561 patients. Le projet pilote viserait un petit nombre de patients, mais les analyses de politiques suivantes vont inclure toutes la population cible pour des fins de comparaison.

**Tableau 1. Patients dans la cohorte**

Patients de moins de 65 ans	3 286
Patients en ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12	1 122
Proportion des patients disposés à utiliser le programme	50%
Patients en ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12	561

Source : MSSS Étude des crédits 2016-2017, Réponse no 284, p276

### 2.4 Hypothèses

Pour simplifier la présentation des hypothèses, la section suivante et le tableau présenté en section 2.11 furent développés. Les sections et tableaux présentent les hypothèses, leur description, puis la source. La plus importante hypothèse de l'étude est la distribution des ISO-SMAF et l'utilisation des besoins par ISO-SMAF basée sur la publication de Tousignant et al. (2003).



## 2.5 Distribution et coûts des ISO-SMAF

La distribution des ISO-SMAF occupe une grande place dans cette analyse étant donné la variance des coûts par ISO-SMAF. L'étude de Tousignant et al. (2003) fut essentielle à l'analyse par ISO-SMAF en fournissant les coûts relatifs ainsi que la distribution des ISO-SMAF dans un CHSLD au Québec. Les coûts furent indexés et la distribution des patients est assumée identique pour les jeunes patients (moins de 65 ans) et les plus âgés (plus de 65 ans) pour des fins de simplification de l'analyse.

L'estimation de l'utilisation des ressources pour le programme ASSIST est basée sur la distribution des besoins par heure développée par Tousignant et al. (2003) et les travaux de Réjean Hébert sur les ISO-SMAF. Les données brutes de Tousignant et al. (2003) ont été utilisées sauf pour les utilisateurs en besoin de surveillance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 qui ne sont pas inclus dans le modèle ISO-SMAF, mais qui devaient être pris en compte pour le programme ASSIST car, par exemple, certains des utilisateurs en perte d'autonomie physique ont besoin d'un respirateur artificiel et ainsi, d'une surveillance active. Le Tableau 2 présente la distribution et les coûts indexés.

**Tableau 2. Distribution des ISO-SMAF et coûts**

ISO-SMAF	Catégories	Nombre de cas*	Distribution des cas*	Coûts 2001*	Coûts 2018
1	Catégorie 1	1	0.06%		
2	Catégorie 1	0	0.00%	22 300	29 346
3	Catégorie 1	4	0.25%	24 994	32 892
4	Catégorie 2	8	0.50%	36 771	48 390
5	Catégorie 3	28	1.76%	28 624	37 669
6	Catégorie 2	47	2.96%	33 541	44 139
7	Catégorie 3	63	3.96%	36 053	47 445
8	Catégorie 3	46	2.89%	41 962	55 221
9	Catégorie 2	222	13.96%	53 933	70 975
10	Catégorie 3	94	5.91%	47 342	62 301
11	Catégorie 4	111	6.98%	58 043	76 384
12	Catégorie 4	155	9.75%	52 856	69 558
13	Catégorie 5	373	23.46%	61 914	81 478
14	Catégorie 5	438	27.55%	66 863	87 991
Total		1 590	100.00%	56 863	74 831

\*Source: Tousignant M. et al. (2003) Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. Age and ageing, 60-66



Note : CATÉGORIE 1: ATTEINTE AUX TÂCHES DOMESTIQUES SEULE, CATÉGORIE 2: ATTEINTE MOTRICE PRÉDOMINANTE, CATÉGORIE 3: ATTEINTE MENTALE PRÉDOMINANTE, CATÉGORIE 4: AIDE À LA MOBILITÉ, CATÉGORIE 5: ALITÉ ET DÉPENDANT AVQ

Dans le but de comparer les différents programmes, un coût par utilisateur pour la population cible doit être développé et est présenté dans le Tableau 3. Ces coûts sont donc estimés, puis indexés.

**Tableau 3. Rebalancement des coûts pour la politique cible**

ISO-SMAF	Distribution des cas*	Distribution balancée	Coûts 2018
1		0.00%	
2		0.00%	29 346
3		0.00%	32 892
4	0.50%	1.47%	48 390
5		0.00%	37 669
6	2.96%	8.66%	44 139
7		0.00%	47 445
8		0.00%	55 221
9	13.96%	40.88%	70 975
10		0.00%	62 301
11	6.98%	20.44%	76 384
12	9.75%	28.55%	69 558
13		0.00%	81 478
14		0.00%	87 991
Total	34.15%	100.00%	69 020

Source: Tousignant M. et al. (2003) *Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. Age and ageing, 60-66*

## 2.6 Utilisation des ressources par ISO-SMAF

Une hypothèse importante est l'utilisation du besoin par ISO-SMAF pour déterminer l'utilisation des ressources dans le programme ASSIST. Les données utilisées proviennent Hébert (2002)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hébert, Réjean, Temps moyen de soin et d'aide par profil et Coût moyen par jour (en dollars de 2002) des soins et de l'aide selon le profil  
<http://coopassist.ca/study/Temp-moyen-de-soin-et-daide-par-profil.pptx>



Dans cette publication, les auteurs identifient le nombre d'heures nécessaires pour chacun des services, puis le comptabilise en fonction de la distribution des ISO-SMAF pour la population en CHSLD. Il est à noter que les utilisateurs nécessitant une assistance continue (pourcentage évalué à 15% de la population cible dans notre analyse) ont besoin de 24 heures d'assistance personnelle par jour. Cette hypothèse est nécessaire, car le système ISO-SMAF ne prévoit pas cette possibilité étant donné que le système fût créé pour des patients de 65 ans et plus en CHSLD qui sont surveillés sur les unités de soins.

**Tableau 4. Utilisation des services par ISO-SMAF**

ISO-SMAF	Utilisateur moyen			
	Aide	Soins personnels	Soins infirmiers	Distribution balancée
1	0.50	0.00	0.00	0.00%
2	1.80	0.20	0.00	0.00%
3	1.95	0.50	0.20	0.00%
4	2.00	0.60	0.10	1.25%
5	2.00	0.70	0.30	0.00%
6	2.00	0.70	0.30	7.36%
7	2.00	1.10	0.25	0.00%
8	2.00	1.25	0.30	0.00%
9	2.00	2.30	0.40	34.75%
10	2.00	2.30	0.45	0.00%
11	2.00	2.60	0.50	17.38%
12	2.00	2.55	0.55	24.26%
13	2.00	2.60	0.50	0.00%
14	2.00	3.10	0.90	0.00%
Utilisateur avec assistance continue	24.00			15.00%
Total				100.00%

Source: Tousignant M. et al. (2003) *Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. Age and ageing, 60-66*

Le modèle d'ASSIST se différencie légèrement du modèle ISO-SMAF lorsqu'il s'agit du type de professionnels utilisé pour les services. Effectivement, le modèle d'institutionnalisation priorise la spécialisation des tâches dans un environnement où tous les types de professionnels sont présents, tandis que le modèle ASSIST priorise la présence à domicile d'une assistance très



personnalisée. Le modèle ASSIST n'est également pas similaire au modèle des soins à domicile où le personnel expert se déplace d'un patient à l'autre. Dans la modèle d'ASSIST, le personnel est choisi par l'utilisateur et exécute la totalité des tâches et services nécessaires pour ce dernier. Ainsi, ce modèle limite les coûts de transport qui sont ainsi éliminés, mais également la nécessité d'utiliser des ressources diverses pour chaque utilisateur, le personnel étant formé spécifiquement pour les besoins de la personne en situation de handicap. Pour des fins de calculs, les heures de soins ISO-SMAF ont été utilisées pour le modèle, mais assignées uniquement aux assistants de vie, plutôt que d'utiliser les trois catégories de soins du modèle ISO-SMAF.

## 2.7 Utilisation des services par les utilisateurs d'ASSIST

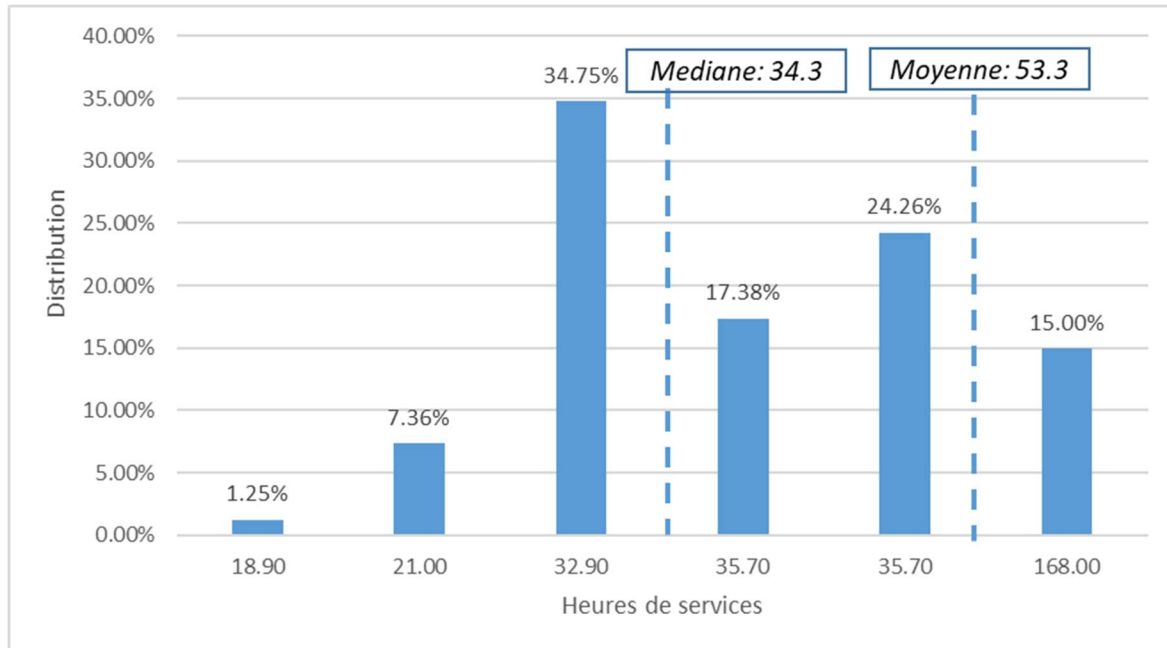
La distribution des besoins des utilisateurs est un aspect important de l'analyse, car il faut valider que le niveau de service des utilisateurs dans le modèle est réaliste en fonction de leur condition. Ceci peut être validé à l'aide d'une validation externe. Le programme de financement direct de la Norvège a déterminé que le nombre moyen d'heures des utilisateurs était d'environ 47 heures par semaine (European Network on Independent Living, Personal Assistance Services in Europe, p.12). L'analyse suivante permet de comparer les estimations du modèle avec le résultat en Norvège. Le Tableau 5 présente la distribution des utilisateurs.

**Tableau 5. Distribution des besoins des utilisateurs du programme ASSIST**

ISO-SMAF	Heure de services	Distribution des utilisateurs
1	18.90	1.25%
6	21.00	7.36%
9	32.90	34.75%
11	35.70	17.38%
12	35.70	24.26%
Service 24/7	168.00	15.00%
<b>Total (moyenne)</b>	<b>53.28</b>	<b>100.00%</b>

La Figure 2 présente la distribution des utilisateurs, la moyenne et la médiane.

### Figure 2. Distribution des utilisateurs par heures de service



Ainsi, la validité externe du 53.3 heures de services en moyenne estimées avec le modèle est confirmée par les données de la Norvège.

## 2.8 Coûts unitaires des ressources

Les coûts unitaires pour les ressources de soins de la coopérative ASSIST sont présentés dans le Tableau 6 et Source : *Données fournies par la coopérative ASSIST*

Les coûts de gestion sont estimés à 10% des coûts de main-d'œuvre et appliqués comme une charge. L'estimation des coûts d'assistance personnelle du programme ASSIST a été fournie par la coopérative. Comme mentionné plus haut, seul le coût des assistants de vie ASSIST fut comptabilisé, car le personnel effectue tous les soins, contrairement au modèle ISO-SMAF où les soins partagés entre aides personnels, préposés et soins infirmiers. Un coût avec et sans soins fut fourni par la coopérative. Pour des fins de simplification, le coût le plus élevé (avec soins) fut utilisé.

**Tableau 6. Coût unitaire des service dans ASSIST**

	Assistant sans soins	Assistant avec soins
<b>Salaire de base</b>	19.86 \$	19.86 \$
<b>Charge sociale de l'employeur</b>	19.517%	19.517%
<b>Frais de l'assistance</b>	8.7%	8.7%
<b>Frais de la coop</b>	10.0%	10.0%
<b>Supplément pour les soins</b>	0.0%	6.0%
Salaire de base	19.86 \$	19.86 \$
Charge sociale	3.88 \$	3.88 \$
Frais de l'assistance	1.73 \$	1.73 \$
Supplément pour les soins (6%)	0.00 \$	1.19 \$
Frais de la coop	2.55 \$	2.67 \$
<b>Sous-total</b>	<b>28.01 \$</b>	<b>29.32 \$</b>

Source : Données fournies par la coopérative ASSIST

**Tableau 7. Nombre d'heures moyen pour ASSIST et coût par utilisateur**

	Equivalent - Aide personnelle	Utilisateurs ciblés		Total par jour	Total par année
		Equivalent - Soins personnels (préposée)*	Equivalent - Soins infirmiers*		
Nombre d'heure par utilisateur	5.30	1.93	0.38	7.61	2 780.08
Coût moyen des services	141.27	51.41	10.20	202.89	74 104.34
Coût moyen de gestion	14.13	5.14	1.02	20.29	7 410.43
<b>Coût total par utilisateur</b>	<b>155.40</b>	<b>56.55</b>	<b>11.22</b>	<b>223.18</b>	<b>81 514.77</b>

## 2.9 Coûts de soutien et de soins en CHSLD

Les coûts de soutien en CHSLD, soit les coûts de gestion de l'établissement ont été divulgués par la MSSS lors d'une demande d'accès à l'information. Les trois approches de calcul de coûts en CHSLD sont les suivantes :

(1) Coût moyen en CHSLD : Distribution et coûts des ISO-SMAF basés sur Tousignant et al (2003), mais en utilisant tous les ISO-SMAF (i.e., distribution moyenne).

(2) Utilisateurs cibles, soit avec ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12 : Distribution et coûts des ISO-SMAF basés sur Tousignant et al (2003), mais en utilisant seulement les ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12.



(3) Jeune adulte en lourde perte d'autonomie : Coût basé sur une demande d'accès à l'information avec un coût moyen de 335\$ par jour (*Communication Pierre Portelance Coordonnateur de l'hébergement et du milieu de vie, CHSLD St-Jean-Eudes, 2017: Cependant, pour nos lits à vocation particulière (35 lits) qui accueillent une catégorie de résidents "jeune adulte en lourde perte d'autonomie" semblable à votre situation, le "per diem brut" peut s'élever à plus de 335\$ selon les besoins requis par le résident.*). Les coûts de soutien sont inclus aux estimations du programme « Jeune adulte en lourde perte d'autonomie ».

Le calcul et l'indexation des coûts de soutien sont présentés dans le Tableau 8.

**Tableau 8. Coût moyen de soutien en CHSLD**

	Coût par équivalent lit	Source
Coût du soutien par patient 2015-2016	27 712	MSSS Demande d'accès à l'information (DGFIB) - Coût net moyen par eq lit 2015-2016
Coût du soutien par patient 2018 (indexé)	29 088	MSSS Demande d'accès à l'information (DGFIB) - Coût net moyen par eq lit 2015-2016

Le sommaire des calculs des coûts pour chacune des estimations de coûts pour les patients en CHSLD est présenté dans le Tableau 9.

**Tableau 9. Sommaire des coûts par équivalent lit en CHSLD**

	Coût par équivalent lit
<b>Patient moyen en CHSLD (moyenne pondérée des ISO-SMAF)</b>	
Coût du soutien par patient	29 088
Coût moyen des services et soins (tous les patients)	74 831
<b>Coût moyen total par patient</b>	<b>103 919</b>
<b>Patient avec ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12</b>	
Coût du soutien par patient	29 088
Coût moyen des services et soins (patients ciblés par la politique) <sup>1</sup>	69 020
<b>Coût moyen total par patient</b>	<b>98 108</b>
<b>Jeune adulte en lourde perte d'autonomie</b>	
Coût du soutien par patient	29 088
Coût moyen des services et soins (patients ciblés par la politique) <sup>1</sup>	93 271
<b>Coût moyen total par patient</b>	<b>122 359</b>

## 2.10 Coût de construction de CHSLD

Les coûts de construction de CHSLD (par lit) sont basés sur une demande d'accès à l'information. Ces coûts sont utilisés pour les scénarios 2, 4 et 6.

**Tableau 10. Coût de construction de CHSLD**

Distribution des patients	
Coût de construction de la chambre	65 000
Coût de construction des autres services et structures du CHSLD	260 000
<b>Coût total</b>	<b>325 000</b>

Source: Demande d'accès à l'information MSSS CHSLD3, 2017

## 2.11 Autres hypothèses

Le tableau présente les autres hypothèses de l'analyse.

**Tableau 11. Présentation des hypothèses**

Hypothèses	Description	Source
<b>Hypothèses techniques</b>		
Inflation utilisée dans l'analyse	Taux basés sur l'inflation générale de 1.63% entre 2001 et 2017 au Québec.	2001 à 2017 Québec indice d'ensemble, Tableau 326-0021 CANSIM
Taux d'actualisation	Taux d'actualisation brut utilisé dans le modèle pour l'analyse coûts-bénéfices. Actualisation de 8%.	Source: Taux du MEIE, 8% ( <a href="https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/publications/administratives/rapports/rendement_depense_publique.pdf">https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/publications/administratives/rapports/rendement_depense_publique.pdf</a> )
<b>Paramètres de la politique</b>		
Proportion des patients ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12 avec aide en continu (24/7)	Certains patients en incapacité physique ont besoin d'aide en continu, par exemple les patients en respiration assistée, etc. Ce besoin n'est pas comptabilisé par les ISO-SMAF qui précisent simplement les besoins en soins et en surveillance vitale. Ainsi, une proportion des patients est estimée comme nécessitant une surveillance vitale 24h sur 7j qui doit être prise en compte dans l'évaluation de la coop. Nous estimons que ce besoin est présent pour 15% des patients en ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12.	Hypothèse
Horizon temporel du modèle « personnes avec atteinte physique de	Nous estimons qu'un horizon temporel de 25 ans est suffisant pour bien comprendre le coût d'une cohorte de patients. Malgré une espérance de vie moyenne en CHSLD relativement courte, les patients de moins de 65 ans en atteinte physique seulement ont	Hypothèse





moins de 65 ans »	une espérance de vie beaucoup plus longue que la moyenne des patients en CHSLD.	
Proportion des patients avec désir de quitter le CHSLD	Pour déterminer l'impact de la coop ASSIST, il faut estimer la proportion des patients en atteinte physique qui voudrait se prévaloir de tels services. Ce niveau fut estimé à 50% des patients en ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12.	Hypothèse
Coût par ISO-SMAF	Coût basé sur Tousignant M. et al. (2003) avec inflation jusqu'en 2018.	Tousignant M. et al. (2003) Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. Age and ageing, 60-66
Distribution des ISO-SMAF et distribution pour <65 ans	Distribution des cas ISO-SMAF basée sur Tousignant M. et al (2003). Nous assumons également que les patients de moins de 65 ans ont la même distribution que la population totale.	Tousignant M. et al. (2003) Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. Age and ageing, 60-66
Besoin d'assistance personnelle pour les profils ISO-SMAF	Basé sur les tableaux présentés dans Hébert (2002)	Hébert, Réjean, Temps moyen de soin et d'aide par profil et Coût moyen par jour (en dollars de 2002) des soins et de l'aide selon le profil <a href="http://coopassist.ca/study/Temps-moyen-de-soin-et-daide-par-profil.pptx">http://coopassist.ca/study/Temps-moyen-de-soin-et-daide-par-profil.pptx</a>

### Hypothèses de coûts

Assistance sociale	Il est assumé que les patients de moins de 65 ans ont recours à l'assistance sociale avec un chèque de 962\$ par mois (basée sur les montants en 2018). Les patients de moins de 65 ans ont parfois recours à d'autres revenus, tels que la régie des rentes, la SAAQ ou la CNESST, mais nous utiliserons les montants de l'assistance sociale pour simplifier l'analyse.	Ministère du travail, emploi et solidarité sociale, nouveaux montants des prestations, En vigueur le 1er janvier 2018
Contribution de l'utilisateur	La contribution de l'utilisateur fut calculée en fonction du revenu estimé basé sur l'assistance sociale. La contribution de l'utilisateur tel que calculée dans le simulateur du ministère prédit une contribution de 747\$ par mois. Ce montant fut utilisé comme estimé pour la moyenne des patients.	Calculé à l'aide du calculateur du ministère basé sur le revenu de l'aide sociale ( <a href="https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/Cah/BY/BYG_Gere_Adheb/BYG6_CalcContb_iut/BYG6_CalcContb.aspx?LA">https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/Cah/BY/BYG_Gere_Adheb/BYG6_CalcContb_iut/BYG6_CalcContb.aspx?LA</a> )



---

---

NGUE=fr)

### 3. Résultats

La section suivante présente les résultats de l'analyse du programme ASSIST en comparaison avec les trois estimations de coûts en CHSLD. Le Tableau 12 présente la comparaison des coûts par catégorie.

**Tableau 12. Comparaison des coûts**

	Transferts pour services aux utilisateurs	Gestion de la coopérative et coût de soutien	Coût de système (CHSLD)	Assistance sociale*	Contribution de l'utilisateur**	Coût total
Coût moyen de la coop ASSIST	74 104	7 410		11 544		93 059
Coût moyen en CHSLD		29 088	74 831	11 544	-8 964	106 499
Coût moyen en CHSLD pour les utilisateurs ciblés		29 088	69 020	11 544	-8 964	100 688
Coût moyen en CHSLD pour jeunes adultes en lourde perte d'autonomie		29 088	93 271	11 544	-8 964	124 939

*\*\*Source: Ministère du travail, emploi et solidarité sociale, NOUVEAUX MONTANTS DES PRESTATIONS, En vigueur le 1er janvier 2018"*

*\*\*Source: Calculé à l'aide du calculateur du ministère basé sur le revenu de l'aide sociale ([https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/Cah/BY/BYG\\_GereAdheb/BYG6\\_CalcContb\\_iut/BYG6\\_CalcContb.a\\_spx?LANGUE=fr](https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/Cah/BY/BYG_GereAdheb/BYG6_CalcContb_iut/BYG6_CalcContb.a_spx?LANGUE=fr))*

Le coût moyen par utilisateur par année pour le programme ASSIST fut évalué à 93 059\$. En comparaison, trois estimations du coût en CHSLD ont été développées, soit le coût en CHSLD moyen, le coût en CHSLD pour la population cible et le coût en CHSLD pour les jeunes adultes en lourde perte d'autonomie. Les coûts sont respectivement 106 499\$, 100 688\$ et 124 939\$. Le coût en CHSLD des jeunes adultes en lourde perte d'autonomie est potentiellement la source la plus fiable, car elle a été fournie en 2017 par un CHSLD privé conventionné avec des lits pour jeunes adultes lors d'une demande d'accès à l'information. Les deux autres coûts sont des estimations basées sur la littérature, et sont donc potentiellement moins précis, mais constituent quand même un point de référence valable dans un contexte où l'incertitude sur les coûts est relativement élevée.

Le Tableau 13 présente le coût et le bénéfice total sur un horizon temporel de vie pour la cohorte de patients à l'analyse, ainsi que le ratio coûts-bénéfices.

**Tableau 13. Résultats des scénarios**

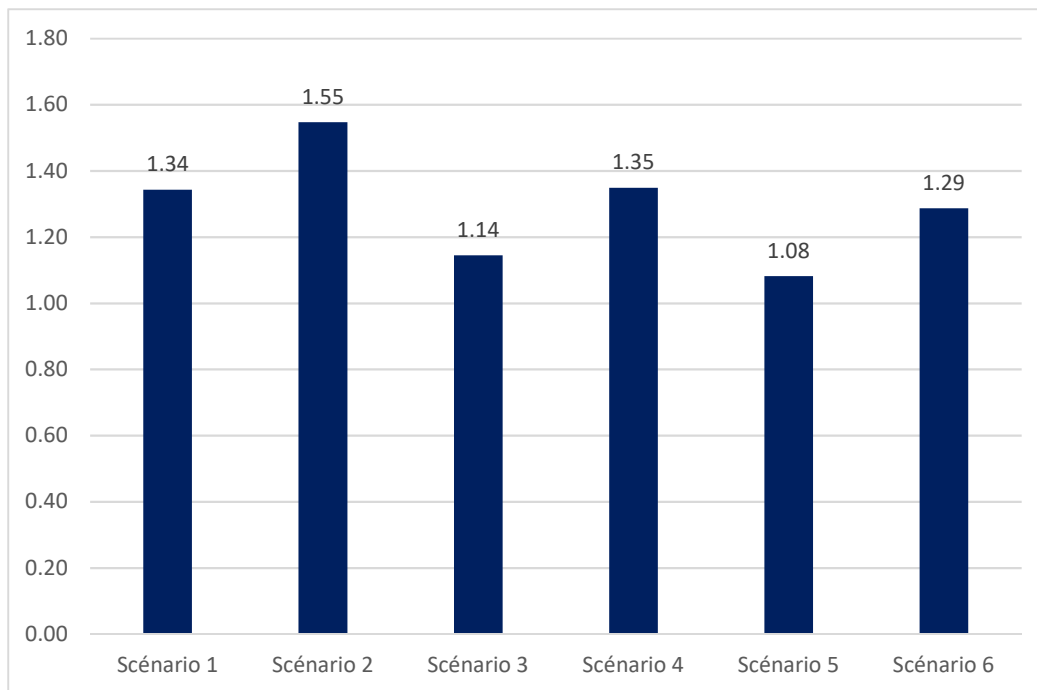


	Coût total	Bénéfice total	Ratio Coût-bénéfice
<i>Scénario 1 - Remplacement de place de CHSLD pour jeunes adulte</i>	685 616 525	920 494 345	1.34
<i>Scénario 2 - Remplacement de place de CHSLD pour jeune adulte et évitement de construction de CHSLD</i>	685 616 525	1 060 782 126	1.55
<i>Scénario 3 - Remplacement de place de CHSLD (taux moyen)</i>	685 616 525	784 636 122	1.14
<i>Scénario 4 - Remplacement de place de CHSLD (taux moyen) et évitement de construction de CHSLD</i>	685 616 525	924 923 904	1.35
<i>Scénario 5 - Remplacement de place de CHSLD pour ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12</i>	685 616 525	741 827 833	1.08
<i>Scénario 6 - Remplacement de place de CHSLD pour ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12 et évitement de construction de CHSLD</i>	685 616 525	882 115 615	1.29

Un regard sur les coûts et bénéfices actualisés et indexés des services de soins pour ces 561 patients démontre la forte intensité en soins chez ces patients, et le besoin d'optimiser le système en évaluant les politiques. Effectivement, le coût en dollar constant du programme ASSIST pour un horizon de vie est d'environ 2.33 M\$ par utilisateur, et ce coût est d'environ 1.22 M\$ par utilisateur lorsque actualisé et indexé. Ces chiffres se comparent favorablement aux coûts de programme pour jeunes adultes en forte perte d'autonomie avec 3.12 M\$ par patient en dollar constant et 1.64 M\$ après actualisation et inflation. Lorsque l'évitement de construction de CHSLD est pris en compte, ces coûts augmentent respectivement à 3.45 M\$ et 1.89 M\$. Un tel niveau d'investissement des systèmes publics fait en sorte qu'un regard attentif sur l'utilisation de ces ressources est plus que nécessaire.

La Figure 3 présente un sommaire des ratios coûts-bénéfices.

**Figure 3. Ratio coûts-bénéfices**





Le ratio coûts-bénéfices fut estimé entre 1.08 et 1.55 en fonction des scénarios utilisés et des estimations de coûts. L'estimation de coûts considérée comme la plus réaliste est celle des jeunes adultes en lourde perte d'autonomie, et le ratio coûts-bénéfices se situe entre 1.34 et 1.55 pour ces scénarios (avec et sans remplacement de construction de places en CHSLD). L'interprétation de ces ratios est relativement simple et peut être formulée comme suit : Pour chaque dollar investi dans le programme ASSIST, le gouvernement recouvre de 1.34\$ à 1.55\$, soit un bénéfice net entre 0.34\$ et 0.55\$, soit une augmentation de la valeur d'investissement social par 34 à 55%. Ces estimations sur un horizon temporel de vie prennent en compte une actualisation de 8%, ainsi que l'inflation.

### **Interprétation**

*Prenons l'exemple d'un ratio coûts-bénéfices de 1.34\$. L'interprétation directe de ce ratio coûts-bénéfices est que la politique a un potentiel de retour social sur investissement de 1.34\$ par dollar investi sur un horizon de vie temporel. Ce retour permet une augmentation de l'investissement de 34% par rapport à l'investissement initial, le statu quo.*

*Pour compléter, prenons l'exemple d'un ratio coûts-bénéfices fictif de 0.86\$. L'interprétation directe de ce ratio coûts-bénéfices est que la politique a un potentiel de retour social sur investissement de 0.86\$ par dollar investi sur un horizon de vie temporel. Ce retour permet une diminution de l'investissement de 14% par rapport à l'investissement initial, le statu quo.*

*Un retour social sur investissement de plus de 1\$ par dollar investi est souhaitable pour tout investissement.*

## **3.2 Analyse de sensibilité des variables clés**

Quelques variables de l'analyse sont basées sur des hypothèses étant donné l'absence de données sur le sujet. Les principales variables qui ont un impact sur les coûts d'ASSIST sont (A) la proportion d'utilisateurs nécessitant une assistance 24 heures sur 7 jours, (B) horizon temporel du modèle, soit la survie mathématique de la cohorte, (C) le taux d'actualisation, (D) le coût du personnel de la coopérative. Les autres variables sont basées sur des données publiées ou partagées par le ministère et un CHSLD privé conventionné, l'incertitude est donc moindre. L'analyse suivante permet de valider la sensibilité des résultats à la modification des variables.

Voici les scénarios de sensibilités qui seront testés :

- A. La proportion des utilisateurs nécessitant une assistance 24 heures sur 7 jours passe à 30% plutôt que 15%
- B. L'horizon temporel du modèle passe à 10 ans plutôt que 25
- C. Le taux d'actualisation passe à 1.5% (celui recommandé par l'Agence d'évaluation des technologies de la santé du Canada) plutôt que 8%



- D. Le coût du personnel de la coopérative augmente de 20%
- E. Le coût d'administration de la coopérative augmente à 20% par rapport à 10%

**Tableau 14. Analyse de sensibilité – Ratio coûts-bénéfices**

	Scénario de base	A - Porportion en assistance 24h sur 7j à 30%	B - Horizon temporel à 10 ans	C- Actualisation à 1.5%	D - Le coût du personnel augmente de 20%	E - Le coût d'administration à 20%
<i>Scénario 1 - Remplacement de place de CHSLD pour jeunes adulte</i>	1.34	1.01	1.34	1.34	1.14	1.24
<i>Scénario 2 - Remplacement de place de CHSLD pour jeune adulte et évitement de construction de CHSLD</i>	1.55	1.16	1.69	1.48	1.32	1.43
<i>Scénario 3 - Remplacement de place de CHSLD (taux moyen)</i>	1.14	0.86	1.14	1.14	0.97	1.06
<i>Scénario 4 - Remplacement de place de CHSLD (taux moyen) et évitement de construction de CHSLD</i>	1.35	1.01	1.49	1.28	1.15	1.25
<i>Scénario 5 - Remplacement de place de CHSLD pour ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12</i>	1.08	0.81	1.08	1.08	0.92	1.00
<i>Scénario 6 - Remplacement de place de CHSLD pour ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12 et évitement de construction de CHSLD</i>	1.29	0.97	1.43	1.22	1.09	1.19

### Interprétation

L'objectif d'une analyse de sensibilité est de valider l'impact d'hypothèses extrêmes sur le ratio coûts-bénéfices. Ainsi, les valeurs extrêmes peuvent être considérées comme des intervalles de confiance pour le retour social sur investissement de la politique.

Un retour social sur investissement de plus de 1\$ par dollar investi est souhaitable pour tout investissement.

L'interprétation est la même que la section 3.

**Tableau 15. Analyse de sensibilité – Différence entre ASSIST et le statu quo (bénéfices incrémentaux)**

	Scénario de base	A - Porportion en assistance 24h sur 7j à 30%	B - Horizon temporel à 10 ans	C- Actualisation à 1.5%	D - Le coût du personnel augmente de 20%	E - Le coût d'administration à 20%
<i>Scénario 1 - Remplacement de place de CHSLD pour jeunes adulte</i>	0.34	0.01	0.34	0.34	0.14	0.24
<i>Scénario 2 - Remplacement de place de CHSLD pour jeune adulte et évitement de construction de CHSLD</i>	0.55	0.16	0.69	0.48	0.32	0.43
<i>Scénario 3 - Remplacement de place de CHSLD (taux moyen)</i>	0.14	-0.14	0.14	0.14	-0.03	0.06
<i>Scénario 4 - Remplacement de place de CHSLD (taux moyen) et évitement de construction de CHSLD</i>	0.35	0.01	0.49	0.28	0.15	0.25
<i>Scénario 5 - Remplacement de place de CHSLD pour ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12</i>	0.08	-0.19	0.08	0.08	-0.08	0.00
<i>Scénario 6 - Remplacement de place de CHSLD pour ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12 et évitement de construction de CHSLD</i>	0.29	-0.03	0.43	0.22	0.09	0.19



### **Interprétation**

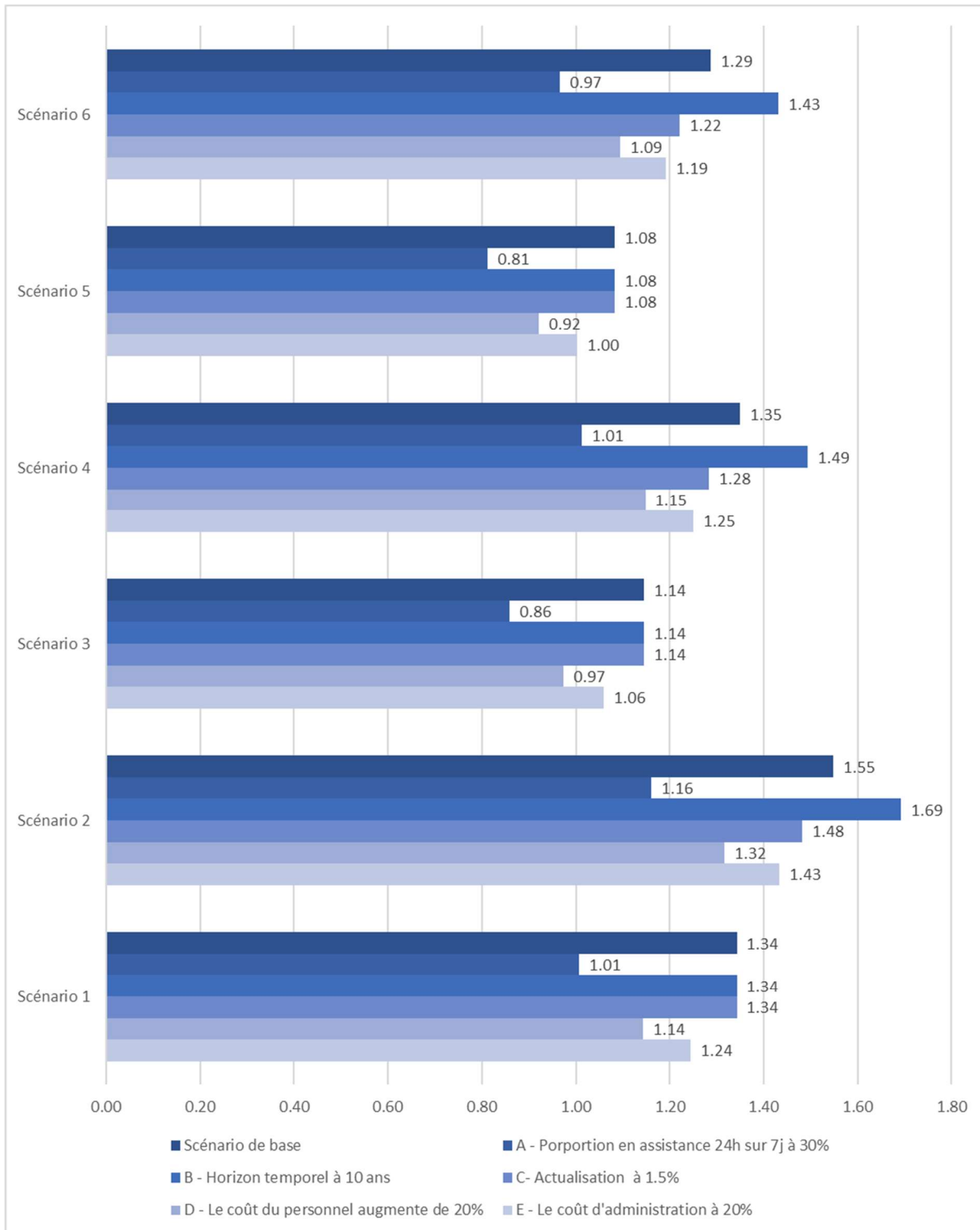
*L'analyse incrémentale permet d'évaluer la différence entre les scénarios en terme de \$ par dollar investi, soit le bénéfice net de la politique. Le retour des scénarios ASSIST est donc diminué de 1\$, soit le retour du statu quo (1\$ per dollar investi).*

*Un chiffre positif indique un retour social sur investissement positif et à valoriser tandis qu'un retour négatif indique une potentielle diminution du retour social.*

Le Tableau 14 et la Figure 4 présente les résultats pour les 6 scénarios et les analyses de sensibilité A à E. Toutes les analyses de sensibilités se situent entre 0.81 et 1.69 avec une moyenne de 1.18. Cinq scénarios sur 30 avaient un ratio coûts-bénéfices négatif, laissant 83% des scénarios avec un retour social sur investissement positif pour ASSIST. La variable la plus sensible est la proportion des utilisateurs en support 24h sur 7j (A), suivi du coût du personnel (D). Les autres variables sont moins sensibles et présentent des résultats très similaires au scénario de base. Le Tableau 15 présente la différence incrémentale entre les bénéfices et les coûts pour les 36 différents scénarios.



Figure 4. Analyse incrémentale des scénarios de sensibilité





---

## 4. Discussion

L'étude avait pour objectif de valider de manière sommaire la valeur économique du programme ASSIST. La population cible pour le programme telle qu'analysée dans cette étude inclut des personnes en situation de handicap et volontaires de moins de 65 ans étant institutionnalisés dans un CHSLD avec atteintes physiques de toutes sortes. Le but du programme est de permettre à ces personnes de reprendre le contrôle de leur vie en permettant une désinstitutionnalisation des personnes handicapées volontaires en co-gérant le processus avec une coopérative d'aide et de soutien. Les avantages pour les personnes en situation de handicap seraient potentiellement nombreux, tels l'augmentation de la qualité de vie, la reprise d'autonomie, la participation sociale (travail, vie, famille), mais potentiellement aussi pour le système de santé, comme la diminution du fardeau sur le système de santé en allégeant le besoin de construction de CHSLD ainsi que la réduction potentielle des listes d'attente pour les personnes âgées. L'objectif de cette étude était de valider le potentiel d'économie d'une telle politique tout en établissant la valeur économique comparative par rapport à la solution actuelle, l'institutionnalisation.

Les limites de l'étude sommaire sont multiples. Puisque l'étude avait pour but de faire un sommaire des constats économique, les enjeux liés aux coûts directs ont été le principal focus de l'étude. Ainsi, les considérations de coûts indirects ou intangibles ont été omises. Par exemple, la productivité lors d'un potentiel retour au travail ou une participation sociale active (bénévolat, etc.) des personnes handicapées n'est pas prise en compte. L'aspect le plus important qui ne fût pas pris en compte est la qualité de vie des personnes en situation de handicap. Une étude coûts-bénéfices fut ici développée étant donné le manque d'information sur la qualité de vie, mais le coût-utilité du programme ASSIST aurait potentiellement été encore plus pertinent qu'une étude coûts-bénéfices. Effectivement, le but de la politique étant de retirer les personnes handicapées de leur isolation et leur donner un plein potentiel de vie, l'impact significatif sur la qualité de vie étant le bénéfice principal de la politique, et n'est malheureusement pas chiffré dans la présente étude. Ainsi, le bénéfice réel total de la politique est potentiellement sous-estimé dans une perspective sociétale.

Également, les coûts de personnes en situation de handicap qui ont, par exemple, besoin d'un respirateur artificiel ou de support intensif 24 heures sur 24 n'ont pas été pris en compte directement dans le calcul des coûts de CHSLD, en assumant qu'ils sont inclus dans la moyenne des coûts, mais ont été inclus pour le programme ASSIST, ce qui pourrait sous-évaluer les coûts en CHSLD.

Une autre limite qui mérite une mention est l'utilisation de la contribution de l'utilisateur pour le CHSLD, tandis que ce coût négatif n'a pas d'équivalent pour ASSIST. Dans le but de préserver les données fournies par le ministère, nous avons gardé la contribution de l'utilisateur comme une réduction du coût pour le système de santé. D'un point de vue économique, le coût existe même s'il est payé par le contribuable, et les ressources sont tout de même utilisées. L'inclusion de ce coût rend la perspective de l'étude fortement axée sur le système de santé, et voit la contribution du patient comme un revenu pour l'État, ce qui évite ainsi la perspective sociale qui nécessite plus de données et d'analyse. Le retrait de ce coût litigieux aurait nécessairement amélioré le profil de la politique ASSIST.



De plus, l'estimation de la quantité de personnes handicapées hospitalisées en CHSLD désirant bénéficier du programme est probablement exagérée puisqu'une proportion de ces personnes devient dépendante des services d'hospitalisation à long terme. Cette surestimation n'affecte pas le ratio coût-bénéfice, et donc ne change rien à l'analyse proposée, mais devrait être validée et raffinée si une analyse d'impact budgétaire était nécessaire.

Le constat principal de l'étude est que le coût d'une telle politique pour les personnes handicapées moyenne de moins de 65 ans avec ISO-SMAF avec atteinte physique seulement (4, 6, 9, 11, 12) est similaire ou même inférieur à l'alternative, soit l'institutionnalisation en CHSLD. Le coût moyen par utilisateur par année pour le programme ASSIST fut évalué à 93 056\$. En comparaison, trois estimations du coût en CHSLD ont été développées, soit le coût en CHSLD moyen, le coût en CHSLD pour la population cible et le coût en CHSLD pour les jeunes adultes en lourde perte d'autonomie. Les coûts sont respectivement 106 499\$, 100 688\$ et 124 939\$. Le programme ASSIST est donc comparable aux coûts des deux premières estimations, mais largement inférieur à la troisième, qui semble être également celle qui correspond le mieux à la population cible. L'analyse des coûts sur un horizon de vie nous permet également d'analyser les ratios coûts-bénéfices du programme ASSIST en comparaison au modèle actuel. Chaque estimation du coût en CHSLD fut comparée à ASSIST dans un scénario où (1) les coûts directs des programmes sont comparés, et (2) les coûts directs sont comparés en considérant que le programme ASSIST évite la construction de place en CHSLD. Les ratios coûts-bénéfices ont varié entre 1.08 et 1.55. L'estimation de coût la plus réaliste utilisant le coût pour un jeune adulte en forte perte d'autonomie donne des ratios coûts-bénéfices de 1.34 et de 1.55 avec et sans évitement de construction de CHSLD. L'interprétation directe de ces ratios coûts-bénéfices est que la politique a un potentiel de bénéfice net entre 0.34\$ à 0.55\$ par dollar investi sur un horizon de vie temporel.

Le ratio coûts-bénéfices permet de constater qu'ASSIST a une valeur économique potentiellement similaire ou même supérieure au modèle actuel. Cette tendance est confirmée par l'accumulation de différents scénarios et analyses de sensibilités. Considérant que les principaux bénéfices du programme sont intangibles avec les données disponibles (la qualité de vie, l'accomplissement des personnes en situation de handicap et la participation à la collectivité), il est possible d'affirmer que le programme ASSIST pourrait améliorer la coût-efficacité du portefeuille de programmes québécois en aide à la personne. Il est à noter que nous recommandons une évaluation de programme ainsi qu'une évaluation économique complète pour valider les estimations du rapport et s'assurer de la validité des hypothèses.