

PURPLE SQUIRREL

— ECONOMICS —

ÉVALUATION SOMMAIRE DE LA VALEUR ÉCONOMIQUE DE LA COOP ASSIST

[Click here to begin](#)





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



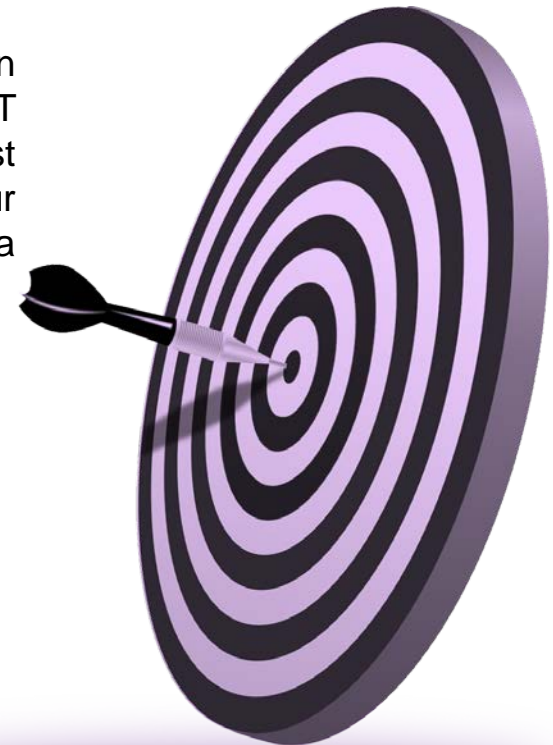
Purple Squirrel Economics (PSE) est une firme d'experts en économie de la santé et en accès au marché, basée au Canada, aux États-Unis et en Europe. Les deux sièges sociaux sont basés à New York et dans la ville de Québec, mais la compagnie opère à Boston, à Los Angeles, à Toronto, Calgary, Moncton et 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 150 modèles économiques pour des gouvernements, des compagnies pharmaceutiques, des centres universitaires de recherches et des organismes à but non lucratif dans plus de 38 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.



Objectif

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.



Calcul des coûts

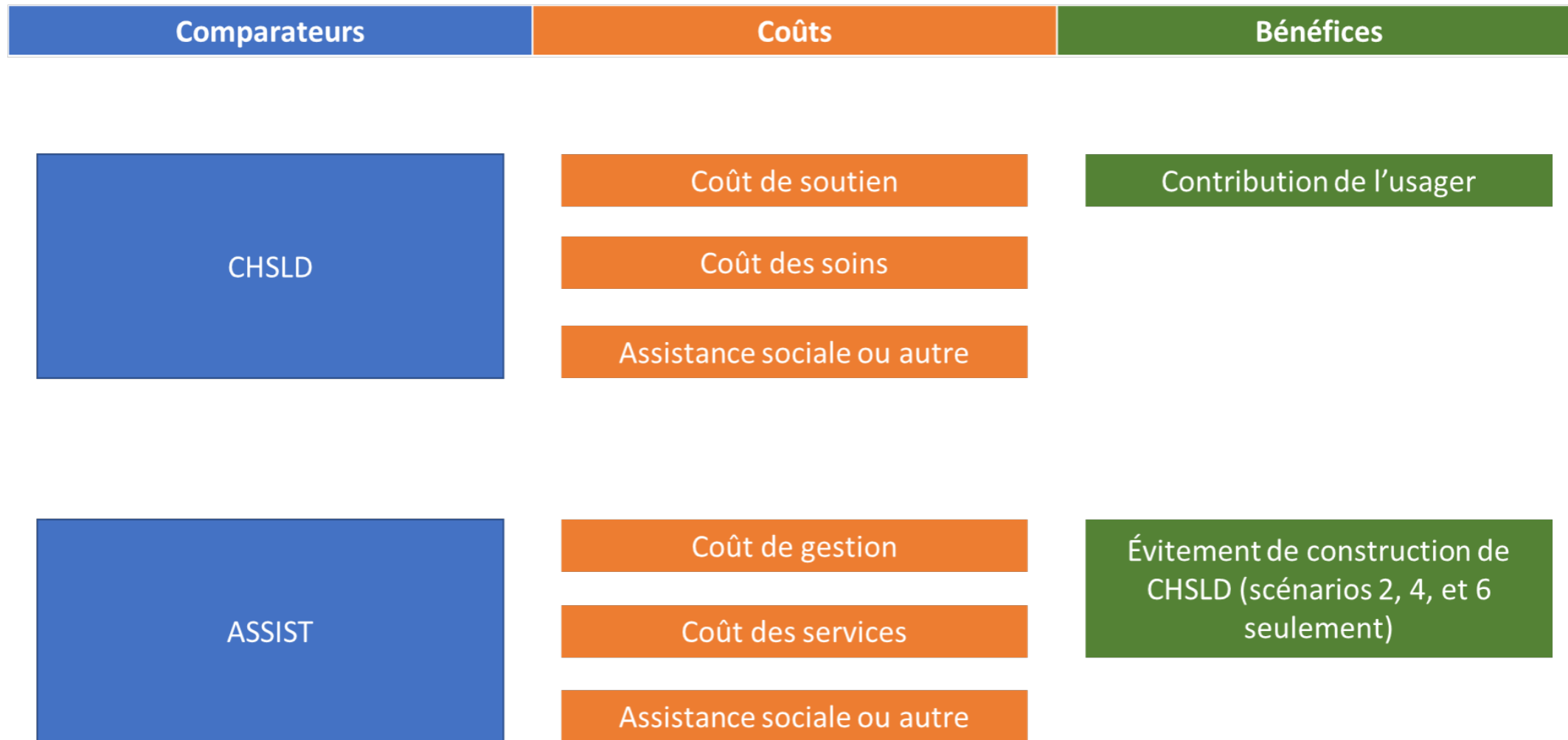
La méthode utilisée dans cette analyse fut une analyse de coûts basée principalement sur les données de Tousignant M. et al. (2003 auxquelles on a appliqué l'inflation jusqu'en 2018. De plus, les données fournies par le MSSS lors d'une requête d'information de la coop ASSIST furent diligemment utilisées 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.

Indicateurs économiques

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).

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.

Méthode – Schémas conceptuel





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 toute 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



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 toute la population cible pour des fins de comparaison.

Tableau 1. Patients dans la cohorte

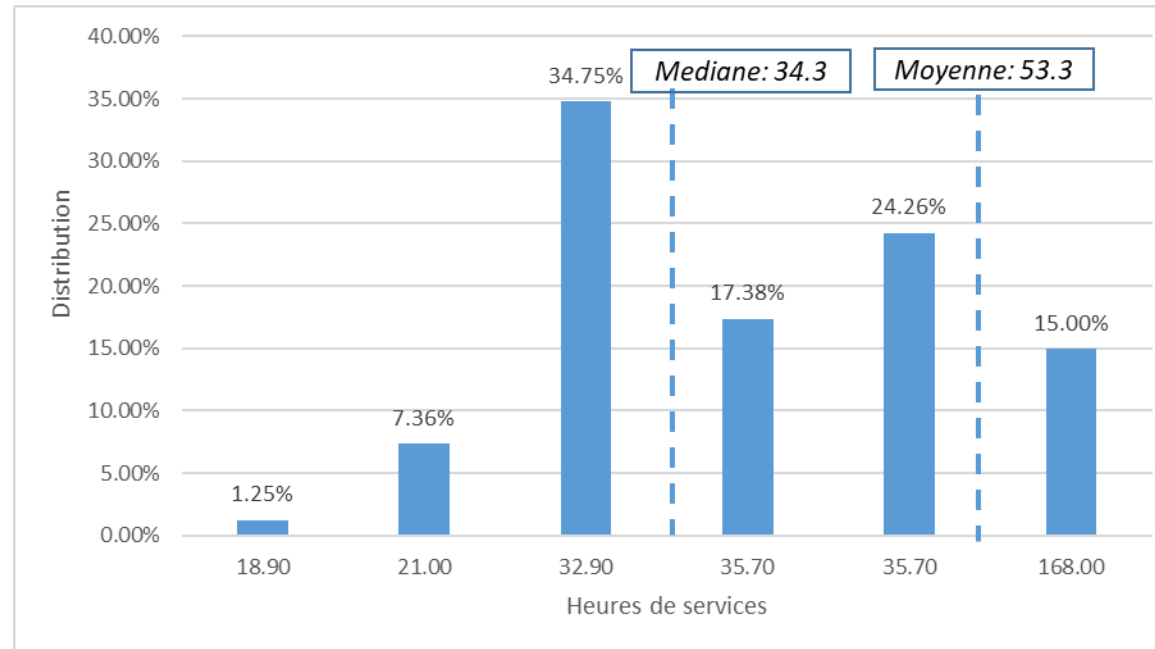
Patients de moins de 65 ans	3 286
Patients en ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12	1 122
Proportion des patients disposés à utiliser le programme	50%
Patients en ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12	561

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



Heures de services moyen

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%
Total (moyenne)	53.28	100.00%



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

Méthode – Coût des services



Coût unitaire des services dans ASSIST Coût Total

	Assistant sans soins	Assistant avec soins
Salaire de base	19.86 \$	19.86 \$
Charge sociale de l'employeur	19.517%	19.517%
Frais de l'assistance	8.7%	8.7%
Frais de la coop	10.0%	10.0%
Supplément pour les soins	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 \$
Sous-total	28.01 \$	29.32 \$

	Utilisateurs ciblés			Total par jour	Total par année
	Equivalent - Aide personnelle	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
Coût total par utilisateur	155.40	56.55	11.22	223.18	81 514.77



Estimation de la population cible

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.

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

Coût balancé

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



Comparateurs

(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 ».

Coût d'expansion

Distribution des patients

Coût de construction de la chambre	65 000
Coût de construction des autres services et structures du CHSLD	260 000
Coût total	325 000

Coût par équivalent lit

Patient moyen en CHSLD (moyenne pondérée des ISO-SMAF)

Coût du soutien par patient	29 088
Coût moyen des services et soins (tous les patients)	74 831
Coût moyen total par patient	103 919

Patient avec ISO-SMAF 4, 6, 9, 11, 12

Coût du soutien par patient	29 088
Coût moyen des services et soins (patients ciblés par la politique) ¹	69 020
Coût moyen total par patient	98 108

Jeune adulte en lourde perte d'autonomie

Coût du soutien par patient	29 088
Coût moyen des services et soins (patients ciblés par la politique) ¹	93 271
Coût moyen total par patient	122 359

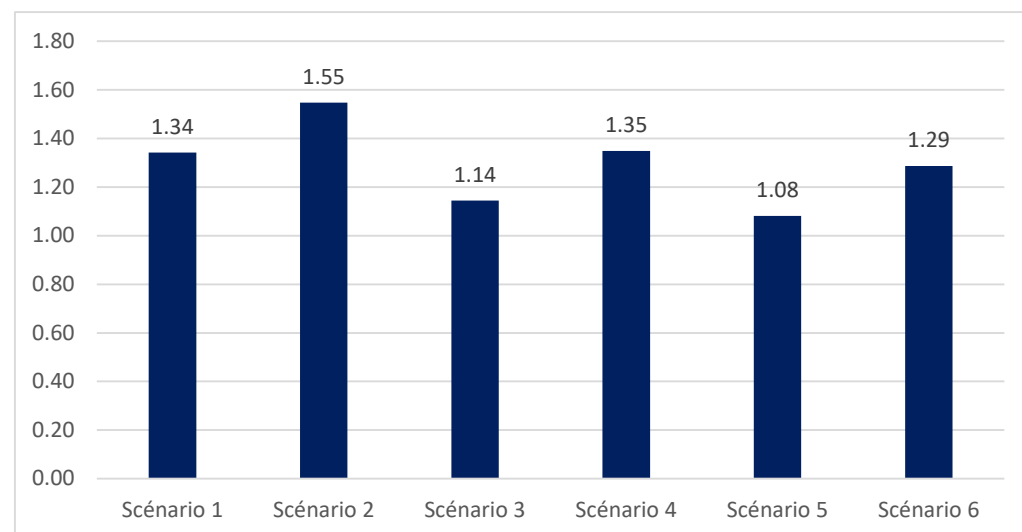
Comparaison des coûts

	Transfers 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

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.

Ratios Coût-bénéfice

	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.

Résultats - Scénarios



- 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%

	Scénario de base	A - Proportion 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





Le projet permet potentiellement 3 types de bénéfices:

- A - Retarder l'utilisation du CHSLD pour la population cible et améliorer la qualité de vie des patients
- B - Retirer les population ISO-SMAF avec atteinte physique seulement (4, 6, 9, 11, 12) du système et améliorer la qualité de vie des patients
- C - Assister les populations à domicile avec de meilleur service et une meilleure qualité de vie

L'étude de PSE n'évaluait que B, mais des économies potentielles existe en A également. L'étude n'évaluait pas les bénéfices de qualité de vie ou l'amélioration des services.

Les autres limites de l'étude sont les suivantes: 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.

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.



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 à 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.



- **Utiliser le projet pilote comme pivot pour collecter plus d'information et mesurer les bénéfices A, B et C identifiés plus haut**
 - Développer un modèle de **coût-utilité** pour la politique publique en suivant les lignes directrices de l'INESSS et du CADTH.
 - Collecter les données de **qualité de vie** de la cohorte pilote versus un groupe control, pour être en mesure de mieux documenter la qualité de vie (et générer les QALYs)
 - Utiliser une **évaluation d'impact budgétaire** pour évaluer le coût exact de la politique en fonction des populations cibles
 - Mettre à jour l'analyse **coût-bénéfice** lors de la collecte de données du projet pilote

Annexes – hypothèses



Hypothèses	Description	Source
Hypothèses techniques		
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% (https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/content/publications/administratives/rapports/rendement_depense_publique.pdf)
Paramètres de la politique		
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 moins de 65 ans »	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 une espérance de vie beaucoup plus longue que la moyenne des patients en CHSLD.	Hypothèse
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

Annexes – hypothèses



Hypothèses	Description	Source
Hypothèses techniques		
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 fonctionnal 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 fonctionnal 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 http://coopassist.ca/study/Temps-moyen-de-soin-et-daide-par-profil.pptx
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 (https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/Cah/BY/BYG_GereAdheb/BYG6_CalcContb_iut/BYG6_CalcContb.asp?LANGUE=fr)





PURPLE SQUIRREL

ECONOMICS

YOUR PARTNER IN HTA SUBMISSIONS

