

## **INFORMATION TO USERS**

**This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.**

**The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.**

**In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.**

**Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.**

**ProQuest Information and Learning  
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA  
800-521-0600**

**UMI<sup>®</sup>**





# Université d'Ottawa · University of Ottawa

## PERMISSION DE REPRODUIRE ET DE DISTRIBUER LA THÈSE

## PERMISSION TO REPRODUCE AND DISTRIBUTE THE THESIS

<b>NOM DE L'AUTEUR / NAME OF AUTHOR</b>	BLOUIN, Mariette
<b>ADRESSE POSTALE / MAILING ADDRESS:</b>	199, rue North Est, apt. 1 Gatineau, Qc J8P 3L5
<b>GRADE / DEGREE:</b>	<b>ANNÉE D'OBTENTION / YEAR GRANTED</b>
Ph.D. (Psychologie)	2002
<b>TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS:</b>	
Étude des relations besoins-coûts et coûts-efficacité des services de suivi communautaire offerts à des personnes ayant une histoire d'itinérance et souffrant de maladie mentale sévère	

L'auteur permet, par la présente, la consultation et le prêt de cette thèse en conformité avec les règlements établis par le bibliothécaire en chef de l'Université d'Ottawa. L'auteur autorise aussi l'Université d'Ottawa, ses successeurs et cessionnaires, à reproduire cet exemplaire par photographie ou photocopie pour fins de prêt ou de vente au prix coûtant aux bibliothèques ou aux chercheurs qui en feront la demande.

The author hereby permits the consultation and the lending of this thesis pursuant to the regulations established by the Chief Librarian of the University of Ottawa. The author also authorizes the University of Ottawa, its successors and assignees, to make reproductions of this copy by photographic means or by photocopying and to lend or sell such reproductions at cost to libraries and to scholars requesting them.

Les droits de publication par tout autre moyen et pour vente au public demeureront la propriété de l'auteur de la thèse sous réserve des règlements de l'Université d'Ottawa en matière de publication de thèses.

The right to publish the thesis by other means and to sell it to the public is reserved to the author, subject to the regulations of the University of Ottawa governing the publication of theses.

N.B. LE MASCULIN COMPREND ÉGALEMENT LE FÉMININ

28 janvier 2003

DATE

Mariette Blouin

(AUTEUR)

SIGNATURE

(AUTHOR)



**Université d'Ottawa • University of Ottawa**



# Université d'Ottawa · University of Ottawa

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES  
ET POSTDOCTORALES

FACULTY OF GRADUATE AND  
POSTDOCTORAL STUDIES

**BLOUIN, Mariette**

AUTEUR DE LA THÈSE - AUTHOR OF THESIS

**Ph.D. (Psychologie clinique)**

GRADE - DEGREE

**École de psychologie**

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT - FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

TITRE DE LA THÈSE - TITLE OF THE THESIS

**Étude des relations besoins-coûts et coûts-efficacité des services de suivi  
communautaire offerts à des personnes ayant une histoire d'itinérance et  
souffrant de maladie mentale grave**

**Tim Aubry**

DIRECTEUR DE LA THÈSE - THESIS SUPERVISOR

EXAMINATEURS DE LA THÈSE - THESIS EXAMINERS

**R. Flynn**

**P. Cappeliez**

**D. Angus**

**É. Latimer**

**J.-M. De Koninck, Ph.D.**

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES ÉTUDES  
SUPÉRIEURES ET POSTDOCTORALES

SIGNATURE

DEAN OF THE FACULTY OF GRADUATE  
AND POSTDOCTORAL STUDIES



**Étude des relations besoins-coûts et coûts-efficacité  
des services de suivi communautaire offerts à des personnes  
ayant une histoire d'itinérance et souffrant de maladie mentale grave**

**Thèse présentée  
à l'École des Études supérieures et  
de la recherche de l'Université d'Ottawa,  
en vue de l'obtention du  
Doctorat en Psychologie clinique**

**par**

**Mariette Blouin**



**National Library  
of Canada**

**Acquisitions and  
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada**

**Bibliothèque nationale  
du Canada**

**Acquisitions et  
services bibliographiques**

**395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada**

*Your file Votre référence*

*Our file Notre référence*

**The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.**

**The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.**

**L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.**

**L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.**

0-612-76478-8

**Canada**

## Remerciements

Sans la collaboration et l'appui de l'équipe de recherche de l'Association Canadienne pour la santé mentale, secteur Ottawa, ce projet de recherche n'aurait pu se concrétiser et se rendre à terme. Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Heather Smith-Fowler pour sa grande disponibilité, son soutien inconditionnel et son bon sens de l'humour qui a permis de traverser plus allégrement les contre-temps qui surviennent inévitablement au cours d'une recherche de cette envergure.

Je suis reconnaissante aux membres du comité de thèse, les professeurs de l'Université d'Ottawa: Philippe Cappeliez et Robert Flynn, tous deux de l'École de psychologie, ainsi qu'à Douglas Angus, Faculté d'administration, qui ont su mettre leur expertise particulière au profit de ce projet. Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de thèse, le professeur Tim Aubry de l'École de psychologie pour son encouragement et son appui.

Je désire aussi remercier Dwayne Schindler de l'École de psychologie, pour son soutien généreux au niveau des analyses statistiques.

J'offre toute ma reconnaissance à mes enfants, Rachel, Véronique et Emmanuelle, pour leur appui et l'encouragement qu'elles m'ont manifesté tout au long de mon cheminement, malgré les sacrifices qu'elles ont dû faire. Un grand merci aussi à mes amies Rita, Danielle, Mireille, Suzanne et Colette qui m'ont soutenues, chacune à leur façon, et qui m'ont toujours encouragée à continuer malgré les intempéries.

Un merci tout spécial à toutes les personnes qui m'ont encouragée à croire en mes rêves.

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> <b>Définitions de la qualité de vie</b>	<b>21</b>
<b>Tableau 2</b> <b>Informations descriptives des échelles de mesure utilisées dans les analyses</b>	<b>68</b>
<b>Tableau 3</b> <b>Moyennes et écarts-type et pourcentages pour les variables de coûts (coûts pour ACSM, société, famille/amis, clients, contribution du client et coûts globaux) durant une période de 9 mois, ainsi que les moyennes et écarts-types des variables de fonctionnement (MCAS), de symptômes (BSI) et de satisfaction avec la vie (SWL). (N=90)</b>	<b>71</b>
<b>Tableau 4</b> <b>Coefficients de variation des variables reliées aux coûts des services utilisés par les participants (N=90)</b>	<b>73</b>
<b>Tableau 5</b> <b>Comparaison entre les deux temps de données (T1 et Suivi 1) pour les mesures de la symptomatologie (BSI), du fonctionnement (MCAS), de la satisfaction avec la vie (SWL), ainsi que pour le nombre de déménagements (N=90)</b>	<b>75</b>
<b>Tableau 6</b> <b>Moyennes et écarts-types pour les variables de coûts et des variables de fonctionnement (MCAS), de symptômes (BSI), de satisfaction avec la vie (SWL) et le nombre de déménagements durant la période de 9 mois pour chacun des sous-groupes de l'échantillon</b>	<b>76</b>
<b>Tableau 7</b> <b>Intercorrélations entre les variables (N=90)</b>	<b>78</b>
<b>Tableau 8</b> <b>Intercorrélations entre les variables pour le groupe de suivi communautaire intensif</b>	<b>80</b>
<b>Tableau 9</b> <b>Intercorrélations entre les variables pour le groupe des services usuels</b>	<b>81</b>
<b>Tableau 10</b> <b>Résumé de la régression séquentielle du modèle prédisant les coûts globaux des services reçus à partir des besoins au niveau du fonctionnement (N=90)</b>	<b>86</b>

<b>Tableau 11</b> <b>Résumé de la régression séquentielle du modèle prédisant les coûts globaux des services reçus à partir des besoins au niveau de la stabilité résidentielle (nombre de changements d'adresse durant les 9 mois précédant l'entrée dans le programme) (N=90)</b>	<b>87</b>
<b>Tableau 12</b> <b>Résumé de la régression séquentielle du modèle prédisant les coûts globaux des services reçus à partir des besoins au niveau de la satisfaction avec la vie (SWL) (N=90)</b>	<b>89</b>
<b>Tableau 13</b> <b>Résumé de la régression séquentielle du modèle prédisant les changements au niveau du fonctionnement psychosocial (selon le MCAS) après les neuf premiers mois dans l'étude, à partir des coûts globaux (N=90)</b>	<b>92</b>
<b>Tableau 14</b> <b>Résumé de la régression séquentielle du modèle prédisant les changements au niveau de la stabilité résidentielle après les neuf premiers mois dans l'étude, à partir des coûts globaux (N=90)</b>	<b>94</b>
<b>Tableau 15</b> <b>Résumé de la régression séquentielle du modèle prédisant les changements au niveau de la satisfaction avec la vie après les neuf premiers mois dans l'étude, à partir des coûts globaux (N=90)</b>	<b>95</b>

**Liste des Figures**

<b>Figure 1</b> <b>La production du bien-être</b>	<b>10</b>
<b>Figure 2</b> <b>Indicateurs de la qualité de vie</b>	<b>30</b>
<b>Figure 3</b> <b>Domaine des coûts étudiés dans une perspective sociétale</b>	<b>33</b>
<b>Figure 4</b> <b>Représentation de l'ensemble des questions de recherche</b>	<b>45</b>
<b>Figure 5</b> <b>Modèle conceptuel de la qualité de vie (inspiré de Mayer et Greenwood, 1980)</b>	<b>124</b>

Liste des Annexes

- Annexe A**    **Trousse d'évaluation IAPSRs Toolkit (Arns, 2001)**
  
- Annexe B**    **Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Barker, Barron, McFarland et Bigelow, 1994)**
  
- Annexe C**    **Satisfaction With Life Scale (Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985)**
  
- Annexe D.1**   **Protocole de calcul des coûts des services**
  
- Annexe D.2**   **Répertoire des coûts unitaires**
  
- Annexe E**    **Arbre décisionnel concernant les scores de différence (Zumbo, 1992)**

## Résumé

Le suivi communautaire est de plus en plus considéré comme étant l'approche la plus efficace et la moins coûteuse pour aider dans leur quotidien les personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale graves. Depuis le mouvement de désinstitutionnalisation, ces individus ont été identifiés comme étant à haut risque de se retrouver sans domicile fixe.

Face à la réforme en santé mentale et aux redistributions des enveloppes budgétaires de soins de santé communautaire, des analyses de coût-efficacité s'imposent afin de maximiser l'utilisation des maigres ressources des services. Pourtant, peu de recherches ont été effectuées concernant les services de soutien communautaire auprès de la population sans-abri.

Notre étude, qui s'insère dans une étude longitudinale en collaboration avec l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), secteur Ottawa, avait pour objectif principal de combler cette lacune en conduisant une analyse besoins-coûts et coûts-efficacité du suivi communautaire auprès de cette population (N=90) dans la région d'Ottawa. Un devis de recherche expérimental avec mesures répétées a été utilisé.

L'analyse économique s'est grandement inspirée de la méthodologie développée en Angleterre (Knapp et Beecham, 1990) pour évaluer l'ensemble des coûts de soins de santé et services sociaux. Les résultats ont révélé qu'en moyenne \$25, 745.42 ont été dépensés au cours d'une période de neuf mois, soit \$34,327.23 par année pour soutenir un individu dans sa communauté. Les soins médicaux et psychiatriques représentent 32.8% de ces coûts, tandis que les subventions au logement et les bénéfices sociaux totalisent 40.33% des coûts globaux. Seulement 9.2% des coûts sont reliés aux services de soutien offerts par l'ACSM. Ces résultats sont assez similaires à ceux rapportés par Lehman et coll.(1999) et Wolff et coll. (1996). Peu de

coûts étaient rattachés à l'emploi, l'éducation et les loisirs.

Les résultats ne révèlent aucune relation significative entre l'intensité d'utilisation des services et la sévérité des besoins (en termes de fonctionnement psychosocial, de la stabilité résidentielle et de la satisfaction avec la vie) et entre cette intensité d'utilisation et les changements au niveau de ces besoins au cours d'une période de neuf mois. Il est possible que ceci soit relié, en partie du moins, à la fluctuation des symptômes qui affectent le fonctionnement. Les besoins identifiés au Temps 1, ont pu varier à l'intérieur de la période de neuf mois pour laquelle les coûts ont été calculés et ainsi influencer l'utilisation des services. Étant donné que les coûts les plus élevés représentent les séjours en milieu hospitalier, il se peut que la relation entre les coûts et les changements soit plutôt non linéaire puisque le fonctionnement est certainement affecté en période de crise, de rechute ou de stabilisation de la médication.

L'étude a toutefois démontré que le soutien communautaire intensif contribuait significativement à la diminution des symptômes de détresse des participants, cela même après seulement 9 mois de services. Une relation a aussi été identifiée entre les coûts à l'agence et la hausse du niveau de fonctionnement, indépendamment du groupe d'appartenance. Ainsi, les interventions des services de soutien communautaire peuvent, même à court terme, avoir un impact positif sur le bien-être des individus qui reçoivent leurs services.

TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b>	ii
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	iii
<b>LISTE DES FIGURES</b>	v
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	vi
<b>RÉSUMÉ</b>	vii
<b>CHAPITRE 1: INTRODUCTION ET RECENSION DE LA LITTÉRATURE</b>	
1. Le suivi communautaire et les analyses économiques	1
2. Définition du modèle conceptuel	6
2.1 Aspect théorique	6
2.1.1 Principes de base	11
2.1.2 Étapes	12
2.1.3 Concepts additionnels	14
2.2 Sommaire	16
2.3 Applications de la méthodologie du PSSRU	17
3. Efficacité du suivi communautaire	18
3.1 Qualité de vie	19
3.1.1 Études descriptives	20
3.1.2 Études comparatives	20
3.1.3 Études évaluatives	23
3.1.4 Regard critique sur la recherche antérieure	23
3.2 Conceptualisation de la qualité de vie	25
3.3 Facteurs d'influence	27
3.3.1 Symptomatologie	27
3.3.2 Genre	28
3.3.3 Âge	29
3.4 Sommaire	29
4. Analyse coûts-besoins / coûts-efficacité	31
4.1 Conceptualisation de l'étude	32
4.2 Coût efficacité des services de suivi communautaire	32
4.2.1 Critique	39
4.3 Coût-efficacité des services auprès des sans-abri souffrant de maladie mentale grave	40
5. Objectifs généraux et questions de recherche	42
6. Hypothèses	44
6.1 Hypothèse 1	44
6.2 Hypothèse 2	44

6.3 Hypothèse 3	44
6.4 Hypothèse 4	44
6.5 Hypothèse 5	46
6.6 Hypothèse 6	46
<b>CHAPITRE II: MÉTHODOLOGIE</b>	
1. Contexte de l'étude	47
2. Description des programmes étudiés	47
3. Participants	48
4. Description des instruments de mesure	50
4.1 Variables démographiques et cliniques	51
4.1.1 Trousse d'évaluation de réhabilitation psychosociale	51
4.2 Variables d'efficacité (besoins / changements)	51
4.2.1 Fonctionnement	51
4.2.2 Stabilité résidentielle	53
4.2.3 Satisfaction face à la vie	53
4.3 Variables de coûts	55
4.3.1 Protocole de calcul des coûts des services	55
4.4 Co-variables	60
4.4.1 Brief Symptom Inventory (Derogatis et Melisaratos. 1983)	60
5. Procédures	60
5.1 Temps 1	61
5.2 Suivi 1	62
<b>CHAPITRE III: RÉSULTATS</b>	
1. Préparation des données	63
2. Propriétés des échelles de mesure	67
3. Analyses statistiques	67
4. Analyses descriptives et corrélationnelles	70
4.1 Analyses descriptives	70
4.2 Analyses corrélationnelles	77
5. Vérification des hypothèses et questions de recherche	84
5.1 Prédiction des coûts à partir des besoins	84
5.1.1 Hypothèse 1	85
5.1.2. Hypothèse 2	85
5.1.3 Hypothèse 3	88
5.2 Prédiction des changements positifs à partir des coûts globaux de services	88
5.2.1 Hypothèse 4	90
5.2.2 Hypothèse 5	91
5.2.3 Hypothèse 6	93
5.3 Sommaire des analyses	96
6. Analyses exploratoires	96

<b>CHAPITRE IV : DISCUSSION</b>	<b>104</b>
1. Étude des coûts comparée aux recherches antérieures	105
2. Relations besoins-coûts	107
3. Relation coûts-efficacité	110
4. Analyses exploratoires et corrélationnelles	115
5. Défis et limites de l'étude	115
6. Contribution particulière de l'étude	117
7. Implication des résultats	118
8. Conclusion	121
<b>LISTE DE RÉFÉRENCES</b>	<b>127</b>

## **CHAPITRE I : INTRODUCTION ET RECENSION DE LA LITTÉRATURE**

### **1.0 Le suivi communautaire et les analyses économiques**

Environ le tiers de la population sans domicile fixe souffre de maladie mentale grave (Dennis, Buckner, Lipton et Levine, 1991). Le suivi dans le milieu de vie de ces personnes qui sont confrontées à des problèmes de santé mentale grave s'impose de plus en plus comme modalité de choix pour rejoindre ces êtres qui sont souvent isolés socialement, marginalisés et fragilisés par la maladie. Leur traitement entraîne des interventions à long terme qui peuvent être très coûteuses, principalement à cause de l'usage fréquent des services en cas de crises, des séjours répétés en milieu institutionnel, ainsi que de l'utilisation d'une panoplie de services communautaires leur apportant diverses formes de soutien pour améliorer leur fonctionnement et leur qualité de vie.

Bien que les résultats de plusieurs recherches tendent à valider le suivi individualisé et continu comme modalité de traitement à long terme pour les personnes souffrant de maladie mentale grave et persistante (Bond, Miller, Krumwied et Ward, 1989; Hoult et Reynolds, 1984; Stein et Test, 1980; Wasylenki, Goering, Lancée, Ballantyne et Farkas, 1985; Westbrod, test et Stein, 1980; Lehman et coll., 1999), le contexte actuel de réforme sociale met en question l'impact économique d'une telle modalité de traitement. Les gestionnaires posent des questions qui demeurent actuellement sans réponse précise: combien en coûte-t-il pour permettre à une personne sans domicile fixe (ou à risque de le devenir) souffrant de maladie mentale grave, de fonctionner dans la communauté? Quelle est la répartition des coûts? Quel est le lien entre les montants investis et les besoins de ces personnes? Qui en est le plus grand bénéficiaire? Les résultats valent-ils les investissements monétaires pour maintenir ces personnes dans la

communauté?

Peu de recherches ont été élaborées sur ce type d'analyse en ce qui concerne le suivi communautaire avec des personnes qui ont une histoire d'itinérance et qui de surcroît souffrent de maladie mentale grave. Cette étude viendra augmenter les connaissances actuelles sur la répartition des coûts des services utilisés par cette population, ainsi que sur les relations coûts-besoins et coûts-efficacité des programmes de suivi communautaire.

L'émergence de la maladie mentale entraîne souvent la perte d'emploi, l'interruption des rôles sociaux de conjoint ou de parents et l'enlèvement dans la pauvreté (Gélinas, 1998a). Une interaction complexe se produit souvent entre ces conséquences sociales et les symptômes de la maladie qui ont fréquemment pour conséquence d'affecter suffisamment les capacités fonctionnelles pour qu'elles conduisent à la perte du logis ou rendent bien difficile le maintien d'un domicile fixe. Un suivi ou soutien communautaire devient donc un levier important afin d'alléger leur quotidien par une aide concrète dans leur quotidien en vue d'une éventuelle reprise de contrôle de leur vie.

Les vocables «suivi communautaire» et «soutien communautaire» désignent ce qui est communément appelé "case management" dans la littérature américaine (Vallée, Courtemanche, Boyer, 1998). Tout au long du texte qui suit, les termes «suivi» et «soutien» communautaire seront utilisés de façon interchangeables. Nous tenons cependant à souligner le fait que dans la région d'Ottawa, les clients de ces programmes ont privilégié l'appellation «soutien communautaire».

Est considéré comme suivi communautaire, un modèle de services ou programmes en santé mentale communautaire dont l'objectif commun est de fournir un soutien aux personnes ayant des troubles mentaux graves et d'assurer la coordination des différents services offerts à

cette population (Intagliata, 1982). Une certaine confusion existe parfois dans les écrits sur le suivi communautaire, le suivi intensif dans le milieu et la gestion de cas. Est considéré comme suivi communautaire, un modèle de service où les intervenants individualisent leurs interventions et assoient leur pratique sur la perspective des usagers (Nemec et Furlong-Norman, 1989). Différents modèles sont rencontrés reflétant différents courants de pensée: le modèle de réadaptation psychosociale (Psychosocial Rehabilitation Model) (p.ex. Goering, Farkas, Wasylenki, Lancee, et Ballantyne, 1988), le modèle d'adaptation ou d'acquisition d'aptitudes (Strengths or Developmental Acquisition Model) (p.ex. Modrcin, Rapp et Poertner, 1985), le modèle de courtage (Brokerage Model) (p.ex. Franklin, Solovitz, Mason, Clemons, et Miller, 1987) et le suivi communautaire centré sur la famille (Family-Focused Case Management) (Aubry et coll. 2000).

Le modèle clinique, le modèle de réadaptation et le modèle axé sur les forces de la personne, sont des modèles de suivi communautaire qui reposent sur un seul intervenant plutôt que sur une équipe. Les intervenants s'occupent habituellement d'un petit nombre de cas, voient leurs clients au sein de la collectivité, concentrent leur action sur les problèmes quotidiens, défendent les droits et les intérêts de leurs clients, et suivent ces derniers sur une longue période. Quant au suivi intensif dans le milieu, il fait appel à une équipe multidisciplinaire, avec un mandat clair d'éviter la réhospitalisation et l'itinérance (Gélinas, 1998b) Il revêt souvent un caractère plus médical que les autres modèles. Le modèle le plus représentatif de ce mouvement est le "Assertive Community Treatment" (ACT), qui a fait l'objet de nombreuses études empiriques.

Un grand nombre de programme ont toutefois adopté des modèles hybrides englobant des

caractéristiques de plus d'un modèle. Tous ces modèles, bien que différents dans leur application, prennent leur essence, en principe, dans des valeurs communes, c'est-à-dire que leurs interventions se veulent centrées sur la personne, sensibles aux besoins de l'utilisateur, holistiques, pro-actives, flexibles et souples, accessibles et continues, normalisantes et porteuses d'espoir (Vallée, Courtemanche et Boyer, 1998).

Le suivi communautaire doit s'effectuer *in vivo*, dans le milieu de vie des personnes et selon la demande de l'utilisateur, c'est-à-dire aussi souvent et aussi longtemps que la personne en a besoin (Rapp et Wintersteen, 1989; Witheridge, 1990; Witheridge, 1992). Le "milieu de vie" n'est pas circonscrit uniquement au domicile de la personne; il est courant que les interventions prennent place dans les salles d'attente, les ressources d'hébergement, les banques d'alimentation, la rue, les commissariats de police, etc... En fait, les interventions ont lieu là où se trouve l'individu.

Les programmes de suivi communautaire ont fait l'objet de plusieurs études empiriques depuis les vingt dernières années, et certains chercheurs ont démontré qu'ils peuvent améliorer le statut clinique de personnes ayant de graves problèmes de santé mentale, et ceci, sans augmentation des coûts de services (Bond, Miller, Krumwied et Ward, 1989; Hault et Reynolds, 1984; Stein et Test, 1980; Wasylenki, Goering, Lancee, Ballantyne et Farkas, 1985; Weisbrod, Test et Stein, 1980; Lehman et coll, 1999). Ces chercheurs rapportent dans l'ensemble, une relation significative entre divers programmes de suivi communautaire et une baisse au niveau du taux et de la durée des hospitalisations psychiatriques, une baisse dans l'utilisation des services d'urgence, une diminution des symptômes cliniques, une hausse au niveau de la stabilité résidentielle et de l'autonomie, une augmentation de la qualité objective et subjective de vie, ainsi

qu'un plus haut niveau de satisfaction en ce qui a trait aux services de santé mentale. Les études qui ont comparé les programmes ACT à des programmes de suivi communautaires intensifs (ICM) rapportent une plus grande baisse du taux d'hospitalisation et d'utilisation des services d'urgence ainsi qu'une diminution du nombre de jours hospitalisés, pour les participants aux programmes ACT,

D'autres recherches, par contre, n'ont démontré aucune relation entre le suivi communautaire et des changements cliniques (Bond, McDonell et Miller, 1991; McFarlane, Stastny et Deakins, 1992; Curtis, Millman, Streuning et D'Ercole, 1992; Franklin, Solovotz, Mason, Clemons et Miller, 1987; Rossler, Loffler, Fatkenheuer et Reicher-Rossler, 1992).

Malgré des résultats inconsistants d'une recherche à l'autre, la littérature offre une abondance de données qui suggèrent la valeur potentielle des services de suivi communautaire pour les personnes avec un diagnostic de maladie mentale grave. Mais qu'en est-il des personnes qui par surcroît sont sans domicile fixe ou à risque de le devenir?

Il existe relativement peu d'évaluations économiques de programmes de suivi communautaire et encore moins qui se sont penchées spécifiquement sur notre population cible, c'est-à-dire les personnes qui sont à la fois victimes de maladie mentale et sans domicile fixe ou à risque de le devenir. Pourtant, une importante question doit retenir notre attention: Est-ce que les programmes de suivi communautaire remplissent efficacement leur mandat qui est de diminuer la fréquence et la durée des séjours en milieu hospitalier ainsi que l'utilisation des services de santé et d'augmenter la qualité de vie et le fonctionnement psychosocial en plus d'amener les personnes qu'elles déservent à maintenir une résidence permanente? À quel prix? Cette grande question constitue le fil conducteur de la présente étude. Nous désirons y répondre à travers le biais d'une

étude besoins-coûts et coûts-efficacité des services de suivi communautaire dispensés dans la région d'Ottawa. Cette étude s'inscrit à l'intérieur d'un vaste projet d'évaluation de programmes en cours à l'Association Canadienne pour la santé mentale, Section Ottawa (ACSM) (Aubry, 1997) qui nous a permis d'accéder à leurs données des Temps 1: entrée dans le programme et Suivi 1: 9 mois après l'entrée.

Cette étude comporte deux volets principaux, c'est-à-dire l'aspect économique et l'aspect efficacité, deux domaines qui méritent d'être examinés de pair. L'introduction vous présente donc en premier lieu le modèle conceptuel de l'analyse économique de services de soins en santé mentale, les principes et les étapes du processus d'évaluation des coûts ainsi qu'un aperçu des recherches qui ont appliqué ces concepts. Nous abordons ensuite l'efficacité du suivi communautaire en présentant une recension des écrits à ce sujet, les indices d'efficacité de programmes de suivi communautaire, le modèle conceptuel que nous avons développé ainsi que les facteurs qui sont pressentis comme pouvant influencer les résultats des services de suivi communautaire. Puis, le modèle conceptuel de notre analyse combinée "besoins-coûts et coûts-efficacité" est défini et les résultats des analyses coût-efficacité effectuées auprès de notre population cible sont décrits. Enfin, les objectifs et les hypothèses spécifiques de la présente recherche sont présentés.

## 2.0 Définition du modèle conceptuel

### 2.1 Aspect théorique

Dans le contexte économique de la réforme en santé mentale, une perspective claire des coûts impliqués dans les services directs et indirects de soins est non seulement utile mais nécessaire. De telles informations sont très attendues. L'évaluation des nouvelles politiques et

pratiques exige de jeter un regard à la fois sur les résultats et sur les ressources impliqués. Qu'il s'agisse des nouvelles demandes des années 1990 de la part des gestionnaires des services, ou des instances gouvernementales, ou qu'il soit question des besoins de longue date, les exigences de données sur les coûts ne sont que très rarement rencontrées (Knapp, 1995b).

Les analyses des coûts des services de santé se multiplient entraînant inévitablement un accroissement de la littérature se rapportant aux méthodes d'évaluation économique. (Drummond et coll., 1997; McGuire et coll., 1987; Yates, 1996). Drummond et coll. (1997) présentent les aspects économiques théoriques de différents types d'analyses de coûts des systèmes de soins de santé, avec une méthodologie des plus rigoureuses qui devient des plus complexe dans un contexte communautaire. McGuire et coll. (1987) présentent une méthodologie des coûts dans un contexte d'évaluation de programmes spécifiques où les interventions se déroulaient dans un endroit spécifique pour chaque programme. Les coûts sont donc centralisés. De son côté Yates présente une méthodologie des plus intéressante (The Scientist-Manager-Practitioner and Cost → Procedure → Process → Outcome Analyses) qui, par contre, intègre une grande quantité de variables qualitatives difficiles à évaluer en termes monétaires (par exemple: qualité de l'environnement).

Certains chercheurs de la Grande Bretagne (PSSRU) (Netten et Beecham, 1993; Knapp, 1995a; 1995b; Knapp et Beecham, 1990; Beecham et Knapp, 1992), qui se sont penché sur l'évaluation économique des différents systèmes (publics et parapublics) de santé mentale, dans un contexte de désinstitutionnalisation, nous ont servi de point de référence principal pour cet aspect de notre recherche. Ce choix a été motivé principalement par les nombreuses publications que ces chercheurs ont produites à ce sujet, nous donnant ainsi accès à une littérature détaillée sur

les fondements et le développement de leur méthodologie, qui a été largement utilisée dans le domaine de la santé mentale. De plus, leur protocole de recherche permet de recueillir des données pouvant conduire au calcul des coûts globaux reliés aux différents besoins de service des personnes avec des problèmes de santé mentale. Cet outil, qui sera décrit dans la section regroupant les aspects méthodologiques, a d'ailleurs servi de base pour l'élaboration de notre protocole de cueillette de données des coûts.

Ce groupe de chercheurs du PSSRU a introduit le concept "Package of care" (POC) que nous appellerons "Globalité des services de soins" (GDSS). Dans la littérature de langue anglaise, en Amérique du Nord et au Royaume Uni, nous rencontrons les termes "Comprehensive package of welfare", "comprehensive package of services" et "service package" (Michel, 1996). Bien qu'aucune définition officielle n'existe, ces termes semblent vouloir dire sensiblement la même chose et leur appellation, à elle seule, nous donne une assez bonne image de leur signification.

Lorsque Knapp (1984) utilise ce concept dans un contexte de suivi communautaire ou de gestion de cas, il décrit l'ensemble des services qu'un client reçoit dans une situation donnée. Appliquée à la situation d'un adulte avec de graves problèmes de santé mentale et qui est sans domicile fixe, la GDSS représenterait l'ensemble des soins directs et indirects dispensés par les programmes, ainsi que toute forme d'aide (directe ou indirecte) qu'il reçoit d'autres professionnels (santé, services légaux, éducation, services sociaux et communautaires, loisir, orientation, etc.), des membres de sa famille, des bénévoles des amis, etc., et ceci, dans tous les domaines de sa vie, pendant une période donnée.

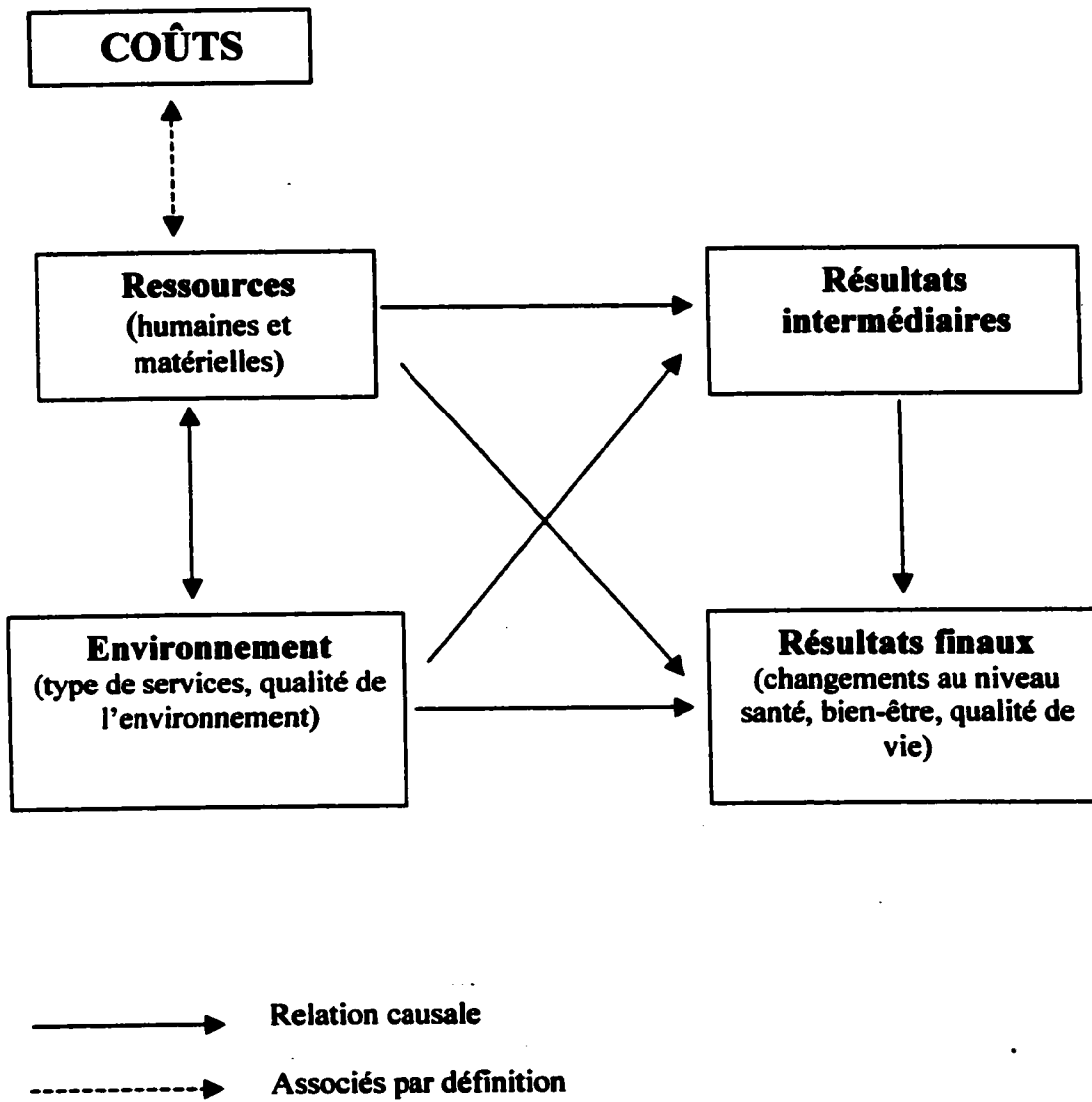
Plus les besoins des usagers sont grands, diversifiés et nombreux, plus la quantité de

services utilisés sera élaborée. L'influence combinée des choix faits par le client ainsi que de l'ampleur de l'économie de la santé et des soins sociaux va élargir ou rétrécir l'éventail des services disponibles dans une localité et du même coup l'utilisation de ces services par un même individu. Avec une population aussi vulnérable que celle que nous étudions présentement, il est facile de penser que les besoins seront nombreux et variés. L'approche proposée par l'équipe de Grand Bretagne est celle qui nous permettra de mieux cerner l'ampleur à la fois des besoins de services et des coûts qui y sont associés.

Cette méthodologie a fait l'objet de plusieurs écrits. Les détails de cette méthodologie et des exemples pratiques ont été publiés dans *Costing Community Care: Theory and Practice*, édité par Netten et Beecham (1993). Un volume parallèle résume les récentes études du PSSRU et présente plusieurs illustrations concernant l'application de cette méthode (Knapp, 1995a). De plus, Knapp et Beecham (1990) et Beecham et Knapp (1992) offrent des descriptions détaillées de cette approche. Nous présenterons ici un bref résumé de leur modèle conceptuel, des principes de base ainsi que des étapes à suivre pour mener une analyse économique. Nous décrirons aussi certains concepts importants dans la dimension économique des services de santé mentale (coûts d'opportunité et les services informels) et nous soulignerons les études qui, à notre connaissance, ont utilisé la méthodologie proposée par l'équipe du PSSRU.

Ce modèle conceptuel (Figure 1) que les auteurs nomment «Production de Bien-être» (Production of Welfare) tient compte à la fois des valeurs économiques, des caractéristiques de l'environnement/traitement et des résultats pour les clients. Il distingue les éléments clés dans la distribution de services: a) les ressources humaines et matérielles; b) les coûts de ces ressources exprimés en termes monétaires; c) les acquis qui ne sont pas des ressources, c'est-à-dire

Figure 1. La production de bien-être



Tiré de Knapp (1995, p.16), The Economic Perspective : Framework and Principles

l'environnement, le processus du traitement, tels les influences à l'atteinte des résultats qui ne sont pas monnayables, comme le milieu social, les attitudes du personnel et des utilisateurs, l'histoire personnelle etc.; d) les résultats intermédiaires qui représentent le volume de services auxquels les clients ont accès, le débit d'utilisation et la qualité de ces services; e) les résultats finaux ou à long terme, qui représentent les changements qui s'opèrent avec le temps, au niveau de la santé, du bien-être et de la qualité de vie générale des utilisateurs. Ces derniers dépendront de la nature des services, des ressources utilisées, de l'environnement social des soins, etc.

Selon les auteurs, tenir compte uniquement d'un ou de deux de ces éléments risque de présenter une vision inexacte du processus de traitement et de ses implications et suggérer ainsi des recommandations ou des affectations de ressources inappropriées (Knapp, 1995a, b).

Ce modèle nous offre un cadre conceptuel cohérent pour localiser et examiner les interrelations entre les différents facteurs impliqués dans les services de suivi communautaire (ressources disponibles, les activités personnelles, les préférences des utilisateurs et les changements qui peuvent survenir). Il nous servira donc de fondement pour chacune des étapes de notre analyse globale de la relation coûts-besoins ainsi que coûts-efficacité des services de suivi communautaire. Cette approche spécifique utilise plusieurs sources d'informations indirectes nous permettant de recueillir un grand éventail d'informations économiques.

**2.1.1 Principes de base** Selon Knapp (1991) ainsi que Netten et Beecham (1993), la méthodologie pour une évaluation économique doit suivre quatre principes fondamentaux qui ont été développés, raffinés et appliqués par le PSSRU. Le premier de ces principes mentionne que les coûts doivent être mesurés de façon à couvrir l'ensemble complet des services dispensés ainsi que toute autre implication financière. Il y a inévitablement des variations de coûts à l'intérieur

de tout exercice empirique (variations entre les clients, les accommodations, le lieu, etc.). Le deuxième principe recommande d'examiner ces variations pour la pléiade d'informations politiques et pratiques offertes et qui doivent être explorées et exploitées. Les coûts des soins devraient normalement refléter les différences individuelles à l'intérieur d'un même service en plus des différences entre les différents services.

Troisièmement, les variations encouragent facilement les comparaisons entre groupes. Toutefois, lorsque deux groupes sont comparés, il est essentiel, en terme de validité, que les groupes soient comparables (e.g. même groupe d'âge, approximativement même nombre d'hommes et de femmes, besoins similaires et résidant au sein d'une même localité). Finalement, le quatrième principe stipule que les informations sur les coûts ne devraient pas être présentées en isolation; en séparant les discussions concernant les coûts et les résultats, l'interprétation serait biaisée puisque les informations de coûts, à elles seules, ne sont pas suffisantes pour prendre des décisions éclairées. L'analyse de coût représente seulement un aspect d'une évaluation des services, et elle doit être examinée en conjonction avec d'autres mesures de résultats afin d'assurer efficacité et équité (Knapp, 1993). Les coûts et les résultats sont deux parties d'un même système de production, les moyens et les finalités, les causes et les effets. Seule l'union de ces deux types d'information peut dévoiler efficacement, par exemple, si les coûts de la GDSS sont associés aux différents niveaux de besoins et/ou de changement dans les besoins (résultats), ou si les coûts les plus élevés sont aussi associés au niveau de fonctionnement des clients et de leur qualité de vie.

**2.1.2 Étapes** Une fois que nous avons planifié l'évaluation en tenant compte des principes de base, Beecham (1995) suggère une approche à quatre étapes pour calculer les coûts d'un

service. La première étape a trait à l'identification et description des éléments du service. Avant de se lancer dans une étude des coûts, il est essentiel d'obtenir au départ une description détaillée du service ainsi que les dimensions des services qui sont dispensés par d'autres agences, sans négliger les coûts cachés qui sont reliés (ex: nourriture, transport, le nombre de clients ou charge de travail, etc.). C'est à cette première étape que nous pouvons diviser les services en deux catégories, possédant chacune une méthodologie appropriée et distincte : les services dispensés à un endroit désigné et les services péripatétiques qui sont généralement offerts par un professionnel à des clients ou des groupes, soit dans un bureau ou à la résidence de ces derniers. Ainsi, en ce qui a trait à notre clientèle cible, il sera important de tenir compte des coûts d'opération des organismes communautaires auxquels les clients ont été référés ou qu'ils ont eux-mêmes choisi d'utiliser (p.ex: refuges pour sans-abri, banques alimentaires, haltes-acceuil, etc.) et les coûts reliés aux services individuels et de groupes prodigués par divers services professionnels qu'ils soient institutionnels ou communautaires (p.ex.: counselling, thérapie, soins de santé physique et/ou mentale, etc.).

La deuxième étape consiste à choisir l'unité de mesure la plus appropriée. Il est généralement conseillé qu'une étude des coûts soit appliquée sur une base de 12 mois et que les services soient calculés en termes de coût à la minute, à l'heure, à la journée ou au rendez-vous. L'unité choisie doit être pertinente au service, aux objectifs de l'exercice et prendre en considération la nature des données disponibles. À titre d'exemple, une visite à domicile peut être calculée à partir du nombre de minutes, mais les coûts de transport peuvent être plus facilement exprimés à partir d'un coût fixe établi au préalable. Ou encore, une visite à l'urgence sera calculée à partir d'un coût unitaire, tandis que le calcul du coût d'une visite au psychiatre

s'exprimera à partir du tarif instauré par le bureau de l'assurance santé de l'Ontario, c'est-à-dire un taux fixe aux 30 minutes de service rendu.

Les auteurs suggèrent comme troisième étape l'identification et la collecte des données sur les coûts appliqués à chaque composante d'un service, chacun ayant une fonction qui lui est particulière. Si les services sont offerts dans les bureaux de l'organisme, une dépréciation doit être calculée. Les coûts reliés aux employés doivent inclure les salaires, les bénéfices, les pensions et tous les coûts qui s'y rattachent indirectement. Il est important d'inclure les coûts cachés, incluant les services dont les taux sont payés par le client et qui ne sont pas remboursés par l'agence. L'ensemble de coûts administratifs doit aussi être inclus. L'estimation des coûts pour lesquels l'information est inaccessible, peut être basée sur les indices de coûts retrouvés dans les rapports annuels des organismes, rapports gouvernementaux et autres statistiques publiées.

La quatrième et dernière étape est en fait la combinaison des trois précédentes et permet d'établir le coût actuel de la GDSS. Il s'agit donc de mettre ensemble les coûts directs, indirects, cachés de tous les joueurs-clés (individu, programmes visés, services impliqués, professionnels et non professionnels, bénévoles, famille, amis, etc.). Le coût de chaque service est calculé de façon cohérente avec l'unité de mesure appropriée (coût la visite, la minute ou l'heure). C'est l'étape la plus complexe; pour certains services il sera possible d'obtenir des coûts unitaires déjà établis mais la plupart du temps ils devront être calculés à partir des données disponibles pour la région d'Ottawa. C'est ici que la souplesse et la flexibilité suggérées par Beecham (1995) prennent toute leur signification.

**2.1.3 Concepts additionnels** Certains concepts additionnels, bien qu'ils ne soient pas inscrits parmi les principes de base doivent, selon Beecham (1995) être considérés afin de réaliser

une évaluation solide et conforme aux principes économiques.

Les théories économiques recommandent fortement de mesurer les coûts à partir de coûts d'opportunité (Beecham, 1995). Ce concept fait référence à la valeur d'une ressource, dans son meilleur usage hormis son usage présent. Le prix sur le marché en est souvent la meilleure mesure, mais comme il est expliqué en détail dans Netten et Beecham (1993), ce prix peut dévier du coût d'opportunité pour plusieurs raisons (e.g., pouvoir de marché d'un monopole). Dans de nombreux cas, la valeur de la ressource n'est pas évaluée par le marché, e.g., travail bénévoles, ou coût d'opportunité d'un hôpital et du terrain sur lequel il se trouve.

Tolley et Rowland (1995) ajoute la notion "valeur utilitaire alternative" qui fait référence à la valeur accordée, par exemple, au temps passé à aider une personne à faire sa lessive qui aurait pu être occupé autrement; il devrait alors être calculé à partir d'un salaire de base déterminé à l'avance.

L'impact du secteur informel est un élément important (Netten, 1994). Selon l'auteur, les coûts reliés aux soins informels doivent être étudiés à fond si nous voulons nous assurer qu'une analyse des coûts soit complète. Les soins informels sont définis par l'auteur comme étant l'aide apportée par une personne non-membre de l'unité de soins de la personne en besoin (p.ex. parents, amis, bénévoles) et ces coûts peuvent inclure les dépenses directes sur les biens et services, le temps non salarié, le temps payé, les coûts futurs, et les frais de résidence. Netten (1994) nous rappelle que seulement les coûts qui n'auraient pas normalement été appliqués en l'absence du besoin particulier doivent être considérés. Par exemple, si une personne doit séjourner chez une amie parce qu'elle vient d'être évincée de son logement et n'a aucun autre endroit où loger, des coûts de séjour devraient être estimés. Aussi, dans le cas où un parent doit

accompagner son fils lorsqu'il fait son épicerie parce que ce dernier a un niveau de fonctionnement qui ne lui permet pas de faire cette activité seul, un coût devrait être calculé pour le temps qui fut consacré à cette tâche.

En traduisant les principes d'analyses des coûts dans la pratique, on peut être certain de rencontrer de nombreuses embûches. Aussi, Netten et Beecham (1993) suggèrent une certaine flexibilité. Lorsque basés sur un raisonnement solide, des compromis peuvent être très acceptables. Par exemple, le niveau d'effort investi dans la collecte des données reliées aux coûts doit être à peu près proportionnel aux bénéfices qu'en retireront les données elles-mêmes en terme de leur pertinence par rapport aux objectifs de l'évaluation. Ainsi, les honoraires spécifiques du médecin impliqué, n'auraient pas nécessairement besoin d'être connus puisque nous pouvons facilement avoir accès à une publication gouvernementale sur les données provinciales. Selon Beecham (1995) il ne faut jamais oublier que la quantité de détails requis dépend fondamentalement des objectifs de l'analyse.

## 2.2 Sommaire

En résumé, Knapp (1995) ainsi que Netten et Beecham (1993) suggèrent quatre principes fondamentaux pour toute analyse économique de services de soins:

- (1) Les coûts doivent être mesurés de façon à couvrir l'ensemble des services dispensés (coûts directs, indirects, cachés);
- (2) Les variations individuelles doivent être examinées;
- (3) Les coûts en services doivent être comparés pour des groupes d'individus avec une distribution semblable d'âge, de sexe, de niveau de besoins et de même localité.
- (4) Les coûts et les résultats doivent être étudiés en relation les uns avec les autres.

Pour faciliter le processus, ils invitent les chercheurs à suivre certaines étapes et recommandent une certaine flexibilité à l'intérieur de la collecte de données en tenant compte des objectifs de l'étude et des coûts reliés à cette collecte de données.

### 2.3 Applications de la méthodologie du PSSRU

Quelques études ont utilisé l'approche préconisée par le groupe de Personal Social Services Research Unit (PSSRU) pour effectuer leur analyse des coûts. Bebbington (1993) a calculé les coûts d'un centre pour personnes atteintes du SIDA. Le but était de prédire les conséquences monétaires d'un changement au niveau des alternatives de services du centre. Ainsi, l'auteur a comparé les coûts des services qui y étaient dispensés à d'autres formes de soins. Les ressources utilisées par les clients au cours de l'année 1990 ont été calculées à partir d'unités de coûts tels: coût de consultation ou de traitement, coût de déplacement, coût des repas et coût hebdomadaire pour le soutien à domicile.

Challis, Chesterman et Traske (1993) ont aussi fait une étude comparative. Ils ont étudié les coûts de Darlington Community Care Project (initiative conjointe des services de santé et des services sociaux ayant pour but d'offrir à domicile des soins à des personnes âgées d'un état de santé précaire qui autrement aurait nécessité des soins hospitaliers à long terme) et les ont comparés à un groupe de patients hospitalisés ayant les mêmes caractéristiques que celles des participants de leur première étude.

Beecham et Knapp (1991) de leur côté, ont examiné les coûts des services à des personnes recevant des soins post-psychiatriques. Michel (1996) a adapté et piloté ce même protocole dans le contexte d'un programme de services intégrés pour les enfants du Nord de l'Ontario (Ontario's Integrated Services for Northern Children (ISNC) program). Bien que l'étude se soit concentrée

sur des calculs en termes d'heures de soins et non en terme monétaire, elle suggère que cette approche peut s'appliquer avec succès dans le contexte ontarien et peut fournir une vision globale raisonnablement complète de l'ensemble des soins offerts par un service spécifique.

Bien que l'évaluation de l'aspect économique d'un service soit essentielle, elle est loin d'être suffisante. Une meilleure compréhension des résultats des interventions est indispensable au développement des services de suivi communautaire. Aussi, il est primordial d'avoir un regard critique sur l'efficacité des programmes communautaires à remplir leur mandat de soutien à la population visée.

### 3.0 Efficacité du suivi communautaire

Depuis les 30 dernières années, les instances politiques et les dispensateurs de services ont exploré différentes alternatives communautaires aux services institutionnels offerts aux personnes ayant de graves problèmes de santé mentale. Le soutien communautaire a été identifié comme une solution potentiellement efficace pour les problèmes reliés à la fragmentation de services de santé mentale qui est survenue, en partie du moins, suite à la désinstitutionnalisation (Intagliata, 1982), et a fait l'objet de plusieurs études. Si les termes "suivi communautaire" et "case management" sont maintenant très populaires, leur pratique est encore au stade des explorations et des développements. Comme il a déjà été mentionné, le concept «suivi communautaire» est intégré à une grande diversité de pratiques et de programmes (Bachrach, 1991; Kanter, 1989; Maurin, 1990; Stein, 1990; Tessier et Clément, 1992, chap. 2 et 3).

En Ontario, le soutien communautaire a été décrit comme "un service qui comprend un continuum d'interventions flexibles et globales afin de coordonner, pour les personnes malades, un système fragmenté" (Gehrs, 1993). Ce service de suivi communautaire vient en aide aux

personnes aux prises avec des besoins qui sont complexes et à long terme, en les guidant vers des ressources diversifiées pouvant leur permettre d'avoir une meilleure qualité de vie.

L'amélioration de la qualité de vie est au coeur de la réforme en santé mentale elle est le but déclaré de la plupart des programmes de traitement communautaires. À ce titre, la qualité de vie devient un indicateur de choix en ce qui a trait à l'impact du suivi communautaire (Lehman, 1983; Rosenfield, 1992). Une recension des publications sur la qualité de vie des personnes souffrant de problèmes de santé mentale grave, en mettant l'accent principalement sur les recherches conduites auprès d'échantillons canadiens, tout en ne négligeant aucunement les contributions importantes faites par les chercheurs d'autres pays. Ce choix est guidé par l'implication que pourraient avoir des systèmes de soins de santé différents sur les résultats des recherches auprès des services de suivi communautaires.

### 3.1 Qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie a fait l'objet de plusieurs études autant au Canada qu'aux États-Unis et au Royaume Uni. Mercier (1998) trace un portrait global de la littérature de recherche effectuée au Canada sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale grave. L'auteure fait référence à cinq modèles ou théories de la qualité de vie, chacun faisant ressortir des déterminants majeurs de la qualité de vie: la satisfaction des besoins, le fonctionnement (Bigelow, Brodsky, Steward et Olson, 1982), l'hédonisme, l'accomplissement et la conformité (Corten, Mercier, et Pelc, 1994), les symptômes psychiatriques et leur sévérité, les effets indésirables des antipsychotiques et la performance psychosociale (Awad, 1992), la satisfaction à l'égard des circonstances de la vie, les conditions de vie objectives et les caractéristiques démographiques (Lehman, 1983) et finalement l'adaptation (Franklin, Mason,

Solovitz, Clemons et Miller, 1987).

Lorsque nous parcourons la littérature sur la qualité de vie, nous rencontrons une multitude de définitions. Le Tableau 1 en présente quelques-unes. L'absence de consensus sur la définition de ce que peut être la qualité de vie est évidente. Cependant, de façon surprenante on remarque à travers les études une convergence marquée au niveau des données empiriques (Mercier, 1998).

**3.1.1 Études descriptives.** L'ensemble des études descriptives canadiennes présentent des résultats qui ont tendance à confirmer les résultats observés aux États-Unis au sujet des facteurs qui peuvent être reliés à la qualité de vie subjective (Lehman, Reed et Possidente, 1982). Les facteurs suivants ont été associés à une plus grande qualité de vie: le lieu de résidence (logement indépendant vs foyer de groupe, etc.), une stabilité résidentielle, un réseau social étendu, un revenu plus élevé que les prestations d'aide familiale, des activités de loisirs (Kearns, Taylor et Dear, 1987), une plus grande fréquence de contacts avec la famille, une bonne santé mentale, un niveau de scolarité plus élevé, une diminution de la fréquence des soins hospitaliers sur une période de 12 mois (Levât, Hogan et Bucosky, 1990), ainsi qu'un niveau plus élevé de fonctionnement global (Mercier et King, 1994).

Il est bon de noter que de façon générale, les études canadiennes tout comme les études américaines ont démontré qu'une satisfaction globale supérieure à l'égard de la vie est associée à une plus grande satisfaction à l'égard de la santé, des activités quotidiennes et des loisirs, des relations sociales, de la situation financière, et de l'emploi (Mercier, 1998).

**3.1.2 Études comparatives.** Les études qui ont comparé la qualité de vie de groupes de personnes ayant des problèmes de santé mentale grave à celle de l'ensemble de la population et à

Tableau 1.

Définitions de la qualité de vie

Auteurs	Définitions de la qualité de vie
Ferrans et Power (1992) (tiré de Becker, 1998, p.51)	"...sentiment de bien-être qu'éprouve une personne selon son état de satisfaction ou d'insatisfaction à l'égard des domaines de la vie importants pour elle." (reflet de l'écart entre conditions de vie désirées et atteintes)
Bigelow, Brodsky, Steward et Olson (1982)(tiré de Mercier, 1998, p. 60)	"... résultat à la fois de la satisfaction des besoins personnels au moyen des ressources disponibles dans le milieu, et de la performance du sujet, ou de la réalisation de ses aptitudes en réponse aux exigences de la société."
Lehman (1988) p. 52	"L'expérience du sentiment général de bien-être est le produit des caractéristiques personnelles, des conditions de vie objectives dans divers domaines de vie, et de la satisfaction avec les conditions de vie dans ces domaines"
WHOQOL Group (World Health Organization's task force on Quality of Life) (1993)	"une perception individuelle de sa position dans la vie dans le contexte des systèmes de valeurs et culturels dans lequel il/elle vit et en relation avec ses buts, attentes, standards et préoccupations"

d'autres sous-échantillons, ont révélé que les personnes souffrant de maladie mentale sont moins satisfaites de leur vie que les autres résidents de la communauté (Aubry et Myner, 1996; Tempier, Caron, Mercier, et Leouffre, 1998), mais toutefois plus satisfaites que les bénéficiaires d'aide sociale (Tempier et coll., 1998).

Certains chercheurs des États-Unis, du Canada et du Royaume Uni ont démontré que les personnes qui demeurent dans les milieux plus restrictifs ont une perception plus négative de leur qualité de vie que celles vivant dans des milieux ouverts (Lehman, Possidente & Hawker, 1986; Levitt et coll., 1990; Mercier, 1989; Simpson, Hyde et Faragher, 1989; Warner et Huxley, 1993), et celles qui vivent dans un milieu rural rapportent un niveau plus élevé de satisfaction par rapport à leur vie en général que celles vivant en milieu urbain (Mercier, Tempier et Renaud, 1992; Sullivan, Wells et Leake, 1991; Baker et Intagliata, 1982).

Lorsque comparés à des personnes atteintes de maladies physiques, des patients psychiatriques (schizophrénie) ont évalué leur qualité de vie subjective comme étant à un niveau similaire à des patients sous hémodialyse (Santé Canada, 1996). À l'intérieur de cette même recherche, les patients souffrant de schizophrénie se disaient plus satisfaits de leur vie que les personnes souffrant de trouble bipolaire et de dépression. Toutefois, lorsque comparés au niveau des indicateurs objectifs de qualité de vie, les résultats étaient inversés.

Selon Mercier (1998), des aspirations moins élevées de la part des personnes avec des maladies mentales graves pourraient expliquer en partie ces résultats. De plus, le fait que ces dernières se disent plus satisfaites de leur vie que les personnes vivant des prestations d'aide à la famille pourrait être relié aux bénéfices retirés des divers services communautaires auxquels ils ont la chance d'être introduits par leur intervenant communautaire et à leur compensation

financière (p.ex: Pension d'invalidité de l'Ontario) qui est plus élevée que l'aide sociale régulière (Ontario au travail).

**3.1.3 Études évaluatives.** Des études canadiennes qui avaient pour but d'examiner l'impact de services de suivi communautaire sur la qualité de vie objective et subjective. . Au suivi de six mois, Goering, Wasylinki, Farkas, Lance et Ballantyne (1988) ont remarqué que les patients du groupe de suivi communautaire fonctionnaient mieux au travail et au suivi à deux ans que ceux du groupe témoin. Au suivi à deux ans, ils étaient plus susceptibles de mieux fonctionner au travail, de vivre de façon autonome et d'être moins isolés sur le plan social. De leur côté, Pinkney, Gerber et Lafave (1991) ont trouvé que 96% des personnes qui avaient obtenu leur congé de deux programmes de réadaptation offerts en milieu hospitalier estimaient que leur qualité de vie objective s'était améliorée depuis leur sortie de l'hôpital.

**3.1.4 Regard critique sur la recherche antérieure.** De façon générale, la recherche canadienne sur la qualité de vie est tout à fait représentative de ce qui se fait ailleurs, mettant l'accent sur les circonstances objectives, sur la satisfaction des besoins et sur la satisfaction des clients à l'égard des différents domaines de leur vie en tant qu'indicateurs de l'impact des services dispensés dans la communauté aux personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Même si une multitude d'indicateurs de qualité de vie apparaissent dans la littérature, les plus couramment utilisés sont le taux de réhospitalisation et la symptomatologie psychiatrique. Bien que ceux-ci soient relativement faciles à mesurer et semblent être des marqueurs raisonnables de l'amélioration de l'état du malade, ils sont insatisfaisants en dernière instance (Becker, 1998). Comme le souligne cet auteur "La réhospitalisation en psychiatrie est un indice par trop grossier pour les patients individuels; elle est en outre influencée autant par les

caractéristiques du réseau de santé mentale que par l'état clinique du patient". Pour ce qui est des symptômes psychiatriques, même lorsqu'ils diminuent, ils ne donnent pas réellement une indication du niveau de fonctionnement de la personne, ni de sa perception de sa vie (Avison et Speechley, 1987; Baker et Intagliata, 1982; Tantam, 1988).

Comment alors peut-on mesurer l'impact des programmes de suivi communautaire sur la qualité de vie de leurs bénéficiaires? Quels sont les meilleurs indicateurs de la qualité de vie des personnes dont le quotidien est affecté par la présence de la maladie mentale grave?

La qualité de vie est le point de mire de plusieurs chercheurs, toutefois peu d'études semblent l'étudier de façon systématique. Il y a un manque de consensus sur ce qu'on doit mesurer au juste si l'on désire enregistrer des changements dans la qualité de vie. La littérature, comme nous l'avons vu, présente différents modèles qui impliquent une grande diversité dans les définitions qui à leur tour suggèrent une variété d'indicateurs de la qualité de vie.

Certaines études rapportent des critères objectifs, d'autres des critères subjectifs et enfin quelques-unes présentent une combinaison des deux. Face à une telle variété il devient difficile de tirer des conclusions au sujet de l'efficacité du suivi communautaires à améliorer la qualité de vie (Holloway, Oliver, Collins et Carson, 1995). Toutefois, dans la plupart des discussions il est reconnu (1) que les mesures de la qualité de vie sont des indicateurs importants pour évaluer l'impact des services en santé mentale (Baker et Intaghata, 1982; Baker, Jodrey et Intagliata, Bigelow et coll, 1992; Mercier, Tempier et Renaud, 1992; Lehman, Ward et Linn, 1982; Olfson, 1990; Zautra et Goodhart, 1971) et (2) que ce concept contient des éléments objectifs et subjectifs dont il est important de tenir compte.

### 3.2 Conceptualisation de la qualité de vie

Selon le modèle de production de bien-être (Figure 1) l'efficacité d'un programme reflète dans quelle mesure les buts visés sont atteints et elle s'exprime généralement en termes de changements à l'intérieur d'une période donnée. Les différents modèles de suivi communautaire ont pour mission commune d'offrir à leurs usagers des services individuels, organisationnels et administratifs qui sont déterminés par les besoins et les préférences des clients.

Les programmes de suivi communautaire qui sont impliqués dans la recherche font partie du Mental Health Community Support Services (MHCSS) et le résultat visé par ces agences est d'apporter un soutien aux individus de façon à ce qu'ils deviennent des citoyens à part entière dans leur communauté avec une qualité de vie améliorée (Regional Case Management, p.3).

Plus spécifiquement, les programmes communautaires destinés aux personnes qui sont sans abri et aux prises avec des maladies mentales graves ont pour objectif d'aider ces dernières à trouver un logement stable décent et à le conserver, à atteindre un certain niveau de productivité et à hausser leur niveau de satisfaction personnelle. Ils visent la qualité de vie des clients. Cette qualité de vie est continuellement menacée par les effets de la maladie et de ses symptômes sur le fonctionnement, qui à son tour affecte la productivité et ainsi limite les possibilités de conserver un emploi ou un projet d'éducation, ce qui les garde dans une pauvreté qui défie le maintien dans un logement stable.

Pour les fins de la présente recherche nous empruntons la conceptualisation de la qualité de vie proposée par Bigelow et ses collaborateurs (1991) en guise de base d'évaluation de l'efficacité. Leur vision a été inspirée par les théories des besoins de Maslow (1954) (qualité de vie subjective) et des rôles (Sarbin et Allen, 1968) (qualité de vie objective). Leur composante

subjective réfère donc à un sentiment de "bien-être", de "satisfaction de vie" et de "bonheur", tandis que la composante objective inclut certains aspects du fonctionnement social, comme avoir un logement, un emploi, etc. Selon la vision de ces auteurs (Bigelow et coll. , 1991), la qualité de vie émerge en réponse à un contrat social: satisfaction des besoins en échange des demandes placées par la société sur ses membres. Les besoins sont comblés à travers les opportunités présentées par l'environnement social et, les demandes trouvent réponse à travers l'exercice des habiletés psychologiques, cognitives, affectives, perceptives et motrices.

Notre choix s'est porté sur cette définition de la qualité de vie parce qu'elle reflétait le mieux nos observations dans le milieu et certains propos rapportés par des membres d'organismes gérés par des consommateurs.

Nous considérons donc que la qualité de vie des personnes vivant avec ce double défi (maladie mentale et à risque d'être sans abri) sera déterminée en grande partie par (1) leur niveau de fonctionnement et (2) une certaine stabilité résidentielle, toutes deux des composantes objectives, ainsi que (3) par leur niveau de satisfaction de la vie (bien-être, bonheur), aspect subjectif de la qualité de vie. Ainsi, leurs besoins au niveau de ces trois variables nous serviront de variables déterminantes de la qualité de vie de nos participants. Le terme "besoins" est ici représentatif des domaines que nous avons identifiés comme étant essentiels à l'atteinte d'une bonne qualité de vie. Il n'est aucunement question des besoins qui auraient pu être identifiés par l'intervenant et le client au moment de son entrée dans le programme.

Donc, pour notre recherche, les variables "fonctionnement", "stabilité résidentielle" et "satisfaction avec la vie" définissent les "besoins" des clients à leur entrée dans notre étude et servent ensuite de point de référence pour déterminer les changements survenus au cours de leur

participation dans l'étude, c'est-à-dire les résultats.

Les résultats des recherches empiriques qui ont étudié l'impact des services de suivi communautaires auprès de personnes avec de graves problèmes de santé mentale viennent aussi appuyer notre choix de variables.

Ces études montrent, même à court terme (6-12 mois) des changements au niveau du fonctionnement (Arana, Hastings et Herron, 1991; Dean, Phillips, Gadd, Joseph et England, 1993; Bond, Miller, et Halter, 1989; Morse, Muether, Harmann, Calsyn et Dannelet, 1988; Modcrin, Rapp et Poertner, 1988; McGrew, Bond, Dietzen, McKasson et Miller, 1995; Jerrell, 1995), de la stabilité résidentielle (Bond et coll., 1992; Bush, Langford, Rosen et Gott, 1990; (Lehman et coll., 1999), Morse et al., 1988; Morse 1992; Bond, Miller et Halter, 1989) et au niveau de la satisfaction de la vie (Test et Stein, 1980; Hoult, Reynolds, Charbonneau-Powis, Weekes et Briggs, 1983; Jerrell et Hu, 1989; Bond et coll., 1989; Bond et coll., 1992; Franklin, Solovitz, Mason, Clemons et Miller, 1987; Bigelow et Young, 1991; Modcrin et al., 1988).

Que des changements soient observés à court terme est très important pour cette recherche qui étudie les résultats après neuf mois de services de suivi communautaire.

### **3.3 Facteurs d'influence**

La littérature a aussi fait ressortir d'autres éléments pouvant jouer un rôle dans la qualité de vie des personnes avec des problèmes graves de santé mentale. Certaines caractéristiques personnelles (symptomatologie psychiatrique) et démographiques (âge et sexe) sont apparues comme ayant une certaine influence sur l'efficacité des services de suivi communautaire.

**3.3.1 Symptomatologie.** Comme nous l'avons cité plus haut, plusieurs recherches ont souligné la relation entre la symptomatologie psychiatrique et la qualité de vie. Elles ont soulevé

des interrogations quant à son rôle dans l'évaluation de la qualité de vie (Becker, 1993). Si les symptômes cliniques n'apparaissent pas comme étant de bons indicateurs de la qualité de vie de ceux qui les subissent, nous croyons raisonnable de penser, cependant, qu'ils auront un certain effet sur le fonctionnement de l'individu, et à ce titre nous les traiterons séparément, et les considérerons comme une co-variable.

**3.3.2 Genre.** Des études comparant l'intégration sociale des hommes et des femmes avec un diagnostic de schizophrénie ont révélé que les femmes sont plus aptes à se trouver une place au sein de la société que les hommes si elles demeurent à l'intérieur des limites des rôles féminins traditionnels (Bachrach, 1984; Busfield, 1982; Farina, 1981; Segal et Everet-Dille, 1980; Test, Burke et Walisch, 1990). Les femmes ont aussi de meilleures conditions de vie objectives (Test et colt 1990; Wattie et Kedward, 1985). Plusieurs études ont souligné l'influence du genre sur la symptomatologie reliée à la maladie et sur le niveau de fonctionnement des personnes atteintes. En termes de fonctionnement, les femmes souffrant de schizophrénie ont un fonctionnement psychosocial plus élevé que les hommes (Angermeyer, Kün et Goidstein, 1990; Donahue et Lieberman, 1992; Haas, Glick, Clarkin, Spencer et Lewis, 1990; McGlashan et Bardenstein, 1990; Mueser, Bellack, Morrison et Wade, 1990; Vandiver, 1998). D'autres chercheurs (Kearns, Taylor et Dear, 1987; Lehman, Slaughter et Myers, 1992) ont pour leur part trouvé que le sexe des participants n'avait pas d'effet sur la qualité subjective de vie.

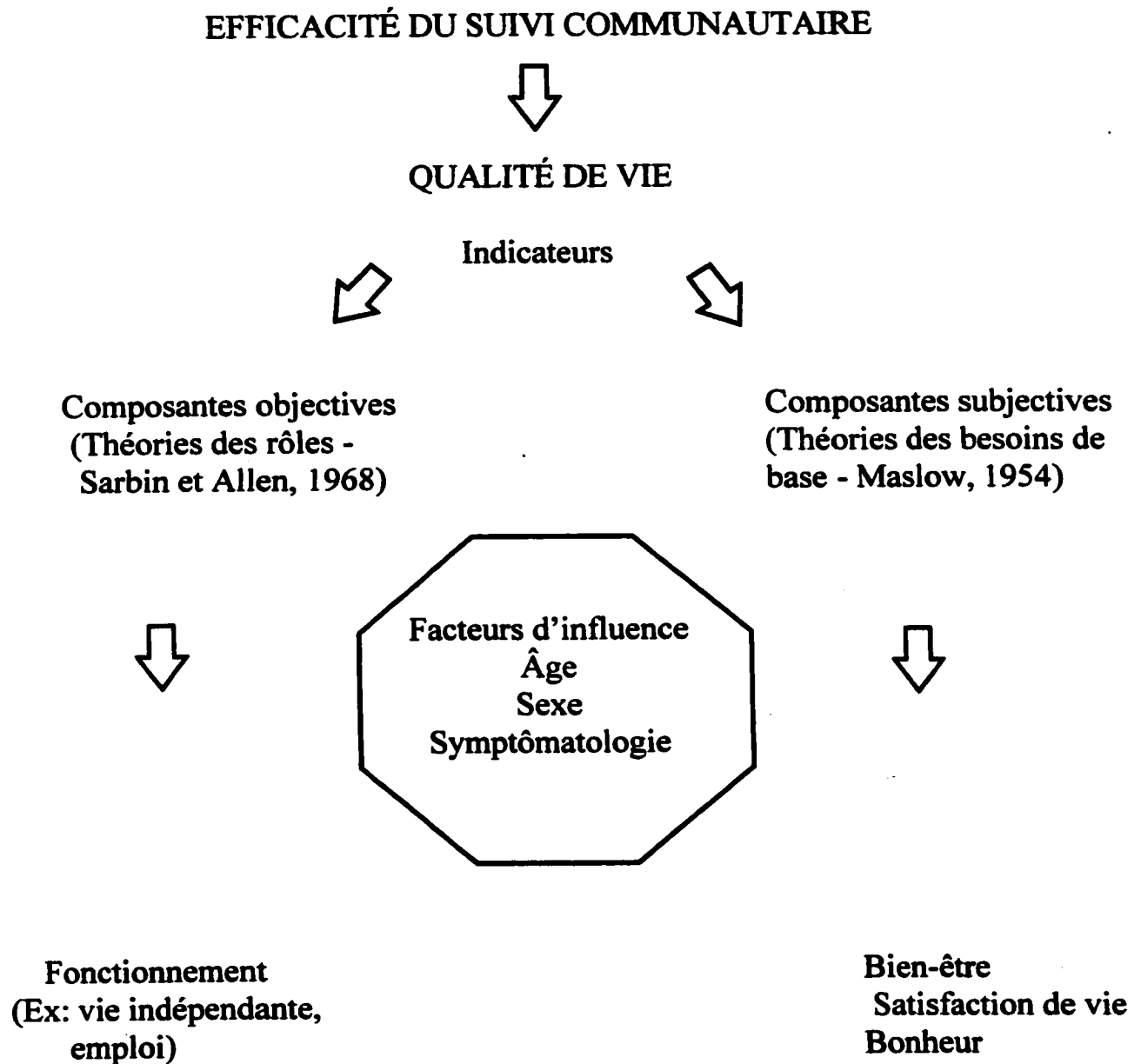
Toutefois, Lehman et coll. (1992) soulignent une interaction significative entre l'âge et le genre : les femmes entre 36 et 45 ans exprimaient moins de satisfaction que les hommes à ce même stade de leur vie. Ainsi, les hommes plus jeunes (moins de 25 ans) se disaient plus satisfait de leur vie que les femmes du même âge.

**3.3.3 Âge.** Il a aussi été observé que l'âge avait une influence sur les conditions objectives de vie et sur l'intégration sociale des individus souffrant de maladie mentale grave (Mercier, Péladeau et Tempier (1998). Cette étude souligne également que les personnes plus âgées se disent plus satisfaites de leur vie que les plus jeunes. Les résultats d'études de cohortes ont aussi démontré que les personnes plus âgées s'intègrent plus facilement dans leur communauté (DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga et Brooks, 1995; Harding, Zubin et Strauss, 1987). Il a aussi été reconnu que pour les jeunes adultes avec des troubles psychotiques, les conditions de vie et les relations avec la communauté sont plus complexes et difficiles que pour leurs aînés (Pepper et Ryglewicz, 1982; Randolph, Lindenberg et Menn, 1986).

### **3.4 Sommaire**

En résumé, la présente recherche vise l'étude des coûts dans le contexte de l'efficacité de certains services de soutien communautaire de la région d'Ottawa. Nous examinerons plus spécifiquement les coûts associés à l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui sont aux prises avec des problèmes graves de santé mentale et qui ont une histoire d'itinérance, par le biais des changements survenus dans une période de neuf mois, au niveau de leurs besoins (identifiés à l'entrée dans le programme) en termes de fonctionnement social, de leur stabilité résidentielle et de leur niveau de satisfaction par rapport à leur vie en général. Nous pensons que l'âge, le genre et la symptomatologie psychiatrique ajouteront à la variabilité des résultats et nous les utiliserons à titre de co-variables. La figure 2 reproduit schématiquement les variables impliquées dans notre conceptualisation de la qualité de vie, indice que nous avons privilégié pour représenter l'efficacité des programmes de soutien communautaires que nous avons étudiés.

**Figure 2.** Indicateurs de la qualité de vie



(Inspirée de Bigelow et coll., 1991)

#### 4. Analyse coûts-besoins / coûts-efficacité

La mesure dans laquelle un programme produit les résultats escomptés est une donnée indispensable aux gestionnaires et aux instances politiques. Mais qu'en coûte-t-il pour être efficace? Devant la hausse des coûts des soins de santé et l'amaigrissement des budgets alloués aux programmes sociaux, les données sur les rapports coût/efficacité sont de plus en plus en demande. Comme il a déjà été mentionné plus haut, les données d'efficacité ainsi que celles des coûts ne nous permettent aucunement de tirer des conclusions au sujet d'un programme ou d'un service lorsqu'elles sont considérées de façon isolée (Knapp et Beecham, 1990).

Mettre en lien les coûts et les besoins, ainsi que les coûts et l'efficacité revient en fait à examiner si les coûts de l'ensemble de tous les services utilisés par des personnes ayant une histoire d'itinérance et souffrant de graves problèmes de santé mentale sont associés à différents niveaux de besoins ou de changements dans les besoins. Il semble probable que les coûts des services reçus par chaque individu vont varier en réponse aux différents besoins identifiés et seront associés aux changements survenus par rapport à ces besoins suite aux interventions des services de soutien communautaire. Ces associations pourront être influencées par la symptomatologie psychiatrique ou symptômes de détresse de l'individu ainsi que certaines variables démographiques, tels l'âge et le genre.

##### 4.1 Conceptualisation de l'étude

L'approche que nous adoptons est basée sur le modèle conceptuel multidisciplinaire de "Production de bien-être" (Knapp, 1984) présenté à la Figure 1. Ce modèle met en relation les coûts et les résultats au niveau individuel et permet d'établir des différences entre les divers facteurs d'influence, reflétant ainsi la variabilité des résultats et des coûts. Il permet aussi de

déterminer au départ sous quelles perspectives les coûts et les résultats seront estimés.

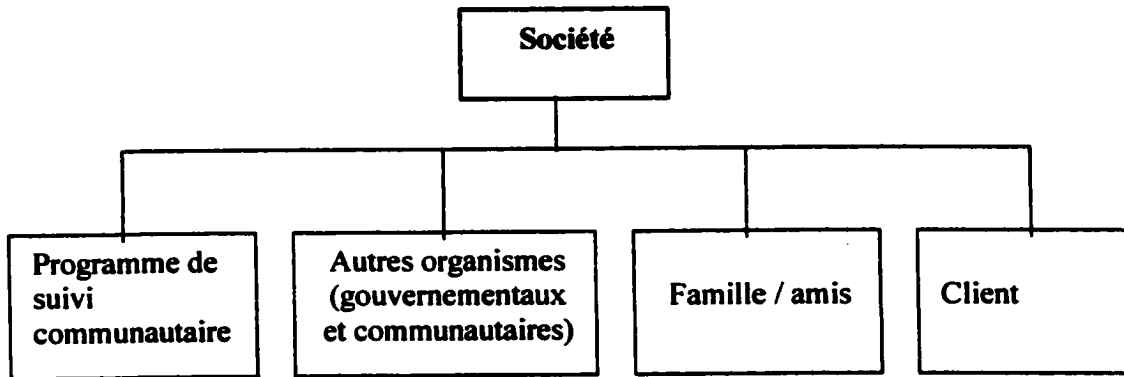
La Figure 3 est une représentation schématique des différents domaines de coûts pour notre analyse selon une perspective sociétale, c'est-à-dire les catégories de coûts qui seront étudiés, tels le programme de soutien communautaire, l'ensemble des autres services de santé et santé mentale utilisés, les coûts reliés à l'implication de la famille ou des autres personnes significatives, ainsi qu'aux coûts au client. Notre protocole des coûts, qui sera décrit dans la section Méthodologie, a été construit de façon à regrouper les coûts à l'intérieur de ces catégories distinctes.

Dans une analyse de coût-efficacité, les frais pertinents encourus par les diverses parties impliquées dans un service sont estimés en termes monétaires tandis que les résultats le sont plutôt en termes de leur impact actuel, c'est-à-dire le changement survenu dans un domaine particulier, à l'intérieur de la période donnée.

#### 4.2 Coût-efficacité des services de suivi communautaire

Une recension de la littérature a été faite à l'aide des bases de données "Psychinfo", "Current Contents", "Medline", "Sociofile" et "Ecoline". Les termes "case management", "costing", "cost analysis", "mental illness", "homeless" ont été utilisés seuls et en combinaison les uns avec les autres.

Depuis les années 1980, l'aspect économique du suivi communautaire en santé mentale apparaît dans la littérature. Dans leur revue de la littérature sur le case management, Holloway, Oliver, Collins et Carson (1995) soulignent 8 études qui rapportent des coûts. Seulement trois d'entre elles (Hoult et coll., 1983; Stein et Test, 1980; Muijen et coll., 1995) ont suivi une méthodologie se rapprochant de celle proposée par Knapp et Beecham (1990). Deux de ces études (Hoult et coll., 1983; Stein et Test, 1980) rapportent une diminution des coûts globaux pour le



**Figure 3.** Domaines de coûts étudiés dans une perspective sociétale.

groupe de suivi communautaire, mais seulement lorsque des bénéficiaires tels que la hausse des revenus reliée à un plus haut taux d'emploi étaient pris en considération.

Muijen et coll. (1995), de leur côté ne rapportent aucune différence dans les coûts totaux des deux groupes (suivi communautaire et groupe contrôle). Toutefois des analyses subséquentes suggèrent que les coûts hebdomadaires pour tous les services et frais de résidence pour le groupe expérimental étaient significativement inférieurs pour les six premiers mois d'évaluation, mais à long terme il n'y avait plus de différence significative (McCrone et coll., 1994). La distribution des coûts était différente; les clients du groupe de suivi communautaire ont reçu des soins de santé plus dispendieux mais leur lieu de résidence était à coûts moindres.

Les autres études rapportées par Holloway et coll. (1995), ont en majorité utilisé le nombre d'admissions à l'hôpital ainsi que le nombre de jours d'hospitalisation dans leur calcul des coûts et elles rapportent des résultats mitigés. Wright et coll. (1989), Dincin et coll. (1993) et McClary et coll. (1989) ont noté que lorsque les coûts d'hospitalisation diminuaient, il en allait de même pour le coût total. La hausse au niveau de l'utilisation des services communautaires ne semble pas avoir nui à la baisse des coûts suite à la diminution au niveau des hospitalisations (McClary et coll., 1989).

Curtis et coll. (1992) et Franklin et coll. (1987) de leur côté rapportent une hausse des coûts pour le groupe recevant les services de suivi communautaire, dû principalement à leur plus grande utilisation de services hospitaliers. Cependant cette dernière recherche a aussi souligné une hausse d'utilisation des services communautaires, qui vient ajouter à la hausse des coûts.

Solomon (1992), dans sa revue de littérature mentionne cinq autres études qui ont mis en relation les coûts et les résultats de différents programmes de suivi communautaire (Bond et coll.,

1984; 1988; 1992; McRae et coll., 1990; Mulder, 1982; Borland et coll., 1989). Ces chercheurs rapportent une baisse des coûts reliés à la diminution du nombre d'hospitalisations, à l'exception de Borland et coll. (1989) qui eux ont constaté une hausse des coûts qu'ils expliquent par l'addition de services, plus coûteux, qui servent de substitut à l'hospitalisation.

Dans sa revue de littérature sur l'impact économique des Équipes de traitement communautaire intensif (ACT), Latimer (1999) rapporte que l'effet le plus consistant à travers les études (34 études) est la réduction de 58% du temps d'hospitalisation au cours d'une période de 12 mois. Son analyse des résultats de ces études révèle aussi une hausse du nombre des clients qui vivent de façon autonome dans la communauté.

Certaines études récentes présentent des études coût-efficacité de programme de suivi communautaire intensif auprès des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants. Celles d'entre elles qui se sont penchées particulièrement sur notre population cible, c'est-à-dire les personnes ayant une maladie mentale grave et ayant une histoire d'itinérance, seront présentées dans une section ultérieure. La présente section met l'accent sur les études récentes qui présentent une analyse coût-efficacité des services de suivi communautaire, plus particulièrement les recherches de Essock, Frisman et Kontos (1998), Knapp et coll. (1998), Schmidt-Posner et Jerrell (1998), Clark et coll. (1998), Rosenheck et Neale (1998), et UK700 Group (2000).

Toutes ces études ont utilisé un devis de recherche expérimental, assignant au hasard les clients à un programme de suivi communautaire intensif ou à un service standard de suivi communautaire (SCM) (UK 700 Group, 1999; Rosenheck et Neale, 1998; Essock et coll., 1998) ou en dirigeant les participants, toujours au hasard, à un ou l'autre de deux (Clark et coll., 1998)

ou trois (Hu et Jerrell, 1998; Schmidt-Posner et Jerrell, 1998) programmes différents de soutien communautaire.

Essock et coll. (1998) rapportent que les clients du programme ACT ont passé la moitié moins de jours à l'hôpital et 33% plus de jours en résidence stable que ceux du programme SCM. Au cours des 18 mois de l'étude, la satisfaction générale avec la vie a significativement augmenté pour le groupe ACT. La question "Comment vous sentez-vous par rapport à votre vie en général?" était posée au début et à la fin de l'entrevue. La différence significative était évidente seulement lorsque les réponses du début de l'entrevue étaient comparées. Une différence significative dans l'amélioration des symptômes était aussi notée pour l'échelle de psychotisme du SCL-90-R (Derogatis, 1983), favorisant le programme ACT.

Cette étude montre que les clients du ACT ont passé plus de jours dans la communauté que ceux du SCM, et ceci sans aucun coût additionnel. Une différence significative entre les coûts des deux programmes n'est évidente que lorsque l'on compare entre eux les clients qui étaient en milieu hospitalier à leur entrée dans l'étude, les clients du ACT ayant des coûts moindres que ceux du SCM. Dans l'ensemble, les coûts totaux à la société sont sensiblement les mêmes pour les deux groupes.

De façon similaire, Clark et coll. (1998) n'ont trouvé aucune différence significative entre les coûts des deux programmes (ACT et SCM) au cours d'une période de suivi de trois ans. Toutefois, la distribution des coûts variait d'un programme à l'autre. Les clients du ACT présentaient des coûts plus élevés au niveau des services communautaires et ceux du SCM présentaient des coûts plus élevés pour les services de santé mentale ainsi qu'une plus grande utilisation des centres de réhabilitation, centres de crise et des résidences supervisées. Les deux

programmes visaient le traitement d'abus de substance. Les auteurs rapportent des gains significatifs équivalents pour les deux groupes en ce qui concerne la consommation de substance. Aucune différence significative ne fut observée en ce qui a trait à la qualité de vie des deux groupes. Les auteurs rapportent que l'âge et le diagnostic des clients ont influencé les résultats, le rapport coût-efficacité étant supérieur pour les participants plus âgés ou ceux ayant un diagnostic de trouble bipolaire. Les auteurs ont également trouvé que le rapport coût-efficacité du programme ACT augmentait avec le temps, contrairement au programme SCM, et que la différence était statistiquement significative à la troisième année.

Rosenheck et Neale (1998), de leur côté, ont trouvé que les comparaisons entre les coûts de services intensifs de suivi communautaire psychiatrique (IPCC) et les services usuels variaient selon les différents sites qui offraient les services. Les coûts totaux à la société étaient plus bas pour le IPCC dans les sites neuropsychiatriques (\$82 454 vs \$116 651,  $p < .001$ ) mais plus grands dans les sites de médecine et de chirurgies générales (\$51 537 vs \$46 491,  $p < .001$ ).

À la fin de l'étude, les participants qui séjournèrent dans les hôpitaux offrant des services généraux de médecine et de chirurgie avaient amélioré significativement leur fonctionnement, avaient connu une baisse de leurs symptômes psychiatriques et se disaient plus satisfaits des services reçus. Cette étude démontre que le rapport coût-efficacité est relié au site dispensant les services de suivi communautaire psychiatrique et non uniquement au modèle de base des intervenants.

Schmidt-Posner et Jerrell (1998) ont comparé trois différentes approches de soutien communautaire: PACT, équipe clinique et modèle de courtage. Ils rapportent des résultats favorisant le groupe PACT en ce qui a trait au fonctionnement des participants et les dimensions

reliées aux coûts, plus particulièrement les coûts reliés à l'hospitalisation, mais le groupe du modèle de l'équipe clinique pour la satisfaction de vie et les dimensions symptomatologiques. Le modèle de courtage reflétait un fonctionnement psychosocial et une satisfaction des clients plus faibles ainsi que des coûts de services de santé mentale et autres coûts sociaux plus élevés que les deux autres modèles.

Une étude (Knapp et coll., 1998) a utilisé un devis de recherche plus complexe que les précédents: les personnes étaient assignées au hasard à un programme DLP (Daily Living Programme) ou à un programme suivi communautaire standard (Standard case management - SCM) pour une période de 20 mois. Après ces 20 mois le groupe DLP a été scindé en deux façon aléatoire. Un de ces deux groupes a été retiré du programme DLP et dirigé vers les services de suivi communautaire standard pour une durée de 25 mois. La recherche comportait désormais trois groupes: DLP, SCM et le groupe qui en bout de ligne a reçu la combinaison de services DLP/SCM. Les trois groupes ont été comparé 45 mois après leur entrée dans l'étude.

Ces chercheurs ont trouvé qu'à court-terme, le DLP est significativement moins coûteux que le SCM. Cette différence s'estompe cependant avec le temps. En effet, on ne trouve aucune différence significative pour la période de 12 à 20 mois. Toutefois, pour la période de 1 à 20 mois, les auteurs rapportent une plus grande efficacité de la part du DLP en ce qui a trait à l'amélioration des symptômes psychiatriques et l'adaptation sociale, ainsi que la satisfaction des familles des participants face aux services reçus. Aucune différence significative entre les coûts des divers groupes n'a été observée pour la période de 35 à 45 mois. Le DLP offrait encore quelques avantages (non statistiquement significatifs) au niveau de l'amélioration des symptômes et de l'adaptation sociale. La satisfaction des clients et de leur famille continuait à être

significativement supérieure aux autres groupes de traitement.

Au cours des derniers douze mois de services le DLP semblait perdre ses avantages au niveau de la relation coût/efficacité. Knapp et ses collaborateurs rapportent qu'aucune différence n'était observable entre les différents groupes tant au niveau des coûts qu'au niveau des résultats.

**4.2.1 Critique.** La plupart des recherches citées jusqu'ici ont été conduites dans le but de déterminer l'efficacité de différents modèles de suivi communautaire, le TCL (Training in Community Living), ACT (Assertive Community Treatment) et le PACT (Program of Assertive Community Treatment) ou des modifications de ceux-ci, auprès d'une clientèle à haut risque pour hospitalisation psychiatrique. Les études des dernières années (1998-1999) ont calculé les coûts en utilisant une méthodologie se rapprochant de celle proposée par Knapp et Beecham (1990), c'est-à-dire qu'elles tiennent compte de l'ensemble des services utilisés par les individus. Elles rapportent des résultats suggérant que différents modèles et différents sites donnent des résultats qui sont eux aussi différents. Dans l'ensemble les recherches rapportent des effets positifs des programmes de suivi communautaire: diminution des jours d'hospitalisation et des symptômes psychiatriques, ainsi qu'une hausse au niveau du fonctionnement. Toutefois, il est difficile de comparer les rapports coûts-efficacité, l'efficacité étant mesurée à partir de déterminants différents d'une étude à l'autre.

Même si toutes les études citées jusqu'ici ont été menées auprès de personnes souffrant de maladies mentales graves dont la plupart présentait un diagnostic de schizophrénie, leur échantillon n'était pas composé de personnes sans domicile fixe. Leur statut résidentiel est rarement défini, toutefois il semble que dans la plupart des cas le vocable "vivant dans la communauté" signifiait hors des institutions psychiatriques, soit dans des résidences où un

personnel est sur place pour offrir des services tout en les dirigeant vers des services communautaires ou soit dans leur famille. Dans tous les cas, la population était choisie parmi les personnes à haut risque pour séjours répétés en milieu hospitalier.

#### 4.3 Coût-efficacité des services auprès des sans-abri souffrant de maladie mentale sévère

À notre connaissance, il n'existe que deux études (Lehman et coll., 1999; Wolff et coll., 1997) qui présentent une analyse coût-efficacité d'un programme de services de suivi communautaire auprès des personnes sans abri souffrant de problèmes graves de santé mentale.

Lehman et coll. (1999) ont suivi pendant un an 152 personnes sans abri (dans la rue ou dans refuges) qui avaient été assignées au hasard à l'un ou l'autre de deux programmes de suivi communautaire, le ACT et le suivi ordinaire. Leurs résultats démontrent que le ACT coûtait moins cher à la société, en réduisant les frais d'hospitalisation et d'utilisation des services d'urgence. La mesure d'efficacité utilisée pour cette population de personnes sans abri était le nombre de jours de résidence stable dans la communauté pendant les douze mois de suivi. Les participants au programme ACT ont connu 31% plus de jours de résidence stable que ceux suivis par les services usuels (210.2 versus 160.1). En utilisant le coût de traitement par jour de résidence stable comme indice de coût-efficacité, les ratios sont  $\$50\,748./210.2=\$241.$  par journée pour les clients du programme ACT, comparé à  $\$66480./160.1=\$415.$  par jour pour les clients du SCM.

En d'autres mots, chaque journée passée dans un lieu de résidence stable coûtait \$174.00 de moins en coûts de service de traitement pour le programme ACT que pour les services de SCM, un ratio d'efficacité relatif de 0.58 ( $\$241./\$415.$ ). Une journée de résidence stable était définie comme une journée dans un endroit non institutionnel et non conçu pour desservir la population

itinérante; ceci excluait donc les journées dans les missions ou abri, prison, hôpital et carrément sur la rue. Il était donc question de journées dans un logement indépendant, chez un membre de la famille ou dans un logement supervisé.

Les distributions de soins et des coûts rapportés variaient selon la race des participants. Tout en utilisant une méthodologie qui se rapproche de celle suggéré par Knapp et Beecham (1990), leur analyse des coûts se concentre uniquement sur les frais des traitements, négligeant certains autres services importants (i.e. aide juridique, prison, service de probation, transport, activités de loisir) ainsi que les frais de logement.

Wolff et coll. (1997) ont comparé trois approches de suivi communautaire pour des personnes avec de graves problèmes de santé mentale qui étaient sans abri ou bien exposés à le devenir (c.-à-d. avoir été sans abri soit pendant dix jours ou plus le mois précédent, soit pendant trente et un jours ou plus l'année précédente, soit à trois reprises ou davantage au cours de leur vie): ACT seul (n=28), ACT avec des travailleurs communautaires (n=35) et le service de courtage (achat de services) (n=22). Ils ont suivi 85 personnes qui avaient été assignées au hasard à une des trois conditions pour une période de dix-huit mois. Les clients assignés aux deux groupes ACT ont eu plus de contact avec leur programme de traitement, ont fait l'expérience d'une baisse de symptômes psychiatriques et ont été plus satisfaits avec leur traitement que ceux du programme de courtage. Il est intéressant de remarquer l'absence de résultats significatifs en ce qui a trait à la stabilité résidentielle à la fin de la période d'étude.

Les chercheurs n'ont trouvé aucune différence significative entre les trois conditions en terme des coûts totaux pour le traitement des participants (ACT seul \$49 510., ACT avec travailleurs communautaires \$39 913., courtage: 45 076)). Les participants du groupe ACT ont occasionné moins de frais d'hospitalisation mais plus de frais pour les services de case

management et de survivance (i.e. timbres pour la nourriture, subventions de logement et paiements de sécurité de revenu - équivalent aux prestations d'aide familiale). Les données recueillies après les six premiers mois de l'étude démontrent toutefois une différence entre les groupes quant aux coûts de soins de santé mentale reliés aux patients à l'interne.

Cette recherche n'a démontré aucune différence significative entre les groupes de traitement, toutefois, lorsque comparés aux coûts pour la période de six mois précédant l'entrée dans l'étude, le coût moyen pour les services psychiatriques à l'interne a diminué de \$1 315. pour l'ACT avec travailleurs communautaires, augmenté de \$4 484 pour le programme ACT seul et de \$8 073 pour le programme de courtage. Pendant la période de 7 à 18 mois, les coûts du programme ACT avec travailleurs communautaires demeuraient encore plus bas que pour les deux autres conditions, mais la différence était toutefois moins dramatique qu'elle ne l'était pour les six premiers mois.

En résumé, la littérature présente de bonnes évidences que les services de suivi communautaire peuvent améliorer la situation des personnes fragilisées par la maladie mentale, et cela à des coûts moindres que ne le font des services à caractère plus institutionnel. Toutefois il y a un manque évident de données empiriques sur les bénéfices de tels programmes auprès d'une population qui de surcroît est sans domicile fixe ou à risque de le devenir. À notre connaissance, il n'existe aucune étude canadienne qui s'est penchée sur cette question spécifique. Notre étude revêt donc un caractère particulièrement important pour l'avancement de la connaissance dans ce domaine.

### 5. Objectifs généraux et questions de recherche

Les informations recueillies à même les publications dans le domaine de la santé mentale et des analyses économiques des services en santé mentale nous ont permis de préciser les

questions de recherche de notre étude. Nous poursuivons trois grands objectifs. Le premier objectif, qui est d'ordre descriptif, vise l'identification et la répartition des coûts globaux moyens des services de suivi communautaire offerts aux personnes sans abri souffrant de graves problèmes de santé mentale.

Nos deuxième et troisième objectifs sont d'ordre prospectifs. Nous désirons dans un premier temps examiner la relation potentielle entre les besoins des participants (selon la définition de "besoins" déjà décrite) à l'entrée dans l'étude et les coûts de l'ensemble des services qu'ils ont reçus pendant leur neuf mois suivants. Dans un deuxième temps, nous voulons étudier la relation entre ces mêmes coûts et les changements survenus dans la qualité de vie des participants, particulièrement en ce qui a trait à leur fonctionnement, leur stabilité résidentielle et leur satisfaction face à la vie (variables de "besoins").

Nos objectifs suscitent les questions suivantes:

- (1) Combien en coûte-t-il, par jour, pour venir en aide à une personne sans abri ayant des problèmes de santé mentale qui vit dans la communauté?
- (2) Pouvons-nous prédire les coûts à partir du niveau de besoins des individus desservis par le programme? Est-ce que les besoins estimés au point de départ au niveau du fonctionnement, de la stabilité résidentielle et de la satisfaction avec la vie, peuvent prédire les coûts globaux?
- (3) Est-ce que les coûts peuvent être considérés comme de bons indices de changement dans les besoins de nos participants au niveau du fonctionnement psychosocial, de la stabilité résidentielle, et de la satisfaction qu'ils éprouvent face à la vie après 9 mois de soutien communautaire?

Cette recherche a aussi voulu adapter à la population canadienne la méthodologie d'analyse des coûts suggérée par les chercheurs de Grande-Bretagne, tester la fidélité de notre protocole de recherche économique à l'aide d'une étude inter-marqueurs avec un sous-échantillon,

et pallier les lacunes rencontrées dans les recherches antérieures.

## 6. Hypothèses

Des considérations d'ordre pratique et théorique, ainsi que les réflexions suscitées par la recension des écrits, ont servi de base sur laquelle nous nous sommes appuyés pour élaborer nos six hypothèses. La Figure 4 présente schématiquement la portée de cette étude.

### 6.1 Hypothèse 1

Après avoir contrôlé l'effet des variables démographiques âge et genre ainsi que la symptomatologie, nous anticipons que plus l'individu aura de carence au niveau de son fonctionnement, plus les coûts globaux seront élevés durant la première période de neuf mois dans l'étude.

### 6.2 Hypothèse 2

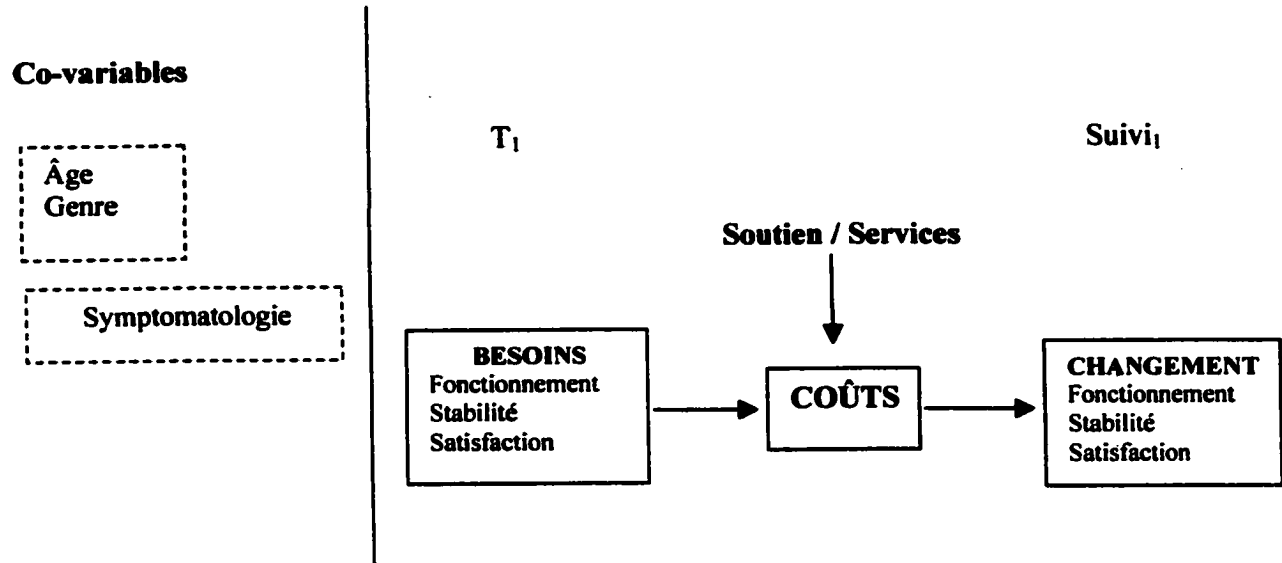
Après avoir contrôlé l'effet des variables démographiques âge et genre ainsi que la symptomatologie, nous anticipons que plus l'individu aura connu de l'instabilité résidentielle (nombre de changements d'adresse, excluant les séjours à l'hôpital ou établissement correctionnel) dans les neuf mois précédant son entrée dans l'étude, plus élevés en seront les coûts des services utilisés au cours des neuf mois suivants.

### 6.3 Hypothèse 3

Après avoir contrôlé l'effet des variables démographiques âge et genre ainsi que la symptomatologie, nous anticipons que moins l'individu sera satisfait de sa vie au moment de son entrée dans l'étude, plus les coûts globaux seront élevés au cours de la première période de 9 mois dans l'étude.

### 6.4 Hypothèse 4

Après avoir contrôlé les effets de l'âge, du genre, de la symptomatologie et des besoins au



**Figure 4.** Représentation de l'ensemble des questions de recherche.

Temps 1, les coûts vont prédire des changements positifs au niveau du fonctionnement social des participants après avoir reçu 9 mois de services. Plus précisément, des coûts globaux (GDSS) plus élevés vont prédire des changements positifs plus grands pour les participants suite à leurs neuf premiers mois dans le programme de soutien communautaire intensif dispensé par ACSM, secteur Ottawa.

#### 6.5 Hypothèse 5

Après avoir contrôlé les effets de l'âge, de la symptomatologie et des besoins au Temps 1, les coûts vont prédire un changement positif dans la stabilité résidentielle des participants après avoir reçu 9 mois de services. Ainsi, des coûts globaux (GDSS) plus élevés vont annoncer une amélioration au niveau de la stabilité résidentielle, c'est-à-dire une diminution du nombre de déménagements entre le T1 et le Suivi 1.

#### 6.6 Hypothèse 6

Après avoir contrôlé les effets de l'âge, du genre, de la symptomatologie et des besoins au Temps 1, les coûts vont prédire un changement positif au niveau de la satisfaction avec la vie après avoir reçu 9 mois de services. Plus précisément, des coûts globaux élevés des services (GDSS) vont prédire une amélioration dans la satisfaction de vie de nos participants.

## **CHAPITRE II: MÉTHODOLOGIE**

### **1. Contexte de l'étude**

Comme il a été mentionné au départ, cette étude s'inscrit à l'intérieur d'une évaluation du programme de suivi communautaire de l'Association Canadienne pour la santé mentale, Secteur Ottawa (Aubry, 1997). L'étude originale utilise un devis de recherche expérimental comparant sur une grande variété de résultats, un groupe de clients recevant les services de soutien communautaire à un groupe similaire de clients recevant les services usuels offerts dans la communauté aux personnes sans domicile fixe. L'objectif central de l'étude originale est la comparaison entre les deux groupes de clients. La présente étude utilise toutefois son propre devis prospectif et corrélationnel et s'intéressera uniquement aux 90 premiers individus provenant de deux groupes ayant complété l'entrevue de suivi après les neuf premiers mois de leur participation. Les participants ne formeront qu'un seul groupe et l'origine des services reçus ne représentera qu'une donnée parmi les autres.

### **2. Description des programmes étudiés**

Dès son entrée dans l'étude, le participant a été assigné de façon aléatoire soit au programme de «soutien communautaire intensif» (groupe expérimental), soit au «services usuels dans la communauté» (groupe contrôle) incluant le soutien communautaire à court terme déjà en place. L'approche de soutien communautaire privilégiée par l'ACSM correspond à celle déjà connue sous le nom «intensive case management» (Anthony, Cohen, Farkas, & Cohen, 2000; Kanter, 1989; Rapp, 1989) et est un modèle hybride regroupant les composantes de l'approche centrée sur la personne et celles du modèle de réadaptation sociale. Dans cette approche, l'intervenant prend une responsabilité primaire pour ses clients et il met l'accent sur sa relation

avec ceux-ci. Dans le programme de soutien communautaire de la présente étude, l'intervenant a la responsabilité de 15 clients à la fois, au maximum. Les services sont flexibles, c'est-à-dire qu'ils fluctuent selon les besoins des clients et leur durée n'est pas pré-déterminée. Ils sont offerts aussi longtemps que le client le désire ou en ressent le besoin.

Dans le cas de l'autre groupe de clients, les services usuels offerts dans la communauté incluait la continuation des services de soutien communautaire à court terme offerts par l'ACSM, visant principalement à assister les clients dans l'accès et le maintien d'un logement décent, à faciliter la liaison avec les services de santé et services sociaux et aussi à offrir des interventions lors de situations de crise. Chaque client avait un intervenant communautaire repérage («outreach worker») qui coordonnait ses services. Cet intervenant suivait de 40 à 50 clients par année, soit environ 20 clients à la fois, pour des périodes variables, généralement à court terme, c'est-à-dire en moyenne de six à douze mois. D'autre part, le groupe de clients recevant les services usuels avait accès à tous les autres services de santé et services sociaux disponibles dans la communauté. Cependant, la réalité a démontré que l'accès à d'autres services communautaires est parfois difficile et souvent les clients ne reçoivent pas de soutien communautaire en dehors de ceux reliés directement aux services médicaux.

### 3. Participants

Nos participants (n=90) sont des personnes référées au programme de soutien communautaire intensif par les intervenants communautaires. Les principaux critères de sélection étaient ceux reliés à l'éligibilité aux services de suivi communautaire:

- (1) avoir un diagnostic de trouble mental grave;
- (2) démontrer des difficultés de fonctionnement dans de nombreux domaines de leur vie;
- (3) avoir une histoire d'itinérance, c'est-à-dire que l'individu avait déjà connu, à un moment donné, des périodes sans adresse fixe, ou avoir dormi dans la rue, ou avoir eu recours aux abris et missions spécialement désignées pour accueillir les personnes sans abri.

Après avoir vérifié si la situation du client potentiel répondait aux critères d'éligibilité, ce dernier était mis au courant du déroulement de l'étude. S'il acceptait d'y participer, il était invité à signer les formulaires de consentement.

Notre échantillon (N=90) est composé de 42 femmes (46.7%) et 48 hommes (53.3%), âgés de 16 à 66 ans (M=40.5; SD=11.4) dont 63.3% (n=57) sont célibataires, 32% (n=29) sont soit séparés, divorcés ou veufs (veuves) et 2.5% (n=1) vit en union de fait. Les participants ont un niveau d'éducation moyen de 11 années (SD=2.9) et ont reçu, en moyenne, une assistance financière de \$7,087.00 pour la période de 9 mois visée par l'étude.

Parmi nos participants, quinze (16.7%) ont rapporté des revenus d'emploi et quatorze (15.6%) ont participé à des activités bénévoles au cours des neuf premiers mois à l'intérieur du programme de soutien communautaire.

Au début de l'étude, 45.6% (n=41) des participants avaient déjà reçu un diagnostic de schizophrénie et 51.1% (n=46) de trouble de l'humeur. Quarante-cinq de nos répondants (50%) avaient une combinaison de deux ou trois diagnostics (Axe I et Axe II du DSM-IV) (1995). Trente-trois (36.7%) des participants ont été hospitalisés durant leurs premiers neuf mois dans le

programme.

#### 4. Description des instruments de mesure

Les données de cette étude ont été recueillies à partir d'entrevues auprès (1) des intervenants communautaires qui ont référé les participants, (2) des intervenants du programme de soutien communautaire intensif auxquels les participants étaient assignés et (3) à partir d'informations divulguées par les participants eux-mêmes. Lors de ces rencontres des instruments de mesure quantitative et qualitative, déjà identifiés par plusieurs chercheurs comme étant valides et fiables, ont été choisis pour chaque domaine spécifique étudié à l'intérieur de cette recherche spécifique. En voici la liste:

- (1) Trousse d'évaluation de réhabilitation psychosociale (IAPSRs PSR Toolkit) (Arns, 2001)
- (2) Multnomah Community Ability Scale (Barker, Barron, McFarland, et Bigelow, 1994)
- (3) Brief Symptom Inventory (Derogatis et Melisaratos, 1983)
- (4) The satisfaction With Life Scale (Diener, Emmons, Larsen et Griiffin, 1985)
- (5) Protocole de calcul des coûts des services

Chaque instrument a été d'abord utilisé au moment de la référence (baseline) et ensuite à neuf mois après le début de la participation du client, à l'exception du protocole de calcul des coûts des services, qui n'a été utilisé qu'à l'intérieur des entrevues à neuf mois.

Dans la section suivante, nous présentons une description des instruments, en les regroupant selon la catégorie de variables à laquelle ils appartiennent dans le cadre de cette étude. On trouvera en annexe une copie de chacun des instruments de mesure utilisés.

#### **4.1 Variables démographiques et cliniques**

**4.1.1 Trousse d'évaluation de réhabilitation psychosociale (IAPSRs PSR Toolkit).** Les informations démographiques et les caractéristiques cliniques des participants ont été tirées de la version canadienne de la Trousse d'évaluation IAPSRs PSR Toolkit (Arns, 2001) (Annexe A). Cette trousse est de plus en plus utilisée auprès de la même population dans les services de santé mentale communautaire, recueillant des informations au niveau de l'éducation, du logement, des finances, l'implication avec les systèmes légaux, l'état de santé physique et mentale, l'utilisation des services de santé mentale et tout autre service communautaire. L'Instrument a été utilisé la première fois lors de la référence et ensuite, neuf mois après l'entrée du participant dans l'étude.

#### **4.2 Variables d'efficacité (besoins / changements)**

Certains instruments ont servi à mesurer l'étendue des besoins de nos participants et des changements qui ont été rapportés particulièrement au niveau de leur fonctionnement, de leur stabilité résidentielle et de leur satisfaction face à la vie.

**4.2.1 Fonctionnement.** Le fonctionnement des participants a été mesuré à l'aide du Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Barker, Barron, McFarland et Bigelow, 1994) (Annexe B) par l'intervenant au repérage, au moment de la référence. Par la suite, lors du suivi à neuf mois l'intervenant auquel le participant a été assigné complète de nouveau le questionnaire. Cet instrument a été conçu pour mesurer le degré de déficience des habiletés des adultes ayant des maladies mentales résidant dans la communauté. Il mesure leur fonctionnement à l'aide de 17 items (indicateurs) regroupés en quatre sous-échelles:

- (1) interférences avec le fonctionnement;
- (2) adaptation à la situation de vie
- (3) compétence sociale
- (4) problèmes de comportement.

La première sous-échelle comprend cinq items qui mesurent les interférences avec le fonctionnement, visent les symptômes physiques et psychiatriques tels la santé physique, le fonctionnement intellectuel, le processus de pensée, l'humeur, la réponse au stress et l'anxiété. La deuxième sous-échelle composée de trois items, s'intéresse à l'adaptation en situation et s'interroge sur l'habileté à gérer un budget, l'autonomie dans la vie quotidienne et l'acceptation de la maladie. Les cinq items de la troisième sous-échelle concernent la compétence sociale et l'évaluent à partir d'indices d'acceptabilité sociale, d'intérêt social, d'efficacité sociale, de réseau social et d'activités significatives. La dernière sous-échelles composée de quatre items vise l'identification des problèmes de comportement, s'interroge sur le respect des ordonnances médicales, la coopération avec les dispensateurs de services, l'abus d'alcool ou de drogue et le contrôle des impulsions.

Pour chaque item, l'intervenant évalue le niveau de fonctionnement selon une échelle ordinale descriptive en cinq points, où <1> reflète des difficultés graves et <5> indique l'absence de difficultés dans ce domaine. Par exemple, à la question "Quel est le niveau du fonctionnement intellectuel général du client?" il répond en choisissant entre "fonctionnement intellectuel extrêmement faible", "...modérément faible", "...faible", "...légèrement faible" ou "...normal ou

au-dessus de la moyenne”. Un score total est calculé pour l’ensemble des indicateurs, ainsi qu’un score à chaque sous-échelle. Les scores peuvent varier de 17 à 85. Pour les besoins de notre étude, nous utiliserons le score total comme indicateur du niveau de fonctionnement, afin de permettre une plus grande sensibilité aux changements individuels.

Les recherches avec le MCAS effectuées par Barker, Barron, McFarland et Bigelow(1994), Barker, Barron, McFarland, Bigelow et Carnahan (1994) ont démontré ses bonnes propriétés psychométriques avec une fidélité inter juges est de .85, une corrélation test-retest de .82, ainsi qu’une cohérence interne de .90 (alpha. De Cronbach). Une analyse factorielle (Corbière et coll., 2002) a aussi démontré la validité de la structure factorielle de la version française du MCAS.

**4.2.2 Stabilité résidentielle.** Dans le cadre de cette étude, la stabilité résidentielle, objectif premier des programmes communautaires pour les sans-abri, sera définie comme suit: le nombre de changements d’adresse encourus par chaque participant pendant des périodes fixes telles la période de neuf mois précédant l’entrée dans l’étude et la période de neuf mois suivant l’entrée dans le programme de soutien communautaire intensif., en excluant les séjours en milieu hospitalier ou correctionnel. Ces informations nous sont fournies à partir d’items tirés de la Trousse d’évaluation de réhabilitation psychosociale (IAPSR PSR Toolkit). Les séjours en milieu institutionnels tels l’hôpital et les centres de détention ne sont pas comptabilisés comme étant des changements de domicile si le participant conserve son logement pendant ces périodes d’éloignement.

**4.2.3 Satisfaction face à la vie.** Le niveau de satisfaction avec la vie sera mesuré à partir

de l'échelle "Satisfaction With Life Scale" (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985) (Annexe C) qui fut construite en vue d'évaluer le jugement global de la satisfaction de la vie. Cette auto-évaluation, incorporée à la batterie d'évaluation répondue verbalement par les participants, comprend 5 items auxquels le répondant choisit sa réponse sur une échelle à 7 points (étendue 5 à 35): (1) fortement en désaccord, (2) en désaccord, (3) légèrement en désaccord, (4) ni en accord, ni en désaccord, (5) légèrement en accord, (6) en accord et (7) fortement en accord. Un score total de 20 représente le point neutre de l'échelle, le point où le participant est également satisfait et insatisfait de sa vie. Un score entre 21 et 25 signifie que le participant est "légèrement satisfait" tandis qu'un score entre 15 et 19 veut dire qu'il est "légèrement insatisfait" de sa vie. Un score total se situant entre 26 et 30 signifie que la personne est satisfaite et un score entre 5 et 9 indique qu'il est extrêmement insatisfait de sa vie. Le score total servira donc à identifier le niveau de satisfaction avec la vie de chacun de nos participants.

Le SWLS a démontré une excellente fidélité interne et une stabilité temporelle modérée. Diener et coll. (1985) rapportent un coefficient alpha de .87 pour l'échelle et un coefficient de fidélité test-retest de .82. Un bon nombre de chercheurs ont aussi rapporté de bons indices de cohérence interne et de stabilité temporelle (voir Tableau 4, p. 168, dans Pavot et Diener, 1993). Les analyses factorielles ont fait ressortir la présence d'un facteur unique qui compte pour au moins 66% de la variance (Diener et coll., 1985; Blais et coll., 1989; Arrindellet coll., 1991; Pavot et coll., 1993). Le SWLS démontre aussi une convergence adéquate avec d'autres mesures subjectives de satisfaction de vie, incluant des mesures qui utilisent une approche méthodologique

différente (i.e. scores déterminés par l'interviewer ou l'informant) (Pavot et Diener, 1993). Le SWLS a démontré une corrélation négative avec les mesures de détresse clinique. Arrindell et Ettema (1986) ont trouvé que le SWLS était négativement corrélé avec toutes les dimensions mesurées par le SCL-90-R (Derogatis, 1977) incluant l'anxiété ( $r = -.54$ ), la dépression ( $r = -.55$ ) et la détresse psychologique générale ( $r = -.55$ )

Cet instrument, par la qualité de ses propriétés psychométriques, sa facilité d'administration et d'interprétation, le faible niveau de difficulté de ses items, devient un outil de choix pour notre recherche, évaluant le jugement global de satisfaction avec la vie de façon subjective, c'est-à-dire à partir la perception que le participant a de sa vie, selon ses propres valeurs.

#### 4.3 Variables de coûts

4.3.1 Protocole de calcul des coûts des services (Annexe D). 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 de recherche afin de faciliter le processus. Spécifiquement, des items ont été ajoutés au PSR Toolkit et celui-ci a été complété par l'intervenant principal travaillant avec le client, c'est-à-dire l'intervenant relié avec le programme offrant le soutien communautaire intensif ou avec le programme offrant le suivi communautaire à court-terme. Dans les cas où l'intervenant ne pouvait pas répondre aux items reliés aux coûts, ils ont été demandés aux clients lors de leur entrevue.

Ces items ont été construits par les chercheurs en s'inspirant du "Client Service Receipt

Interview Baseline Information” préparé par J. Beecham, Université du Kent à Canterbury (Knapp & Beecham, 1990). Les coûts ont été reportés sur des feuilles de sommaires des coûts (Annexe D.1) qui ont été conçues de façon à les regrouper selon les cinq domaines étudiés:

- (1) Les coûts à l’agence c’est-à-dire les coûts encourus par l’ACSM secteur Ottawa pour les services dispensés;
- (2) Les coûts encourus par les différents ministères gouvernementaux (frais médicaux, hospitalisation, frais légaux, subventions aux logements, etc.) et les professionnels impliqués dans les diverses agences de services utilisés par chacun de nos participants ainsi que le soutien bénévole qui est offert, soit à l’intérieur d’un organisme ou directement au client;
- (3) Les frais encourus par la famille et les amis dans le soutien ou accompagnement qu’ils apportent;
- (4) Les frais des clients pour vivre dans leur communauté; les clients ont aussi des coûts à assumer dans leur quotidien, tels le logement, nourriture, vêtements, transport, loisirs, etc. Aussi, les paiements de transfert, qui comprennent les pensions d’invalidité de l’Ontario et du Canada, ainsi que Ontario au travail sont ici utilisés. Ils auraient pu être considérés à l’intérieur des “coûts aux autres organismes”. Toutefois, étant donné que nous pouvons facilement assumer que la totalité de leur pension d’invalidité/aide sociale est utilisée pour répondre à leurs besoins de base, nous avons choisi d’utiliser ces données pour représenter les coûts aux clients. Nous avons ajouté à ces coûts, le montant de TPS que les clients reçoivent puisque ces montants sont aussi utilisés pour leurs dépenses personnelles. Nous sommes conscients que selon les concepts économiques, la

TPS n'est pas un revenu au client, mais bien un retour des argents qu'il a déjà versé sous forme de TPS lorsqu'il dépense. Toutefois, comme il a été mentionné plus haut, notre but était d'inclure tous les frais de subsistance des clients. Comme il était difficile d'obtenir les informations précises sur la totalité des frais encourus par nos participants, nous avons assumé que la totalité de leurs entrées d'argent leur était nécessaire pour vivre au quotidien.

(5) la participation sociale des clients (emploi rémunéré et heures de bénévolat).

Plus précisément, pour chaque domaine étudié, l'interviewer recueillait les informations les plus complètes possible sur le nombre et la durée des visites effectuées aux différents professionnels et/ou services communautaires utilisés par les clients, sur les modalités de transport, les frais d'accompagnement et l'identification des personnes responsables de ces frais.

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 (Annexe D.2). 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. Cinq des six centres hospitaliers de la région qui ont été mentionnés par les participants nous ont transmis des informations précises concernant le coût unitaire d'une journée d'hospitalisation ainsi qu'une visite à l'urgence. Pour les frais reliés aux services fournis par le centre hospitalier pour lequel nous n'avons aucune donnée, les moyennes des coûts unitaires des autres centres ont été utilisées.

En ce qui a trait aux services/programmes communautaires, les coûts unitaires (tarif horaire ou par visite) ont été estimés 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 recueillies telles le salaire des intervenants, le nombre d'intervenants et de bénévoles, le nombre d'utilisateurs ainsi que les coûts d'opération. Les heures de bénévolat 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 pour estimer leurs coûts nous avons utilisé le coût unitaire d'un service similaire. Soulignons comme exemple le cas des nombreuses banques d'alimentation. Une d'entre elles avait déjà fait cet exercice financier et nous a fourni un coût par visite. Les renseignements recueillis nous permettaient de penser que dans la région d'Ottawa, les banques d'alimentation fonctionnaient sensiblement de la même façon. Nous avons donc utilisé ce coût pour chaque visite à l'une d'elles.

En ce qui a trait aux coûts de l'agence (ACSM), 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 ainsi que des bénéfices marginaux. Il fut donc établi qu'une heure de service coûte \$28.74 à l'agence. Ainsi, les heures de services directs et indirects rapportés ont été calculées à partir de ce taux horaire pour chaque client à l'intérieur des deux programmes impliqués. De plus, pour chaque client, un montant fixe (constante) a été calculé pour représenter les autres coûts d'opération (i.e. loyer,

téléphone, fournitures de bureau, dépenses de voyages, éducation, administration, supervision). Ainsi, un coût fixe de \$1008.00/client, pour la période de neuf mois a été établi pour chaque participant au programme de soutien communautaire intensif et \$378.00/client, pour le soutien communautaire à court terme. Cette façon de différencier les coûts à l'agence a été utilisée dans le but d'assurer une certaine variabilité dans les coûts.

Une liste des médicaments prescrits à chaque client nous a été fournie par les intervenants ou le participant lui-même. Une pharmacie de la région nous a renseignés sur les coûts pour une prescription de 30 jours tenant compte des normes habituellement en vigueur 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. Il est à souligner que le coût total des médicaments est probablement sous-estimé car dans certains cas seulement les coûts des médicaments reliés à des difficultés psychiatriques nous étaient rapportés, tandis que dans d'autres cas tous les médicaments, indépendamment de leur caractéristique propre, ont été rapportés et calculés. Il est impossible d'identifier le pourcentage de cas où ce malentendu a eu lieu.

Une étude inter-marqueurs où deux évaluateurs indépendants calculaient les coûts reliés aux services de soutien rapportés par 10 clients a été complétée afin de vérifier la fiabilité du protocole des coûts pour réplique ultérieure. Les évaluateurs ont fait leurs calculs de coûts à partir des données recueillies par les intervenants et les clients sur l'utilisation des services. La correspondance entre les coûts totaux calculés par ces deux évaluateurs présentait une corrélation intraclass de .99.

#### 4.4 Co-variables

L'âge, le sexe et la symptomatologie ont été identifiés comme étant des variables qui peuvent jouer sur la variabilité des résultats. Les données sur l'âge et le sexe figurent nécessairement au dossier de recherche de chaque participant. L'état des symptômes psychiatriques des participants sera mesuré à l'aide du Brief Symptom Inventory (Derogatis et Melisaratos, 1983) un instrument de mesure qui a fait ses preuves à ce niveau.

4.4.1 Brief Symptom Inventory (Derogatis et Melisaratos, 1983) (Annexe E). Le Brief Symptom Inventory (BSI - 15 items) est une mesure auto-rapportée, dérivée de la forme originale à 90 items connue comme le Symptom Checklist Inventory - 90 Revised (SCL-90R) (Derogatis, 1977). Elle faisait partie de l'entrevue avec les participants. Chaque item présente un score de détresse à partir d'une échelle ordinale en cinq points allant de 1 <pas du tout> à 5 <extrêmement>. Un score total est calculé pour l'ensemble des items représentant le niveau des symptômes (étendue : 15 à 75); un score plus élevé suggère un niveau de symptômes plus élevé. Le BSI offre l'avantage d'être bref et d'avoir des énoncés écrits dans un langage simple et facile à comprendre. Le BSI est administré à l'entrée dans le programme et au suivi de 9 mois. Derogatis et Melisaratos (1983) rapportent une fidélité allant de 0.71 et 0.85 et une fidélité test-retest de 0.68 à 0.91.

#### 5. Procédures

Un devis de recherche avec mesures répétées a été utilisé. Les deux périodes d'entrevues servant à la collecte des données ont été effectuées à neuf mois d'intervalle (c'est-à-dire au moment de l'entrée dans l'étude et neuf mois plus tard). L'étude comprend aussi deux autres

suivis, fixés à 18 et 24 mois. Toutefois, dans le cadre de ce rapport, nous nous sommes concentrés sur les deux premières périodes de collecte de données. Ce choix a été motivé d'une part par l'aspect pratique de cette période pour la recherche (limite dans le temps) et d'autre part parce que nous anticipions que cette première période d'étude nous permettrait de mieux recueillir les coûts reliés aux besoins des participants puisque avant d'entrer dans l'étude ils étaient souvent isolés et recevaient peu de services, tandis qu'une fois dans l'étude ils étaient mis en contact avec diverses formes de services communautaires. De plus, les données du Suivi 1 (à neuf mois) nous permettent d'utiliser les deux groupes dans l'étude, ce qui ne sera pas nécessairement le cas à 18 et 24 mois, car le groupe qui reçoit les services usuels offerts dans la communauté se détachera graduellement de l'équipe et pourra être perdu de vue.

### 5.1 Temps 1

Les personnes répondant aux critères de participation à la recherche ont été assignées de manière aléatoire au programme de suivi communautaire de CMHA ou au suivi communautaire offert par les autres services en santé mentale, après avoir au préalable été appariées à partir des variables âge, niveau de fonctionnement selon le MCAS (Barker et col, 1994) (complété par le travailleur au repérage au moment de la référence) et l'évaluation clinique de ce dernier. Une fois que les participants eurent été assignés à un des deux groupes, ils eurent une première entrevue d'environ deux heures incluant les mesures auto-rapportées décrites ci-dessus. Après avoir reçu le consentement du participant, la version canadienne du PSR Toolkit (Aras, 2001) fut aussi complétée lors d'une rencontre avec un des chercheurs. Les intervenants impliqués n'étaient pas aveugles aux conditions de la recherche, toutefois les interviewers eux l'étaient.

## 5.2 Suivi 1

Neuf mois après cette première entrevue ( $\pm 3$  semaines), un chercheur a rencontré l'intervenant communautaire de chaque participant pour une entrevue semi-structurée (la même qu'au Temps 1) incluant la version canadienne du PSR Toolkit et le MCAS. Ces entrevues du Suivi 1 contenaient des items concernant les coûts pour la période couvrant les neuf mois depuis l'entrée dans l'étude. Pour les participants du groupe contrôle qui ne recevaient plus les services réguliers au moment de l'entrevue de Suivi 1, des entrevues avec le client ont été organisées afin d'obtenir les informations.

Les questions qui étaient restées sans réponse lors de l'entrevue avec le travailleur communautaire ont alors été posées directement au participant. À chaque entrevue, les participants recevaient une compensation monétaire de \$20.00 en reconnaissance de leur temps.

### **CHAPITRE III : RÉSULTATS**

Ce chapitre présente les résultats de la recherche. Dans les deux premières sections, la préparation des données et les propriétés des échelles de mesure sont rapportées. La section suivante décrit les résultats des analyses descriptives et corrélationnelles. La dernière section présente les analyses qui nous ont permis de tester nos hypothèses et questions de recherche, ainsi que les analyses post-hoc.

#### **1. Préparation des données**

Avant de débiter les analyses, la distribution de toutes les variables impliquées dans les analyses a été examinée pour s'assurer de la justesse de codification des données, d'identifier les données manquantes et de vérifier la présence de scores extrêmes. Pour un sous-échantillon de 10 cas (11% de l'ensemble des cas) les données informatisées ont été vérifiées à partir des données brutes pour les variables démographiques et les échelles d'efficacité. Seulement deux erreurs ont été décelées, révélant ainsi un haut niveau de fidélité. Pour les données reliées aux coûts, les données des quarante premiers sujets (44%) ont été vérifiées à partir des données brutes. Cette vérification nous a permis d'identifier et corriger 6 erreurs.

Aucune donnée manquante n'a été rencontrée pour les variables de coûts. Toutefois, en ce qui a trait aux variables démographiques et aux échelles d'efficacité, notamment le MCAS, le BSI et le SWL ainsi que les items concernant le nombre de déménagements durant les neuf mois précédant l'entrée dans l'étude et les neuf mois suivants, certaines données étaient manquantes. Ce fut le cas pour les occasions où l'intervenant ne connaissait pas les informations demandées et qu'il était impossible de contacter les clients pour aller chercher les réponses directement,

principalement parce que ces derniers avaient déménagé sans laisser d'adresse. Les données manquantes ont été traitées selon une des deux stratégies suivantes: si plus de 50% des données utilisées pour calculer une échelle à plusieurs items étaient manquantes, elles étaient codifiées de façon à être automatiquement exclues des analyses. Toutefois, lorsqu'au moins 50% des données utilisées pour calculer un score étaient présentes, le score moyen des items pour un client était substitué à la ou les données manquantes. En ce qui a trait au MCAS, le score moyen de la sous-échelle était utilisé comme valeur de substitution d'une donnée manquante à l'intérieur de cette sous-échelle. Ce mode de traitement des données a été utilisé pour deux cas seulement. De façon générale plus de 75% des données étaient présentes. Suite à ces ajustements, la taille de l'échantillon pour les analyses varie de 84 à 90.

L'examen des scores standardisés pour toutes les variables, en utilisant un point de coupure de  $\pm 3.67$  ( $p < .001$ ) a révélé la présence de deux scores extrêmes au niveau des coûts aux autres organismes (somme des coûts des différents services communautaires, frais médicaux et autres services gouvernementaux et institutionnels utilisés) et les coûts globaux (ensemble des coûts à la société: coûts à l'agence, aux autres organismes, à la famille et aux clients), qui s'expliquent par les nombreuses hospitalisations de deux de nos participants, et un score extrême au niveau de la contribution du client, soulignant ici les revenus d'emploi qui sont la source primaire du revenu pour un de nos participants. Des scores extrêmes ont aussi été remarqués en ce qui a trait aux coûts à la famille. Ceci reflète l'implication active de seulement quelques familles ( $n=9$ ) dans le quotidien de leur enfant adulte. Nous avons aussi remarqué la présence de plusieurs scores extrêmes pour les variables concernant le nombre de déménagements, que ce soit pour la

période de neuf mois précédant l'entrée dans l'étude ou la période de neuf mois suivant l'entrée dans l'étude. Ceci est principalement dû au fait que 92% (n=82) des participants ont déménagé entre 0 et 4 fois avant le T<sup>1</sup>, tandis que les 8% restant (n=7) ont connu entre 7 et 10 déménagements. Des données similaires ont été rencontrées au Suivi 1 où 95.5% (n=84) des individus ont changé d'adresse entre 0 et 4 fois, tandis que le 4.5% restant (n=4) a rapporté entre 5 et 8 changements d'adresse.

Afin de conserver les données dans un échantillon déjà relativement petit, tout en respectant la nature extrême de certaines d'entre elles, qui sont en fait très représentatives de la réalité de la population étudiée, nous avons d'abord, suivant les recommandations de Tabachnick & Fidell (1996), recodifié les valeurs extrêmes avec un score standardisé, situé à  $\pm 3.67$  unités de la grande moyenne. Les variables ainsi transformées ont ensuite été soumises à une inspection de la symétrie (positive/négative), de la modalité (nombre de sommets majeurs) de la voussure ("kurtosis") (concentration relative de scores) ainsi que des représentations graphiques telles les histogrammes de fréquences et nuages de points des résidus ("résidual Scatterplots"). Il a été ainsi démontré que même après recodification les variables ne rencontraient pas les postulats de normalité, de linéarité et d'homocédasticité. . Des modalités de transformation ont alors été utilisées afin de combler cette lacune. L'examen des nuages de points des résidus a toutefois révélé qu'après transformation, même lorsque les postulats de normalité et de linéarité étaient rencontrés, celui de l'homocédasticité ne l'était pas. Cependant, comme le mentionne Tabachnick et Fidell (1996) l'absence d'homocédasticité n'invalide pas les analyses, mais rend les inférences statistiques moins robuste.

Ainsi, les variables de coûts aux autres organismes et la contribution du client ont été transformées avec succès à partir du calcul de la racine carré, et les coûts globaux selon la transformation logarithmique ( $\log_{10}$ ). De cette façon la valeur symétrique des courbes pour ces variables s'est rapprochée de façon satisfaisante de la ligne normalité, c'est-à-dire le plus près possible de 0.

Aucune des transformations statistiques n'a permis d'amener les variables reliées aux coûts à la famille, aux frais médicaux, ainsi qu'au nombre de changement d'adresse, de se rapprocher de la distribution normale, violant ainsi le postulat de normalité. Aussi, toujours en suivant les recommandations de Tabachnick & Fidell (1996) nous avons converti ces variables continues en variables dichotomiques, afin de pouvoir conserver la robustesse des inférences statistiques. De cette façon, trois variables dichotomiques ont donc été créées pour représenter les coûts à la famille et quatre variables factices pour les frais médicaux. Nous avons choisi de conserver les données brutes pour le nombre de changement d'adresse puisque cette variable sera utilisée comme variable dépendante lors de la vérification de l'hypothèse et qu'une seule variable peut alors être utilisée. Pour préserver la constance des analyses, bien que nous réalisons que cette variable n'est pas conforme au postulat de normalité et que nous devons en tenir compte dans l'interprétation des résultats, nous utiliserons les données brutes pour les deux variables de changements d'adresse (Temps 1 et Suivi 1) pour chacune des analyses de régression dans lesquelles elles sont impliquées puisqu'elles reflètent bien la réalité de nos participants et la grande variabilité à l'intérieur de l'échantillon à ce niveau.

## 2. Propriétés des échelles de mesure

Des informations descriptives des échelles de mesure utilisées dans nos analyses, incluant les moyennes, les écarts-types et le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) sont présentées dans le Tableau 2. Les coefficients Alpha de Cronbach varient de .73 à .92, ce qui souligne la bonne cohérence interne des échelles de mesure utilisées.

## 3. Analyses statistiques

L'analyse des données s'est déroulée en trois grandes étapes, à l'aide du logiciel SPSS . Dans un premier temps, des analyses préliminaires exploratoires ont été effectuées afin de répondre à notre première question de recherche, à savoir: Qu'en coûte-t-il, par jour, pour soutenir dans la communauté une personne sans abri qui a une histoire d'itinérance et qui souffre de problèmes de santé mentale grave? Afin de répondre à cette question, des analyses statistiques descriptives ont été effectuées sur les variables de coûts. Les données brutes, variables continues, ont été utilisées.

Les analyses préliminaires incluaient aussi des analyses de corrélation bivariées entre toutes les variables impliquées dans nos hypothèses. Pour ces analyses, lorsque les variables impliquées avaient dû être transformées pour respecter le postulat de normalité, ces dernières ont été utilisées afin de renforcer la robustesse des analyses. De plus, pour les variables représentant les <changements> survenus entre le Temps 1 et le Suivi 1, les scores résiduels ont été calculés au lieu d'une simple différence entre les scores ( $Y - X$ ) (où X est le score au pré-test et Y le score au post-test). L'utilisation des scores résiduels comme scores de changements entre deux temps de mesure ( $Y - \hat{Y}$ ) où  $\hat{Y}$  est le score du Suivi 1 prédit de façon

Tableau 2

Information descriptives des échelles de mesure utilisées dans les analyses

Échelle	<u>N</u>	Nombre d'items	Étendue potentielle des scores	Étendue obtenue	<u>M</u>	<u>SD</u>	Alpha de Cronbach
Brief Symptoms Inventory (BSI) T <sub>1</sub>	85	15	15 - 75	16 - 71	40.31	13.49	.90
Brief Symptoms Inventory (BSI) Suivi <sub>1</sub>	87	15	15 - 60	15 - 72	37.90	13.73	.92
Multnomah Community Ability Scale (MCAS) T <sub>1</sub>	89	17	17 - 85	26 - 69	51.49	8.27	.73
Multnomah Community Ability Scale (MCAS) Suivi <sub>1</sub>	87	17	17 - 85	34 - 82	60.52	10.31	.85
Satisfaction With Life (SWL) T <sub>1</sub>	84	5	5 - 35	5 - 32	14.35	7.53	.84
Satisfaction With Life (SWL) Suivi <sub>1</sub>	89	5	5 - 35	5 - 35	15.46	8.10	.88

linéaire (Williams et Zimmerman, 1983) est la technique alternative la plus couramment utilisée. Notre choix s'est porté sur ce type de calcul, en nous référant à l'arbre décisionnel présenté par Zumbo (1992). Ce processus de décision s'applique uniquement dans les cas où la corrélation pré (T 1) et post (Suivi 1) est positive, ce qui est le cas de chacune des variables de changement. Une copie des étapes de décision est annexé au présent document (Annexe E). Étant donné qu'il n'y a aucune différence significative entre les écarts-types des variables au Temps 1 et au Suivi 1, les conditions sont rencontrées et le score résiduel de différence est utilisé.

Les analyses corrélationnelles ont été effectuées avec les variables transformées et non transformées, avec scores résiduels et scores simples de différence. Comme certaines différences existaient entre les analyses, nous avons conservé les analyses faites avec les scores transformés et les scores résiduels (Tabachnick et Fidell, 1996).

Dans un deuxième temps, des analyses de régression multiple ont été entreprises dans le but de vérifier les hypothèses et les questions de recherche spécifiques à cette étude. La puissance statistique étant grandement influencée par l'étendue de l'échantillon et nombre de variables utilisées pour les analyses, nous avons utilisé l'équation suivante, proposée par Green (1991) (cité dans Tabachnick et Fidell, 1996, p. 133) afin de vérifier le nombre de cas nécessaire pour conduire nos analyses de régression avec prédicteurs individuels:  $N \geq 104 + m$ , ( $m$  = nombre de variables), pour obtenir, avec un alpha de .05 et une puissance approximative de .80, pour un effet moyen dans la relation entre les variables indépendantes et dépendantes. Ainsi, pour un effet moyen, nous avons besoin de  $104 + 3 = 107$  sujets. Avec un échantillon de 90, nous sommes assez près d'un tel effet.

Pour nos analyses, nous avons utilisé les variables recodifiées (variables dont les scores ont été ramenées à trois écarts-types de la moyenne et variables factices) et transformées (racine carré et logarithmique) et par la suite avec les variables avec les scores bruts. Si les deux analyses donnaient des résultats similaires, seules les analyses avec les variables non transformées sont présentées (Tabachnick et Fidell, 1996).

Dans un dernier temps, des analyses de régression multiples ont été effectuées à titre exploratoire afin de répondre à de nouvelles questions de recherche (post hoc) suscitées par les résultats des analyses précédentes.

De façon générale, un indice de signification alpha de .05 a été adopté. Toutefois, afin d'éviter les erreurs de Type 1, le niveau de signification alpha pour les mesures avec plus d'une analyse a été corrigé en utilisant la méthode de correction Bonferroni (Tabachnick et Fidell, 1996). Pour ce faire, l'indice de signification alpha a été ajusté en fonction du nombre d'analyses effectuées à l'intérieur de chaque hypothèse. ( $\text{Alpha} = .05/p$ ,  $p = \text{nombre d'analyses effectuées pour vérifier l'hypothèse}$ ).

#### 4. Analyses descriptives et corrélationnelles

##### 4.1 Analyses descriptives

Le Tableau 3 présente les moyennes, les écarts-types, le pourcentage des coûts par rapport à l'ensemble des coûts des services, les étendues et les médianes des variables de coûts. Avec la grande variabilité des résultats, le caractère statistique des médianes a une importance toute particulière. Les coûts ont été regroupés de façon à représenter les cinq domaines décrits précédemment: (1) les coûts à l'agence (CA), (2) les coûts aux autres organismes (organismes

Tableau 3

**Moyennes et écarts-type et pourcentages pour les variables de coûts (coûts pour ACSM, société, famille/amis, clients, contribution du client et coûts globaux) durant une période de 9 mois, ainsi que les moyennes et écarts-types des variables de fonctionnement (MCAS), de symptômes (BSI, BPRS) et de satisfaction avec la vie (SWL). (N=90)**

	<u>M</u>	<u>E-T</u>	%	Étendue	Mediane
Coûts pour ACSM	2358.49	1359.43	9.2	378-6526	2598.16
Coûts pour les autres organismes	16617.95	15649.44	64.5	0 - 81972	11693.38
- soins médicaux (hôpital, urgence, ambulance, médicaments)	7900.35	13458.74	30.7	0 - 73083	2508.88
- visites chez le psychiatre	530.07	881.23	2.1	0 - 5632	213.05
- visites chez autres professionnels	864.21	1284.29	3.4	0 - 7307	342.70
- services communautaires utilisés	2784.76	4601.90	10.8	0 - 20020	812.42
- services légaux utilisés (avocats, pénitencier, agents de probation)	250.36	813.04	1.1	0 - 6340	.00
- éducation	202.08	803.45	1.1	0 - 4145	.00
- bourses et subventions additionnelles	49.98	218.84	0.1	0 - 1500	.00
- subventions au logement (gouv. de l'Ontario)	3303.47	3432.43	12.8	0 - 11907	2994.75
- services de soins à domicile	58.45	375.95	0.2	0 - 3414	.00
Coûts à la famille /amis	303.90	1106.44	1.2	0 - 9322	.00
Coûts aux clients	7087.65	2272.35	27.5	0 - 12870	8203.50
- Paiement de transfert : Ontario au travail	692.40	1747.92	2.7	0 - 9477	.00
pension d'invalidité (Ontario)	5499.40	3516.40	21.4	0 - 12870	6885.00
pension d'invalidité (Canada)	629.30	1787.26	2.5	0 - 10350	.00
- GST	192.83	120.26	0.7	0 - 267	267.00
Contribution des clients (bénévolat + revenu d'emploi)	621.91	1525.87	2.4	0 - 9520	.00
Coûts globaux (ACSM + société + famille+ clients –contrib.des clients)	25745.42	15886.66	1.0	5280 - 94403	20475.69
Scores au moment de l'entrée dans l'étude:					
BSI (à l'entrée)	40.31	13.49		16 - 71	40.00
MCAS (à l'entrée)	51.49	8.27		26 - 69	52.00
SWL (à l'entrée)	14.35	7.53		5 - 32	14.00
Score neuf mois après l'entrée dans l'étude:					
BSI	37.90	13.73		15 - 72	35.00
MCAS	60.52	10.31		34 - 82	61.00
SWL	15.46	8.10		5 - 35	14.00
Nombre de déménagements (9 mois avant T1)	2.12	2.06		0 - 10	2.00
Nombre de déménagements (entre T1 et Suivi 1)	.89	1.56		0 - 8	.00

autres que l'agence et professionnels) (CAO), (3) les coûts aux familles/amis (CF), (4) les coûts aux clients (coûts de transfert ainsi que la TPS) (CC), ainsi que (5) la participation sociale des clients (PC). Afin d'obtenir les coûts globaux (coûts à la société) (CG) des services reçus par chacun de nos participants pendant leurs neuf premiers mois dans l'étude, le calcul suivant a été effectué, à partir des moyennes de chaque catégorie:  $CG = CA + CS + CF + CC - PC$ .

Les résultats démontrent une très grande variabilité à l'intérieur de chacun des domaines étudiés. Les distributions de coûts présentent une forme asymétrique positive (étalée vers la gauche) parce que les clients avec les coûts élevés dans les différents domaines se situent dans la minorité. Les coefficients de variation ( $CV = \text{écart-type} / \text{moyenne}$ ) présentées au Tableau 4 reflètent la grande variabilité dans les distributions des coûts dans les différents domaines. On note que les coûts à la famille, ainsi que la contribution des clients à la société (travail et bénévolat) sont les domaines où la variabilité est plus élevée.

Concrètement, pour la période de 9 mois visée par l'étude, les coûts à l'agence se situent entre \$378.00 et \$6526.00. Les coûts à l'agence sont la somme des valeurs constantes représentant les coûts d'opération pour chacun des deux groupes (\$378. pour le groupe de services usuels et \$1008. pour soutien communautaire intensif) et des heures de contact direct avec le client. Il est toutefois important de souligner que les coûts que nous rapportons avoir été encourus par l'agence sous-estiment probablement les coûts réels du soutien communautaire puisque les salaires des intervenants sont inférieurs à ceux des intervenants en milieu hospitalier, par exemple, et que les dépenses des intervenants (voyages, repas aux clients, etc) ne sont que partiellement remboursées par l'agence.

**Tableau 4**

**Coefficients de variation des variables reliées aux coûts des services utilisés par les participants (N=90)**

<b>Variables</b>	<b>Coefficient de variation</b>
<b>Coûts aux familles / amis</b>	<b>3.64</b>
<b>Contribution des clients</b>	<b>2.45</b>
<b>Coûts aux autres organismes</b>	<b>0.94</b>
<b>Coûts globaux (coûts totaux à la société)</b>	<b>0.62</b>
<b>Coûts à l'ACSM</b>	<b>0.58</b>

Les coûts globaux (coûts à la société) de l'ensemble des services de soins et de maintien dans la communauté d'une personne adulte sans domicile fixe et souffrant de maladie mentale grave se situent entre \$5280.00 et \$94,402.00 pour une période de 9 mois (années 1999-2001), soit une moyenne d'environ \$34,713.11 par année ou \$95.10 par jour, par client. Les coûts reliés aux soins médicaux, qui représentent 47.5% des coûts aux autres organismes, suivis des coûts des subventions au logement (19.8%) et des services communautaires (16.8%), sont les coûts les plus élevés et totalisent 84.1% des coûts aux autres organismes, soit 54.3% des coûts globaux.

Le Tableau 3 présente aussi les scores obtenus par nos participants aux mesures de symptomatologie (BSI), de fonctionnement (MCAS) et de satisfaction avec la vie (SWL), ainsi que le nombre de changements d'adresse (déménagements). Les analyses de test  $t$  sur échantillon apparié (Tableau 5) révèlent des changements positifs et significatifs après 9 mois aux mesures de symptômes (BSI), de fonctionnement (MCAS) ainsi qu'au niveau des changements d'adresse. Ainsi, on note une diminution de la symptomatologie et une augmentation du niveau de fonctionnement après une période de neuf mois dans le programme de soutien communautaire. Toutefois, même si les individus ont rapporté, en moyenne, un plus haut niveau de satisfaction avec la vie après neuf mois dans l'étude, cette hausse n'est pas significative. On remarque aussi une diminution significative du nombre de déménagements lorsque l'on compare les changements d'adresse durant les neuf mois précédant l'entrée dans l'étude et les neuf mois suivants.

Les analyses descriptives ont aussi été effectuées séparément pour les deux groupes (i.e. groupe de soutien communautaire intensif et le groupe recevant les services usuels). Le Tableau 6 compare les scores moyens aux mesures BSI, MCAS et SWL, ainsi que le nombre moyen de

Tableau 5

Comparaison entre les deux temps de données (T1 et Suivi 1) pour les mesures de la symptomatologie (BSI), du fonctionnement (MCAS), de la satisfaction avec la vie (SWL), ainsi que pour le nombre de déménagements (N=90)

Variable	T1		T2		t	dl	p
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>			
BSI	40.31	13.48	37.90	13.79	2.29	84	.025
MCAS	51.49	8.27	60.52	10.31	-6.43	85	.000
SWL	14.35	7.53	15.46	8.10	-1.28	88	.203
Déménagements	2.12	2.06	.89	1.56	4.97	86	.000

Note. ET = écart-type ; dl = degrés de liberté ; t = test t de la différence entre deux moyennes.

Tableau 6

**Moyenne et écarts-types pour les variables de coûts et des variables de fonctionnement (MCAS), de symptômes (BSI), de satisfaction avec la vie (SWL) et le nombre de déménagements durant une période de 9 mois pour chacun des sous-groupes de l'échantillon.**

	Groupe A <sup>1</sup> (N=49)		Groupe B <sup>2</sup> (N= 41)		Test-t
	M	E-T	M	E-T	
Coûts pour l'ACSM	3215.56	997.45	1334.17	970.93	-9.02**
Coûts pour les autres organismes	18322.96	16661.23	14580.27	14282.16	-1.13
- Services de soins	9306.21	12481.99	8675.76	12492.79	-0.23
- Services communautaires	4005.94	5424.41	2446.78	4417.25	-1.47
- Subventions gouvernementales	4064.15	3684.37	2504.08	3029.54	-2.16*
Coûts à la famille	203.99	612.72	423.32	1498.84	.93
Coûts aux clients	7302.67	2157.08	6829.25	2404.22	-0.98
- Ontario au travail	728.27	1682.53	649.54	1843.18	-0.21
- Pension d'invalidité de l'Ontario	5710.59	3591.11	5247.00	3452.10	-0.62
- Pension d'invalidité du Canada	642.67	1939.33	613.32	1610.49	-0.07
- GST	207.06	112.56	175.83	128.18	-1.23
Contribution des clients (Bénévolat + revenu d'emploi)	733.45	1781.79	488.62	1156.40	-0.75
Coûts à la société (coûts globaux) (ACSM + autres organismes + famille + clients + contr. des clients)	28311.63	17305.76	22678.37	13581.68	-1.69
Scores au Temps 1:					
BSI	42.36	14.25	38.01	12.35	-1.52
MCAS	51.29	8.84	51.73	7.66	0.24
SWL	14.46	14.00	14.22	7.73	-0.14
Scores au Suivi 1 (9 mois après l'entrée)					
BSI	36.16	14.16	40.07	13.02	1.33
MCAS	60.68	10.03	60.33	10.77	-0.15
SWL	16.51	8.45	14.20	7.56	-1.35
Déménagements (9 mois avant T1)	2.02	2.08	2.24	2.05	0.50
Déménagements (entre T1 et Suivi 1)	.92	1.51	.85	1.63	-0.19

\*  $p < .05$       \*\*  $p < .001$

<sup>1</sup> Groupe de suivi communautaire intensif

<sup>2</sup> Groupe de services usuels

déménagements entre les deux temps de données. Dans l'ensemble, ces résultats sont sensiblement les mêmes pour le groupe de soutien communautaire intensif et le groupe recevant les services usuels dans la communauté. Nous remarquons toutefois une différence significative ( $p < .001$ ) au niveau des coûts à l'agence, reflétant bien la différence dans les montants des constantes (montants fixes) établis au départ pour chacun des deux groupes, soit \$378. par participant pour le groupe régulier et \$1008. pour le groupe de soutien intensif.

On note aussi que les subventions gouvernementales (subvention au logement, à l'éducation) sont significativement plus élevées pour le groupe de soutien communautaire intensif que pour le groupe de services usuels ( $p < .05$ ).

#### 4.2 Analyses corrélationnelles

Une matrice corrélacionnelle des variables démographiques (âge et sexe), des variables de coûts (coûts à l'agence, coûts à la société, coûts reliés aux soins médicaux, coûts à la famille, coûts aux clients et coûts globaux) et d'efficacité (symptômes, fonctionnement et satisfaction avec la vie), est présentée au Tableau 7. Même si les coûts rattachés aux soins médicaux (visites à l'urgence, frais d'hospitalisation, ambulance et médicaments) sont inclus dans les coûts à la société, ils sont aussi présentés puisqu'ils représentent plus de la moitié des coûts à la société.

Des corrélations négatives significatives ont été trouvées entre l'âge et les scores au BSI au T1,  $r(87) = -.24, p < .05$ , ainsi que l'âge et le nombre de déménagements pendant la période de neuf mois avant l'entrée dans l'étude,  $r(89) = -.30, p < .001$ .; les clients plus jeunes ont rapporté plus de symptômes de détresse au moment de l'entrée dans l'étude que les clients plus âgés, ainsi qu'une plus grande fréquence de déménagements durant les neuf mois précédant leur entrée dans

**Tableau 7**  
**Intercorrélations entre les variables. (N=90)**

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Âge	---	-.26*	-.10	-.03	.02	-.21	.39**	.01	-.24*	-.13	.13	-.30**	.13	-.06	-.15	-.38
2. Sexe <sup>a</sup>	--	--	.03	.01	-.02	.07	-.15	-.00	.14	.34**	-.13	.03	.02	.10	-.03	-.03
3. \$ CMHA	--	--	--	.15	.07	-.19	.09	.22*	.18	-.03	-.02	.06	-.18	-.21	.16	.03
4. \$ Autres organismes	--	--	--	--	.75**	-.14	-.09	.90**	.19	-.16	.08	.09	-.06	-.01	.01	-.09
5. \$ Soins médicaux	--	--	--	--	--	-.01	-.00	.74**	.10	-.22**	-.04	.04	.07	.06	-.13	-.10
6. \$ famille/amis	--	--	--	--	--	--	-.05	.08	.04	-.01	.09	-.00	-.07	.04	-.10	.09
7. \$ clients	--	--	--	--	--	--	--	.15	-.01	-.09	-.02	-.19	.03	-.08	.04	.14
8. Coûts globaux--	--	--	--	--	--	--	--	--	.21	-.20	-.07	.30	.03	-.07	-.01	.01.
9. Scores BSI <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.25*	-.34**	.03	.03	.00	-.04	-.10
10. Scores MCAS <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.11	.03	.03	.00	.06	-.06
11. Scores SWL <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.12	-.10	.00	.00	-.01
12. Déménagements <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.15	.02	-.03	.00
13. Changement BSI <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.13	-.28	.00
14. Changement MCAS <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.09	-.31**
15. Changement SWL <sup>2</sup> --	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.02
16. Déménagements <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\* p < .05 \*\* p < .01 <sup>1</sup> Scores à l'entrée dans le programme (T1) <sup>2</sup> Changement (scores résiduels) observé entre T1 et Suivi 1 <sup>a</sup> sexe: 0=masculin 1=féminin

le programme. Une corrélation positive significative est observée entre l'âge des participants et les coûts absorbés par les clients (paiements de transfert),  $r(90) = .39, p < .001$ , indiquant que les clients plus âgés reçoivent des pensions gouvernementales plus élevées.

Les coûts des soins médicaux sont négativement corrélés avec les scores du MCAS au Temps 1,  $r(90) = -.22, p < .05$ , indiquant que plus le fonctionnement est pauvre, plus un client recevra de soins médicaux.

Une corrélation négative significative est observée entre les scores au BSI (symptômes de détresse) et le MCAS (fonctionnement) [ $r(87) = -.25, p < .05$ ] ainsi qu'avec la mesure de satisfaction face à la vie à l'entrée dans le programme,  $r(89) = -.34, p < .001$ , indiquant que plus un client rapporte la présence de symptômes psychiatriques, moins il fonctionne dans sa vie quotidienne et moins il est satisfait de sa vie.

Nous remarquons aussi une association négative significative entre les scores de changement (scores résiduels) au niveau de fonctionnement (MCAS) et les scores de changement en ce qui concerne le nombre de déménagements entre le T1 et le Suivi 1 durant les neuf premiers mois dans l'étude,  $r(90) = -.31, p < .001$ . Ainsi, une moindre fréquence de déménagements au cours des neuf mois suivant l'entrée dans l'étude est associée à une amélioration du fonctionnement.

Des analyses corrélationnelles ont aussi été conduites pour les sous-groupes séparément. Les Tableaux 8 et 9 présentent les matrices corrélationnelles correspondantes. Pour les deux groupes nous remarquons que les participants plus âgés reçoivent significativement plus de bénéfices sociaux que les plus jeunes, le niveau de signification étant toutefois plus élevé pour le groupe de soutien communautaire intensif [ $r(49) = .44, p < .001$ ] que pour le groupe recevant des

**Tableau 8**  
**Intercorrélations entre les variables pour les participants du groupe du suivi communautaire intensif. (N=49)**

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Âge	---	-.25	-.08	.08	.20	.39	.44**	.12	-.14	-.28	.04	-.28	-.07	.05	-.22	-.10
2. Sexe	--	--	-.09	-.03	-.06	-.16	-.19	-.07	.17	.31*	-.14	-.03	-.08	.16	-.11	-.12
3. \$ CMHA	--	--	--	.07	-.05	-.32	.02	.16	.01	-.15	-.19	-.24	.03	-.03	-.00	-.05
4. \$ Société	--	--	--	--	.70**	-.09	.10	.84**	.12	-.26	-.24	-.15	-.19	-.08	.00	-.01
5. \$ Soins médicaux	--	--	--	--	--	.00	.13	.73**	.17	-.24	-.24	.06	-.02	-.01	-.08	.14
6. \$ famille/amis	--	--	--	--	--	--	-.15	-.02	.09	.13	.12	.25	.24	-.47	-.40	.23
7. \$ clients	--	--	--	--	--	--	--	.36*	-.05	-.22	.13	-.02	-.05	.05	-.06	.07
8. Coûts globaux--	--	--	--	--	--	--	--	--	.13	-.32*	-.19	-.11	-.13	-.08	-.01	.11.
9. Scores BSI <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.31*	-.27	-.17	.06	-.20	-.11	.14
10. Scores MCAS <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.31*	-.16	.01	.12	.01	-.02
11. Scores SWL <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.18	-.10	-.03	.10	.19
12. Déménagements <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.14	-.04	-.04	-.03
13. Changement BSI <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.26	-.35*	-.01
14. Changement MCAS <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.09	-.33*
15. Changement SWL <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.12
16. Déménagements <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\* p<.05 \*\* p<.01<sup>1</sup> Scores à l'entrée dans le programme (T1) <sup>2</sup> Changement (scores résiduels) observé entre T1 et Suivi 1<sup>a</sup> sexe : 0= masculin 1=féminin

**Tableau 9**  
**Intercorrélations entre les variables pour les participants du groupe recevant les services usuels (N=41)**

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Âge	---	-.28	-.02	-.13	-.16	-.36	.36*	-.09	-.32*	.06	.23	.24	.27	-.19	-.03	.12
2. Sexe	--	--	.12	.09	.03	.31	-.09	.09	.13	.40*	-.12	.08	.12	.05	.06	-.15
3. \$ CMHA	--	--	--	.02	-.06	-.16	.01	.07	.22	.16	.12	.09	.18	-.56**	.17	.08
4. \$ Société	--	--	--	--	.82**	.05	-.33*	.96**	.23	-.02	.10	-.08	.23	.08	-.05	-.20
5. \$ Soins médicaux	--	--	--	--	--	.29	-.36*	.74**	.17	-.11	.13	-.16	.11	.22	-.18	-.29
6. \$ famille/amis	--	--	--	--	--	--	-.13	.09	.01	.16	-.26	.03	-.15	.53	-.26	.29
7. \$ clients	--	--	--	--	--	--	--	-.12	-.01	.06	-.18	.26	.19	-.21	-.06	.21
8. Coûts globaux--	--	--	--	--	--	--	--	--	.25	-.03	.08	-.04	.24	-.06	-.09	-.14
9. Scores BSI <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.17	-.44**	-.16	.07	-.12	-.02	.05
10. Scores MCAS <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.16	-.03	.06	.16	.14	-.10
11. Scores SWL <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.10	-.10	.04	-.12	-.24
12. Déménagements <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.34*	-.05	.29	.04
13. Changement BSI <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.13	-.09	.05
14. Changement MCAS <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.08	-.28
15. Changement SWL <sup>2</sup> --	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.11
16. Déménagements <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\* p<.05 \*\* p<.01 <sup>1</sup> Scores à l'entrée dans le programme (T1) <sup>2</sup> Changement (scores résiduels) observé entre T1 et Suivi 1 \* sexe : 0= masculin 1=féminin

services usuels dans la communauté [ $r(41) = .36, p < .05$ ].

Les participants de sexe féminin des deux groupes avaient des niveaux de fonctionnement (MCAS) significativement supérieurs à celui des hommes [ $r(49) = .31, p < .05$ ;  $r(41) = .40, p < .05$ ] au moment de l'entrée dans l'étude.

Au Tableau 8, nous voyons que pour les participants du groupe de suivi communautaire intensif, plus les scores au MCAS (Temps 1) sont élevés, plus les coûts globaux sont faibles [ $r(49) = -.32, p < .05$ ]. Ainsi, plus une personne fonctionnait bien dans la société au point de départ, moins elle a utilisé de services communautaires ou autres au cours des neuf mois suivant son entrée dans l'étude.

Nous remarquons aussi que plus les participants du groupe de soutien communautaire intensif avaient un niveau de fonctionnement élevé à l'entrée dans l'étude, plus leurs scores au BSI étaient bas [ $r(49) = -.31, p < .05$ ]. Donc, moins une personne présentait de symptômes de détresse psychologique au début de l'étude, plus son fonctionnement était élevé. De plus, plus son niveau de fonctionnement était élevé, plus elle rapportait de satisfaction face à sa vie [ $r(49) = .31, p < .05$ ].

Les participants du groupe de soutien communautaire intensif ont aussi rapporté significativement plus de changements positifs au niveau de leur satisfaction avec la vie lorsqu'il y avait plus des changements positifs au niveau de leurs symptômes de détresse [ $r(49) = -.35, p < .05$ ].

Nous remarquons aussi une corrélation négative significative entre les changements au niveau du nombre de déménagements et les changements au niveau du fonctionnement entre le

Temps 1 et le Suivi 1 [ $r(49) = -.33, p < .05$ ]. Un score négatif pour les changements (Suivi 1 moins Temps 1) au niveau du nombre de déménagements signifie qu'il y a une diminution dans le nombre de déménagements, donc une augmentation de la stabilité résidentielle. Ainsi, un score négatif représente un changement positif. À partir de ces résultats, nous pouvons donc dire que pour les participants du groupe de soutien communautaire intensif, plus une personne a amélioré son niveau de fonctionnement durant la période de neuf mois suivant son entrée dans l'étude, plus elle devenait stable au niveau résidentiel.

En ce qui a trait au groupe des services usuels (Tableau 9), une corrélation négative significative existe entre les changements aux scores du MCAS et les coûts à l'ACSM [ $r(41) = -.56, p < .001$ ], suggérant que plus une personne a amélioré son niveau de fonctionnement, moins elle utilisait les services de l'agence.

Nous remarquons aussi pour ce même groupe de participants une corrélation négative significative entre leur degré de satisfaction face à la vie et leur niveau de symptômes de détresse [ $r(41) = -.44, p < .001$ ]. Ainsi, moins ces participants avaient de symptômes de détresse à l'entrée dans l'étude, plus ils se disaient satisfaits de leur vie.

Une corrélation positive significative existe aussi entre le nombre de déménagements dans les neuf mois précédant l'entrée dans l'étude et le niveau de détresse psychologique au Temps 1 [ $r(41) = .34, p < .05$ ], suggérant que plus une personne du groupe des services usuels déménage souvent, plus elle rapportait de symptômes de détresse à l'entrée dans l'étude.

Nos analyses corrélationnelles n'ont montré aucune relation significative entre les coûts globaux et les besoins (fonctionnement, satisfaction avec la vie et instabilité résidentielle) à

l'entrée dans le programme, que l'on considère l'ensemble de l'échantillon ou les sous-groupes de traitement . Ainsi, l'étendue des besoins ne se présente pas comme un facteur d'influence sur les coûts de l'ensemble des services offert par la société.

### 5. Vérification des hypothèses et questions de recherche

Notre première question de recherche était exploratoire et nous y avons répondu à l'aide des analyses descriptives qui ont été présentées plus tôt. Nos deux autres questions étaient reliées à la capacité de prédire les coûts à partir de certains besoins spécifiques identifiés au moment de l'entrée dans l'étude, ainsi que la capacité des coûts rattachés aux services reçus pendant une période de neuf mois de prédire les changements positifs rapportés au Suivi 1 au niveau de ces mêmes besoins.

#### 5.1 Prédiction des coûts à partir des besoins

Plus précisément, notre objectif était de déterminer si, après avoir contrôlé l'impact que peut avoir l'âge, le genre et la symptomatologie psychiatrique, les besoins (a) au niveau du fonctionnement, (b) de la stabilité résidentielle et (c) de la satisfaction avec la vie au Temps<sub>1</sub>, peuvent prédire les coûts globaux des services de soins. Cette question engendre trois hypothèses.

Lors de la vérification de chacune de ces trois hypothèses (ou sous-hypothèses) à l'aide de l'analyse de régression séquentielle, les co-variables (âge, genre, symptômes) ont été entrées en bloc dans un premier temps afin d'éliminer au départ l'impact qu'elles pourraient avoir sur la relation entre les besoins et les coûts. Les variables indépendantes (fonctionnement / stabilité résidentielle / satisfaction avec la vie), ont été introduites dans le modèle dans un deuxième bloc, à

l'intérieur d'analyses individuelles. Le niveau de signification alpha a été établi à .0166 (.05 / 3).

**5.1.1 Hypothèse 1.** Cette première hypothèse prédisait que plus l'individu aurait de carence au niveau de son fonctionnement, plus les coûts globaux seraient élevés. Les résultats de l'analyse de régression séquentielle n'ont révélé aucune relation significative entre le fonctionnement, tel que mesuré par le MCAS, et les coûts globaux des services reçus par nos participants [ $sr^2_{inc} = .01$ ;  $F(4,82) = 1.17$ ,  $p > .0166$ ]. Le Tableau 10 rapporte les corrélations entre les variables, les coefficients non standardisés (B) et standardisés ( $\beta$ ), ainsi que les valeurs incrémentielles ( $sr^2$ ).

Donc, contrairement à notre hypothèse, l'étendue de leur besoin d'aide pour fonctionner dans la communauté ne constitue pas une variable prédictive significative des coûts globaux des services reçus par nos participants durant une période de neuf mois.

**5.1.2 Hypothèse 2.** Cette deuxième hypothèse prédisait que plus l'individu aurait connu de l'instabilité résidentielle (nombre de changements d'adresse, excluant les séjours à l'hôpital ou établissement correctionnel) dans les neuf mois précédant son entrée dans l'étude, plus élevés en seraient les coûts des services utilisés.

Les résultats de cette régression n'ont révélé aucune relation significative entre le nombre de déménagements dans les neuf mois précédant l'étude et les coûts globaux des services reçus par nos participants [ $sr^2_{inc} = .00$ ;  $F(4,82) = 1.34$ ,  $p > .0166$ ]. Le Tableau 11 rapporte les corrélations entre les variables, les coefficients non standardisés (B) et standardisés ( $\beta$ ), ainsi que les valeurs incrémentielles ( $sr^2$ ). À partir de ces données nous pouvons conclure que, contrairement à ce que nous avons anticipé, l'étendue de l'instabilité résidentielle au cours des neuf mois précédant

Tableau 10

**Résumé de la régression hiérarchique du modèle prédisant les coûts globaux des services reçus à partir des besoins au niveau du fonctionnement (N=90)**

Variables (VI)	Coûts globaux (VD)	Âge	Sexe	BSI	MCAS	B	β	sr <sup>2</sup> (incremental)
1. Âge	-0.00					-1.00	-0.01	
Sexe .01	-0.21					-2.74	-0.06	
BSI	-0.06	-0.28	.03			3.64	.21	.05
2. MCAS	-0.20	-0.02	.31*	.04		-2.89	-.10	.01
						Intercept:	4.20	
<u>M</u>	25,745.42	40.72		40.31	60.52			
<u>ET</u>	15,886.66	10.76		13.48	10.31			
								R <sup>2</sup> = .05
								R <sup>2</sup> ajusté = .01

**Note.** Niveau de signification alpha ajusté à .0166

\* p < .0166

Tableau 11

Résumé de la régression hiérarchique du modèle prédisant les coûts globaux des services reçus à partir des besoins au niveau de la stabilité résidentielle (nombre de changements d'adresse durant les 9 mois précédant l'entrée dans le programme) (N=90)

Variables (VI)	Coûts globaux (VD)	Âge	Sexe	BSI	Changement d'adresse	B	$\beta$	$\Delta r^2$ (incremental)
1. Âge	-.00				-2.09		-.01	
Sexe	.01	-.21					-2.77	-.06
BSI	-.06	.19	.03		3.69	.22		.05
2. Changement d'adresse	.04	-.30**	.08	.20		-2.10	-.02	.00
					Intercept:	4.21		
<u>M</u>	25745.42	40.72		40.31	2.15			
<u>ET</u>	15886.66	10.76		13.48	2.12			
								$R^2 = .05$
								$R^2 \text{ ajusté} = .00$

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0166

\*  $p < .0166$

l'étude ne prédit pas nécessairement qu'une personne recevra plus de services de soins.

5.1.3 Hypothèse 3. Cette hypothèse prédisait que moins l'individu serait satisfait avec la vie au moment de son entrée dans l'étude, plus les coûts globaux moyens seraient élevés à la fin de la première période de 9 mois dans l'étude.

Les résultats de l'analyse de régression séquentielle qui a été utilisée pour vérifier notre hypothèse, n'a révélé aucune relation significative entre la variable de satisfaction avec la vie, telle que mesurée par le SWL et les coûts globaux des services reçus par nos participants [ $sr^2_{inc} = .00$ ;  $F(4,82) = 1.01$ ,  $p > .0166$ ]. Le Tableau 12 rapporte les corrélations entre les variables, les coefficients non standardisés (B) et standardisés ( $\beta$ ), ainsi que les valeurs incrémentielles ( $sr^2$ ). À partir de ces données nous pouvons conclure que nous ne pouvons pas prédire les coûts globaux des services en se basant sur le niveau de satisfaction avec la vie que les clients rapportent au moment de leur entrée dans le programme de suivi communautaire.

En résumé, l'ensemble des résultats de notre deuxième question de recherche démontrent que les besoins des participants en termes de fonctionnement psychosocial, de stabilité résidentielle et de satisfaction avec la vie ne peuvent prédire les coûts de l'ensemble des services disponibles utilisés par des personnes sans domicile fixe (ou à risque de le devenir) qui souffrent de maladie mentale grave.

## 5.2 Prédiction des changements positifs à partir des coûts globaux de services

Nous avons aussi comme objectif d'examiner la capacité des coûts globaux des services à prédire l'amélioration chez nos participants dans trois domaines d'efficacité, plus spécifiquement, au niveau du fonctionnement, de la stabilité résidentielle et de la satisfaction avec la vie.

Tableau 12

**Résumé de la régression hiérarchique du modèle prédisant les coûts globaux des services reçus à partir des besoins au niveau de la satisfaction avec la vie (SWL) (N=90)**

Variables (VI)	Coûts globaux (VD)	Âge	Sexe	BSI	SWL	<u>B</u>	$\beta$	$\underline{sr}^2$ (incremental)
1. Âge	-.00				-1.00	-.01		
Sexe	.01	-.21				-2.74	-.06	
SI	-.06	-.28	.03			3.64	.21	.05
2. SWL	-.056	.16	-.16	-.33*		7.87	.03	.00
					Intercept:	4.19		
<u>M</u>	25745.42	40.72		40.31	15.46			
<u>ET</u>	15886.66	10.76		13.48	8.10			
							$R^2 = .05$	
							$R^2 \text{ ajusté} = .00$	

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0166

\*  $p < .0166$

Comme indiqué dans la section des analyses statistiques, nous avons choisi d'utiliser des scores résiduels comme scores de changement. Pour les analyses qui nous concernent ici, les scores résiduels (changement) agissent en tant que variable dépendante. Le calcul des scores résiduels s'effectue à l'intérieur d'une régression. Aussi, pour les analyses qui vont servir à tester nos hypothèses 4, 5 et 6, les scores obtenus au Suivi 1 deviennent la variable dépendante, et les scores au T 1, sont entrés au premier bloc de l'équation de régression. De cette façon, en contrôlant premièrement la variabilité du T 1, les résidus représentent la variabilité des données au Suivi 1. Pour la vérification de chacune de ces trois hypothèses, les co-variables (âge, genre, symptômes), ainsi que les variables relatives aux besoins lors de l'entrée dans l'étude (fonctionnement, instabilité résidentielle et satisfaction avec la vie) ont été introduites en groupe dans le deuxième bloc afin d'éliminer au départ l'impact qu'elles pourraient avoir sur la relation entre les coûts et les changements. La variable indépendante (coûts globaux) a été introduite dans le modèle dans une troisième étape. Le niveau de signification alpha a été établi à .0166 puisque trois analyses distinctes entrent ici en jeu (.05 /3).

**5.2.1 Hypothèse 4.** Cette hypothèse prédisait que plus les coûts globaux des services de soins seraient élevés plus de changements positifs au niveau du fonctionnement social des participants seraient rapportés après les premiers neuf mois dans le programme de soutien communautaire.

Afin de vérifier cette hypothèse, une analyse de régression séquentielle a été utilisée, selon la procédure décrite plus-haut: la variable MCAS au Temps 1 a été introduite dans un premier bloc, suivie des co-variables au bloc 2 et des coûts (variable endogène) au bloc 3. Les scores au MCAS

à 9 mois ont servi de variable dépendante.

Cette analyse de régression n'a révélé aucune relation significative entre la variable des coûts globaux et les scores de changement (résiduels) au niveau du fonctionnement psychosocial ( $sr^2_{inc} = .00$ ;  $F(7,76) = .642$ ,  $p > .0166$ ). Le Tableau 13 rapporte les corrélations entre les variables, les coefficients non standardisés (B) et standardisés ( $\beta$ ), ainsi que les valeurs incrémentielles ( $sr^2$ ) de cette analyse.

Les résultats révèlent que contrairement à ce que nous anticipions, la globalité des coûts de services n'est pas en mesure de prédire les changements au niveau du fonctionnement psychosocial au cours de la première période de neuf mois dans l'étude, période pour laquelle l'ensemble des coûts a été estimé.

5.2.2 Hypothèse 5. Notre cinquième hypothèse prédisait que plus les coûts globaux des services de soins seraient élevés plus de changements positifs au niveau de la stabilité résidentielle des participants seraient rapportés après les premiers neuf mois dans le programme de soutien communautaire. Plus précisément, nous avons prévu que des coûts plus élevés seraient reliés à une diminution du nombre de déménagements entre le Temps 1 et le Suivi 1.

Les variables ont été introduites dans l'équation de régression selon la même méthode que précédemment, c'est-à-dire que la variable représentant le nombre de changements d'adresse au cours des neuf mois précédant l'entrée dans le programme a été introduite dans le premier bloc, suivi des co-variables dans le deuxième bloc et des coûts globaux dans le troisième bloc. Le nombre de changements d'adresse survenus pendant la période de 9 mois qui a suivi l'entrée dans l'étude, a été utilisée comme variable dépendante.

Tableau 13

Résumé de la régression séquentielle du modèle prédisant les changements au niveau du fonctionnement psychosocial (selon le MCAS) après les neuf premiers mois dans l'étude, à partir des coûts globaux (N=90)

Variables (VI)	MCAS <sub>2</sub> (VD)	1. MCAS <sub>1</sub>	2. Âge	Genre	BSI	Déménagement <sub>1</sub>	SWL <sub>1</sub> , 3. Coûts globaux	B	β	sr <sup>2</sup> (Incrémentielle)
1. MCAS <sub>1</sub>	.08							-7.40	.06	.00
2. Âge	-.01	-.13						-4.26	-.05	
Genre	.06	-.21	-.26					2.48	.12	
BSI	-.16	-.28	.03	.14				-.17	-.23	.05
Déménagement <sub>1</sub>	.10	-.32*	.09	-.07	.04			.18	.04	
SWL <sub>1</sub>	-.00	-.16	-.16	.33*	.12	-.11		-3.53	-.03	
3. Coûts globaux	-.01	-.00	.01	.20	-.20	.06	-.07	-2.94	-.07	.00
Intercept : 84.76										
M	60.52	51.49	40.53	40.31	1.84	14.35	25745.42			
ET	10.31	8.27	11.40	13.48	12.87	7.53	15886.66			
										R <sup>2</sup> = .05
										R <sup>2</sup> ajusté = .01

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0166 \* p < .0166

1 Temps 1      2 Suivi 1

Cette analyse de régression séquentielle n'a révélé aucune relation significative entre la variable des coûts globaux et les scores de changement (résiduels) au niveau de la stabilité résidentielle [ $sr^2_{inc} = .00$ ;  $F(7,77) = 1.11$ ,  $p > .0166$ ]. Le Tableau 14 rapporte les corrélations entre les variables, les coefficients non standardisés (B) et standardisés ( $\beta$ ), ainsi que les valeurs incrémentielles ( $sr^2$ ) de cette analyse. À la lumière de ces résultats nous constatons que contrairement à ce que nous escomptions, l'ensemble des coûts des services utilisés au cours des neuf premiers mois dans l'étude ne prédit aucunement les changements qui auraient pu survenir entre le Temps 1 et le Suivi 1 au niveau de la stabilité résidentielle.

**5.2.3 Hypothèse 6.** Notre dernière hypothèse prédisait que plus les coûts globaux seraient élevés, plus il y aurait de chance que les participants rapportent une plus grande satisfaction avec la vie après avoir reçu 9 mois de services. Plus précisément, nous anticipions que plus les individus utiliseraient de services (coûts globaux plus élevés), plus grande serait leur satisfaction avec la vie au Suivi 1 par rapport à celle qu'ils avaient identifiée au Temps 1.

L'analyse s'est déroulée encore une fois selon la même méthode: les scores de SWL au Temps 1 ont été introduits dans un premier bloc, les co-variables dans le bloc suivant et les coûts dans le troisième bloc. Les scores du SWL à neuf mois constituaient la variable dépendante.

L'examen des résultats de l'analyse de régression séquentielle n'a révélé aucune relation significative entre la variable des coûts globaux et les scores de changement (résiduels) au niveau de la satisfaction avec la vie ( $sr^2_{inc} = .00$ ;  $F(7,79) = 5.806$ ,  $p > .0166$ ). Le Tableau 15 présente les corrélations entre les variables, les coefficients non standardisés (B) et standardisés ( $\beta$ ), ainsi que les valeurs incrémentielles ( $sr^2$ ) de cette analyse. Ces résultats nous permettent de dire que



Tableau 15

Résumé de la régression séquentielle du modèle prédisant les changements au niveau de la satisfaction avec la vie après les neuf premiers mois dans l'étude, à partir des coûts globaux (N=90)

Variables (VI)	SWL <sub>2</sub> (VD)	1. SWL <sub>1</sub>	2. Âge	Genre	BSI	MCAS <sub>1</sub>	Déménagement <sub>1</sub>	3. Coûts globaux	B	β	s <sup>2</sup> (Incrémentielle)
1. SWL <sub>1</sub>	.57*								.60	.55	.32
2. Âge	-.13	.13							-.11	-.16	
Genre	-.01	-.13	-.21						-1.01	-.06	
BSI	-.07	-.34*	-.28	.03					-2.88	-.05	
MCAS <sub>1</sub>	.06	.11	-.02	.31*	-.25				4.88	-.05	.03
Déménagement <sub>1</sub>	-.02	-.12	-.32*	.09	-.07	.04			-.24	-.06	
3. Coûts globaux	.01	.65	-.00	.01	.20	-.20	.04		.55	.02	.00
									Intercept : 8.84		
M	15.46	14.35	40.53	60.52	51.49	1.84	25745.42				
ET	8.10	7.53	11.40	10.31	10.31	12.87	15886.66				
											R <sup>2</sup> = .34
											R <sup>2</sup> ajusté = .28

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0166 \* p < .0166

1 Temps 1 2 Suivi 1

contrairement à notre hypothèse, les coûts globaux des services de soins ne peuvent prédire les changements que nos participants ont pu connaître au niveau de leur satisfaction avec la vie. Donc, les coûts n'ont pas un impact significatif sur l'amélioration de leur satisfaction avec la vie après qu'ils aient reçu neuf mois de services de soutien communautaire.

En résumé, les analyses n'ont pas réussi à détecter d'associations entre les coûts globaux des services de soins communautaire et les changements qui pourraient être observés ou rapportés dans les domaines du fonctionnement, de la stabilité résidentielle et de la satisfaction avec la vie.

### 5.3 Sommaire des analyses

Les analyses de régression séquentielles qui ont été entreprises afin de vérifier nos hypothèses se sont toutes avérées non significatives, rejetant ainsi chacune de nos hypothèses. Nous pouvons ainsi conclure que les coûts globaux des services de soins que nos participants ont reçus durant les premiers neuf mois dans les programmes respectifs auxquels ils ont été assignés, n'étaient pas reliés aux besoins, tels que nous les avons définis (fonctionnement, stabilité résidentielle et satisfaction avec la vie), ni aux changements qui sont survenus pendant la dite période, au niveau de ces mêmes besoins.

### 6. Analyses exploratoires

L'absence de résultats significatifs en ce qui a trait à la relation que les coûts pourraient avoir avec les besoins et les changements rapportés par nos participants suscite d'autres questions de recherches. Les analyses corrélationnelles ayant souligné un lien entre certains coûts [frais médicaux, subventions gouvernementales (coûts aux clients) et coûts à l'ACSM] et le niveau de fonctionnement, nous avons voulu explorer davantage les sous-groupes de coûts.

Dans nos hypothèses nous avons étudié les relations pouvant exister entre les coûts globaux et nos indices de qualité de vie. Nous désirons maintenant répondre à de nouvelles questions:

(1) Est-ce que les besoins, toujours en termes de fonctionnement, de stabilité résidentielle et de satisfaction face à la vie, peuvent prédire certains sous-groupes de coûts, tels les coûts à l'agence, les coûts aux autres organismes, les coûts à la famille, les coûts aux clients (bénéfices sociaux), ainsi que la contribution des clients?

(2) Est-ce que les sous-groupes de coûts peuvent prédire des changements (au Suivi 1) au niveau du fonctionnement, de la stabilité résidentielle et de la satisfaction avec la vie?

La première question est en lien avec la relation besoins-coûts et donne suite aux analyses reliées à notre première hypothèse. Elle vise à vérifier si de plus grands besoins au niveau du fonctionnement psychosocial (scores au MCAS, Temps 1), de la stabilité résidentielle (nombre de déménagements dans la période de neuf mois précédant l'entrée dans l'étude) et de la satisfaction avec la (scores au SWL, Temps 1) sont reliés à des coûts plus élevés dans les cinq catégories des coûts étudiés séparément. L'analyse de régression séquentielle a été utilisée, et tout comme nous l'avons fait lors de la vérification de nos hypothèses, les variables démographiques (âge, genre, symptômes) ont été introduites en bloc dans un premier temps afin d'éliminer au départ l'impact qu'elles pourraient avoir sur la relation entre les besoins et les coûts. Les variables indépendantes (fonctionnement / stabilité résidentielle / satisfaction avec la vie au Temps 1), ont été introduites en groupe dans un deuxième bloc. Cinq analyses ont été effectuées où les coûts (agence, famille, société, clients et contribution du client) devenaient les variables dépendantes dans chacun des modèles de régression. Aussi, nous avons appliqué la correction de Bonferroni et avons établi le

niveau de signification alpha à .01 (.05 /5) afin d'éviter des erreurs de Type 1.

Tous les résultats des analyses de régression se sont avérés non significatifs. Ainsi, les coûts selon les cinq catégories définies, ne peuvent être prédits à partir des besoins identifiés au Temps 1.

Afin de répondre à notre deuxième question, nous avons aussi exploré davantage les relations coûts-efficacité, à l'aide d'analyses supplémentaires reliées à nos Hypothèses 4, 5 et 6 . Plus précisément, nous avons voulu vérifier si (1) les sous-groupes de coûts et /ou (2) nos nouvelles variables de coûts, pouvaient aider à prédire les changements dans les besoins de nos participants après leurs premiers neuf mois dans le programme. Nous voulions ainsi vérifier s'il y avait une relation entre les coûts à l'agence, les coûts aux autres organismes, les coûts à la famille, les coûts au client, ainsi que la contribution du client et, les changements positifs des clients dans trois domaines distincts de leur vie, soit leur fonctionnement psychosocial, leur stabilité résidentielle ou leur satisfaction avec la vie.

Ces analyses additionnelles ont été pratiquées selon la même méthodologie que les analyses de régression séquentielle qui avaient précédemment servies à vérifier nos Hypothèses 4, 5 et 6, c'est à dire que le calcul du score résiduel de régression sert de calcul du changement entre le Suivi 1 et le Temps 1. Aussi, les scores au Temps 1 des variables dont nous avons étudié les changements entre les deux temps de données (MCAS, nombre de changement d'adresse et SWL) ont été introduites au premier bloc, suivi des co-variables au bloc 2 et des variables de coûts dans un troisième temps. Les variables de coûts transformées ainsi que les variables factices qui avaient été précédemment créées, ont été utilisées. Les scores au Suivi 1 des variables de changement ont

été introduits à titre de variables dépendantes. Les changements ont été explorés de façon individuelle, suscitant ainsi trois analyses de régression séquentielle. Le niveau de signification alpha a donc été établi à .01 puisque cinq analyses distinctes entrent ici en jeu (.05 /5).

Les résultats de ces analyses démontrent qu'il n'y a aucune relation significative entre les coûts et les changements de nos participants en ce qui a trait à leur fonctionnement psychosocial, leur stabilité résidentielle et leur satisfaction avec la vie, et ce, qu'il s'agisse des coûts à l'agence, aux autres organismes, à la famille, au client (paiements de transfert) ou de la participation du client.

Étant donné que notre échantillon est composé de deux groupes distincts (groupe de soutien communautaire intensif et groupe recevant les services usuels) et que les analyses corrélationnelles ont déjà souligné certaines différences entre les groupes, une troisième question de recherche est soulevée: est-ce que l'appartenance à un des deux groupes pouvait avoir ou non un impact soit sur les coûts ou sur les changements?

Afin de répondre à cette nouvelle question, deux séries d'analyses de régression séquentielles ont été conduites. Le choix d'utiliser des analyses de régression s'imposait ici puisque nous souhaitons explorer les relations qui pourraient exister entre variables et non pas simplement vérifier la présence d'une différence significative entre les deux groupes, ce qui aurait plutôt nécessité des ANOVA. En fait, nous avons voulu vérifier les mêmes relations que précédemment ( relation besoins-coûts et coûts-changements) à l'exception que cette fois, la variable groupe a été traitée comme l'une des variables indépendantes, puis des interactions entre la variable groupe et chacune des autres variables indépendantes ont été calculées (groupe multiplié

Étude besoins-coûts et coûts -efficacité 100

par chacune des variables de prédiction). Les nouvelles variables ainsi créées ont été entrées dans la régression de façon séquentielle.

Pour les premières analyses, qui se rapportent à la relation besoins-coûts, la variable "coûts globaux" a été traitée comme variable dépendante. L'ordre d'entrée des variables indépendantes était le suivant: dans un premier temps, les co-variables ont été introduites, puis en second lieu, la variable groupe (0 = groupe de services usuels; 1 = groupe de soutien communautaire intensif) a été introduite, suivie de la variable de prédiction (p.ex. le fonctionnement psychosocial) et en dernier lieu, la variable d'interaction (groupe multiplié par fonctionnement). Cet ordre d'entrée en quatre grandes étapes permet d'évaluer la présence ou non d'une interaction entre l'appartenance au groupe et les besoins des participants, une fois que l'effet des co-variables ait été éliminé. De cette façon, nous pouvons aussi vérifier si l'interaction groupe/besoins peut être reliée d'une certaine façon aux coûts. Cette analyse a été répétée avec les interactions entre le groupe et chacune des variables de besoins (fonctionnement, stabilité résidentielle et satisfaction avec la vie).

De cette série d'analyses, aucun résultat n'est apparu comme étant significatif. Le même type d'analyse a été répété, mais cette fois en visant la relation coûts-changement (coûts-efficacité). Suivant le même modèle de régression utilisé lors de la vérification des hypothèses 4, 5 et 6, les scores résiduels, obtenus à l'intérieur de la régression, servent de scores de changement.

Ainsi, les scores au Suivi 1 (MCAS, SWL et nombre de déménagements) sont traités individuellement en tant que variable dépendante. Les variables indépendantes ont été introduites dans l'ordre suivant: en premier lieu, les scores au Temps 1 des variables reliées aux besoins ont été introduites, suivies des co-variables à la deuxième étape, de la variable groupe (groupe 0 =

services usuels et groupe 1 = soutien communautaire intensif) en troisième lieu, de la variable prédictrice (coûts globaux) à la quatrième étape, et en dernier lieu de la variable d'interaction entre le groupe et les coûts globaux (groupe multiplié par coûts globaux).

De cette deuxième série d'analyses reliées à la vérification de l'effet du groupe d'appartenance, aucune d'entre elles n'a révélé de résultat significatif. Puisque l'étude a été effectuée à partir des données provenant de deux types de services offerts par l'ACSM (services usuels et soutien communautaire intensif), nous avons voulu mesurer en premier lieu l'interaction entre l'appartenance à un groupe et les besoins au Temps 1, comme variables de prédiction pour les coûts à l'agence au cours des neuf premiers mois dans l'étude. En deuxième lieu, nous désirons vérifier si l'interaction entre l'appartenance à un groupe et les coûts à l'agence peut prédire les changements survenus au cours des neuf premiers mois dans l'étude aux différents niveaux de besoins (fonctionnement, stabilité résidentielle et satisfaction avec la vie) des participants.

Pour les premières analyses, qui visent la relation besoins-coûts, la variable "coûts à l'agence" a été traitée comme variable dépendante. L'ordre d'entrée des variables indépendantes était le suivant: dans un premier temps, les co-variables ont été introduites, puis en second lieu, la variable groupe (0 = groupe de services usuels; 1 = groupe de soutien communautaire intensif) a été introduite, suivie de la variable de prédiction (p.ex. le fonctionnement psychosocial) et en dernier lieu, la variable d'interaction (groupe multiplié par fonctionnement). Cette analyse a été répétée avec les interactions entre le groupe et chacune des variables de besoins (fonctionnement, stabilité résidentielle et satisfaction avec la vie).

De cette série d'analyses, aucune interaction entre le groupe et la variable de prédiction

n'est apparue comme étant significative. Toutefois, pour chacune des trois analyses une relation significative était présente à l'étape 2 de la régression, indiquant que le groupe d'appartenance avait un effet significatif dans la prédiction des coûts à l'agence, mais aucune interaction entre les besoins et le groupe n'était significative. En effet, dans chacun des cas, plus de 40% de la variance totale dans les coûts à l'agence est attribuable à l'appartenance au groupe. Les coefficients B étant positifs, il nous indique que plus la valeur du groupe (0=services usuels; 1=soutien intensif) est élevé, plus les coûts à l'agence s'élèvent. Ainsi, les participants du groupe de soutien communautaire utilisent plus les services de l'agence que ceux des services usuels. De façon non surprenante, ceci vient fortement souligner la différence des montants fixes ou constantes (\$378. pour le groupe des services usuels et \$1008. pour le groupe de soutien intensif) qui avaient été établis au départ.

Le même type d'analyse a été répété, mais cette fois en visant la relation coûts-changement (coûts-efficacité). Suivant le même modèle de régression utilisé lors de la vérification des hypothèses 4, 5 et 6, les scores résiduels, obtenus à l'intérieur de la régression, servent de scores de changement.

Ainsi, les scores au Suivi 1 (MCAS, SWL et nombre de déménagements) sont traités individuellement en tant que variable dépendante. Les variables indépendantes ont été introduites dans l'ordre suivant: en premier lieu, les scores au Temps 1 des variables reliées aux besoins ont été introduites, suivies des co-variables à la deuxième étape, de la variable groupe (groupe 0 = services usuels et groupe 1 = soutien communautaire intensif) en troisième lieu, de la variable prédictrice (coûts globaux) à la quatrième étape, et en dernier lieu de la variable d'interaction entre le groupe et les coûts globaux (groupe multiplié par coûts globaux).

Comme il a été décrit lors des premières analyses, les scores résiduels ont servi de scores de changement. Aussi, pour ces analyses, la variable dépendante était, par exemple, le score de fonctionnement (MCAS) au Suivi 1 et les scores au MCAS au Temps 1 étaient introduits à la première étape de la régression, suivi en deuxième temps par les co-variables. La variable groupe était introduite à la troisième étape, suivie à la quatrième étape par la variable prédictrice (coûts à l'agence). L'interaction des variables groupe et coûts à l'agence (groupe multiplié par les coûts à l'agence) est introduite en dernier lieu. Cette démarche a été répétée pour chacune des variables de changements: (1) fonctionnement, (2) stabilité résidentielle et (3) la satisfaction avec la vie.

Ces trois analyses n'ont révélé aucune interaction significative entre les coûts à l'agence et l'appartenance au groupe en tant que prédicteurs des changements au niveau de la satisfaction avec la vie ( $sr^2_{inc} = .00$ ;  $F(5,85) = 8.83$ ,  $p > .01$ ) ou de la stabilité résidentielle ( $sr^2_{inc} = .02$ ;  $F(5,81) = 1.36$ ,  $p > .01$ ) ou du fonctionnement ( $sr^2_{inc} = .07$ ;  $F(6, 77) = .80$ ,  $p > .01$ ), indiquant que les coûts à l'agence n'ont aucun effet dans la prédiction des changements au niveau du fonctionnement.

En résumé, l'ensemble de nos analyses exploratoires montre qu'il n'y a pas de relation significative entre les besoins et les coûts, qu'il s'agisse des coûts à l'agence, à la société, à la famille, au client, ainsi que des sous-groupes que nous avons créés en regroupant sous une même variable, plusieurs variables de coûts appartenant à un domaine économique similaire. Toutefois, le fait d'appartenir à un groupe ou à l'autre peut prédire significativement les coûts à l'agence. Nos résultats suggèrent aussi que les coûts ne peuvent prédire les changements au niveau des variables que nous avons identifiées comme étant représentatives à la fois des besoins de notre population et des objectifs visés par les programmes de soutien communautaire intensif, c'est-à-dire, la stabilité résidentielle, le fonctionnement et la satisfaction avec la vie.

## CHAPITRE 4: DISCUSSION

Lorsqu'il est question de soutenir des personnes qui souffrent de problèmes de santé mental grave et qui par surcroît ont une histoire d'itinérance on reconnaît intuitivement qu'un grand nombre de ressources sont nécessairement impliquées, entraînant ainsi des coûts substantiels. Par notre étude, nous avons voulu identifier la répartition des coûts des services de santé mentale communautaires qui ont été utilisés sur une période de 9 mois et vérifier s'il existe un lien entre l'ampleur des besoins de ceux qui utilisent ces services et l'étendue des coûts qui y sont rattachés. Nous avons aussi comme objectif d'étudier la relation qui pouvait exister entre les coûts des services et les changements qui peuvent survenir après neuf mois de services de soutien communautaire.

Cette recherche ne s'identifie pas comme étant une analyse coût-efficacité proprement dite puisqu'elle n'a pas pour objectif de comparer les deux programmes de traitement compris dans l'échantillon, comme ce serait le cas pour un tel type d'analyse. C'est la relation entre les besoins et les coûts, ainsi que les coûts et les changements dans des domaines importants de la qualité de vie qui est notre but premier. Est-ce que les besoins peuvent prédire les coûts des services requis pour y répondre? Et est-ce que les montants investis peuvent susciter des changements positifs au niveau des besoins visés? Une telle étude est, à notre connaissance, la première du genre au Canada dans le secteur de la santé mentale communautaire.

Dans la première partie de cette section nous discutons de la distribution des coûts et comparons nos résultats avec les recherches existantes dans ce domaine particulier. En deuxième et troisième lieux l'interprétation des résultats reliés à nos hypothèses de départ

concernant le pouvoir de prédiction des besoins et des coûts sont présentés et sont placés dans le contexte des recherches antérieures. Les analyses exploratoires et certaines corrélations importantes sont ensuite discutées. Les quatre dernières parties de la discussion mettent l'accent sur les limites de l'étude, ses implications, sa contribution particulière, et la conclusion.

### 1. Étude des coûts comparée aux recherches antérieures

Deux analyses de coûts des services auprès de cette population particulière (Lehman et coll, 1999; Wolff et coll., 1997) offrent des données qui permettent quelques comparaisons. Le premier groupe de chercheurs rapporte pour une période de 12 mois des coûts globaux de \$26,193.00 (médiane)(soit \$38765.64 dollars canadiens selon la table de conversion fournie par le département des marchés financiers de la Banque du Canada) pour l'équipe ACT dont 92% des coûts représentent les coûts à la société (majoritairement des coûts de soins de santé mentale et physique). La balance des coûts, soit 8%, représente les services offerts par les équipes de suivi intensif (ACT), dont les coûts sont traités dans une catégorie à part.

Nos résultats sont légèrement différents en termes de dollars de ceux rencontrés par ce premier groupe de chercheurs. Nos coûts globaux (médiane) de \$20475.69 pour neuf mois, ce qui revient à un coûts annuel de \$27300.92 (dollars canadiens). Toutefois, à un autre niveau, nos données sont tout à fait comparables à celles de Lehman et coll. (1999). Si nous incluons les coûts reliés aux bénéfiques sociaux dans nos coûts aux autres organismes, nous obtenons des coûts moyens qui représentent 92% des coûts globaux [64.5% (Coût aux autres organismes) + 27.5% (bénéfiques sociaux ou paiements de transfert) = 92%], pourcentage identique à celui de ces chercheurs. De plus, pour notre étude, les coûts à l'agence (ACSM) pour les services de

soutien communautaire totalisent 9.2% des coûts globaux, pourcentage assez près de celui rapporté par Lehman et coll. (1999).

Wolff et coll. (1997) de leur côté, nous offrent des résultats assez similaires pour une période de 18 mois (MACT=\$49,510.00; MACT+ travailleurs communautaires = \$39,913.00; M courtage= \$45,076.00) (dollars américains). Si on divise ces coûts en deux afin de mieux comparer avec nos données pour neuf mois, leurs résultats moyens se traduisent ainsi: \$24,755.00 (soit \$36,637.40 dollars canadiens) pour les équipes ACT, \$19,956.50 (soit \$29,535.82 dollars canadiens) pour le programme comprenant à la fois des équipes ACT et des travailleurs communautaires et, \$22,538.00 (soit \$33,356.24 dollars canadiens) pour les services de courtage. Toutefois, leurs coûts reliés aux services de traitement occupent une plus grande portion de leurs coûts totaux (19% = ACT; 23% = ACT + suivi communautaire) que celle rapportée par Lehman et coll.(8%) ainsi que celle de notre étude (9.2%). Il est à souligner que les participants à cette étude avaient été sélectionnés dans les services d'urgence et parmi des patients hospitalisés, les plaçant à un niveau de vulnérabilité très élevé, tandis que Lehman et coll. (1999) ont recruté les leurs en partie dans les salles d'urgence, mais aussi à partir de références provenant de maisons d'hébergement pour sans-abri, population beaucoup plus près de notre propre réalité.

Aucune de ces deux études ne présente des coûts reliés au soutien apporté par les familles ni ne quantifie la participation active de leurs participants dans leur communauté par le biais d'un travail ou de bénévolat, deux domaines de coûts que nous avons inclus dans notre étude afin d'avoir une meilleure image de la réalité quotidienne des besoins de notre clientèle.

## 2. Relation besoins-coûts

Nos trois premières hypothèses prédisaient que plus les besoins de nos participants en ce qui a trait à leur fonctionnement, à leur stabilité résidentielle ainsi qu'à leur satisfaction face à la vie seraient élevés, plus les coûts de l'ensemble des services auxquels ils auraient recours pendant les neuf premiers mois de l'étude seraient élevés. Nos résultats démontrent que notre prédiction n'était pas supportée. Ainsi, les personnes avec des besoins plus grands n'ont pas nécessairement eu recours à plus de services de soins en santé mentale que ceux avec des besoins moins prononcés. Ceci soulève plusieurs questions: Est-ce que les ressources sont allouées de façon rationnelle? Est-ce que les personnes qui ont le plus de besoins reçoivent les services appropriés à ces besoins? Est-ce que les services qui sont utilisés le sont parce qu'ils sont facilement accessibles et non parce qu'ils répondent aux besoins identifiés? Est-ce que les services qui sont plus axés sur les besoins quotidiens de nos participants sont parmi les moins dispendieux? Est-ce que nos mesures des besoins reflétaient les besoins primaires identifiés par les intervenants et les clients eux-mêmes?

Les coûts ont été estimés à partir des informations recueillies auprès des fournisseurs de services. Les coûts réels d'opération ont été rarement fournis, mais plutôt un coût global était calculé à partir de bribes d'informations. On peut facilement penser que les coûts sous-estiment la réalité des organismes communautaires et que cela peut expliquer une petite partie des résultats. D'un autre côté, nous avons vu que les coûts les plus élevés sont ceux reliés aux soins médicaux et aux frais d'hospitalisation, ce qui en soi n'est pas surprenant puisque ces services sont très dispendieux et que 37% de nos participants ont été hospitalisés au moins une

fois.

Certains chercheurs (Drake et Adler, 1984; Bawden, 1990) disent que les personnes sans abri souffrant de maladie mentale grave nient leur maladie mentale et sont plus intéressés à combler leurs besoins de base (nourriture, logement, argent, emploi, relations sociales, intimité, et protection personnelle) qu'à utiliser les services psychiatriques (Sacks, Philips et Cappelletty, 1987; North et Smith, 1993; Gelberg et Linn, 1988; 1989; Drake et Adler, 1984; Ball et Havassy, 1984; Bawden, 1990).

Les services utilisés par nos participants reflètent bien cette tendance. En effet, les services les plus utilisés sont les banques alimentaires, les soupes populaires, les halte-accueil, tous des endroits où on peut répondre à plusieurs besoins de base. Ces services sont parmi les moins dispendieux et malgré leur grande utilisation, ne représentent qu'une infime proportion des coûts globaux.

L'ensemble des questions qui sont soulevées, bien qu'elles demeurent sans réponse pour l'instant, donnent des pistes de réflexions pour les recherches futures dans ce domaine. Très peu de recherches ont porté sur la relation besoins-coûts. La littérature sur les coûts porte sur des analyses coût-efficacité et comparent les résultats de différents programmes sans analyser cette relation qui nous semblait plausible entre les besoins et les coûts des services. À notre connaissance seulement un groupe de chercheurs de Grande Bretagne (Beecham, Knapp, et Fenyo, 1993) se sont concentrés sur cette question particulière, à partir du suivi de trois cohortes d'individus (période de 12 mois chacune) souffrant de maladie mentale grave qui quittaient des hôpitaux psychiatriques.

Leurs résultats montrent que, contrairement à nous, les coûts des services communautaires que leurs participants ont utilisés sont significativement plus élevés pour les personnes qui avaient de plus grands besoins, et ce, à différents niveaux: l'incontinence, la mobilité, l'affect émoussé, les habiletés de vie en communauté. Les coûts des services sont plus bas pour les personnes qui se situent aux deux extrémités de l'échelle des habiletés de vie: les personnes les plus dépendantes et les plus indépendantes ont reçu moins de soutien dans la communauté que les autres. Leurs analyses démontrent aussi significativement que plus la durée de la période d'hospitalisation qui précédait le départ vers la communauté avait été grande, plus les coûts de services étaient élevés. De plus, les personnes célibataires demandaient significativement plus de services communautaires que les autres.

En plus de la différence qui peut exister dans les systèmes de santé de deux pays différents, les populations étudiées ne sont pas tout à fait les mêmes en nombre (90 vs 216) et au niveau des caractéristiques personnelles. Dans l'échantillon de Beecham, Knapp et Fenyo (1993), les personnes, bien que souffrant de maladie mentale grave, ne présentaient pas une histoire d'itinérance. Au moment de quitter l'hôpital les personnes étaient dirigées vers des lieux de résidence choisis en fonction de leurs besoins. Ainsi, on peut penser que les personnes avec plus de besoins trouvaient asile dans un milieu plus encadré, impliquant nécessairement plus de frais. Ceci peut avoir au départ donné une direction aux coûts, c'est-à-dire qu'ils étaient comme prédestinés à être reliés aux besoins.

Il faut toutefois souligner que les besoins de fonctionnement, pour ne nommer que ceux-là, avaient été évalués au cours de la période d'hospitalisation, ce qui signifie qu'ils étaient

identifiés à un moment où les personnes ne fonctionnaient pas très bien. Les services mis en place pour ces personnes avaient pour but de répondre à ces besoins. Dans notre étude, les besoins ont été cernés au moment de l'entrée dans l'étude et reflétaient les besoins plus récents du moins en ce qui a trait au niveau de fonctionnement et de la satisfaction face à la vie. Si une personne fonctionnait bien depuis les derniers mois ses scores au MCAS ont pu être relativement élevés. Toutefois, était-ce vraiment représentatif de ses besoins à ce niveau six mois plus tard, par exemple? Par contre, si la personne traversait une période de crise sans soutien approprié, l'inverse a pu se produire.

On sait que la maladie mentale est souvent accompagnée de fluctuation dans les symptômes qui affectent le niveau de fonctionnement et conduit souvent à un état de crise. Les états de crises influencent nécessairement le type et l'intensité de l'intervention. À force d'éteindre des feux, l'intervenant finit par mettre temporairement de côté les objectifs fixés au point de départ. Ceci a pu influencer la direction de nos résultats.

La relation besoins-coûts est plus difficile à comparer avec les études de Lehman et coll. (1999) et Wolf et coll. (1997) bien qu'ils aient étudié des populations similaires à la nôtre car leur définition de l'efficacité et non les besoins comme tel au moment de l'entrée dans les programmes.

### 3. Relation coûts-efficacité

Nos troisième, quatrième, cinquième et sixième hypothèses concernaient la capacité que pourraient avoir les coûts à prédire les changements positifs chez nos participants au niveau des besoins identifiés par rapport à leur fonctionnement psychosocial, leur stabilité résidentielle et

leur satisfaction face à la vie. Nous avons prédit une relation significative entre les coûts et les changements. Toutefois, nos résultats n'ont démontré aucun lien significatif entre l'étendue des services utilisés par les personnes avec une histoire d'itinérance et souffrant de maladie mentale grave qui participaient à notre étude et les changements positifs après leurs neuf premiers mois dans le programme, et ce, pour chacun des domaines qui ont été identifiés comme indicateurs de besoins. Ainsi, une plus grande utilisation des services ne prédit pas nécessairement une amélioration au niveau du fonctionnement psychosocial, ni une hausse de la stabilité résidentielle (diminution dans le nombre de changement d'adresse), ni une augmentation de la satisfaction avec la vie. Il semble pourtant raisonnable de s'attendre que les coûts des services en santé mentale soient associés à des changements dans les niveaux de besoins et des changements dans les besoins. Même les analyses additionnelles qui ont été effectuées n'ont révélé aucune relation significative. Toutefois, une période de neuf mois est peut-être trop courte pour révéler ce genre d'association, et aussi reflète de manière bien imparfaite l'étendue du soutien.

Certaines études ont rapportés des changements significatifs au niveau de la qualité de vie (Bond et coll., 1988; 1989; Franklin et coll., 1987; Bigelow et Young, 1991; Modcrin et coll., 1988) de fonctionnement psychosocial (Franklin et coll., 1987; Modcrin et coll., 1988) ainsi qu'au niveau de la stabilité résidentielle (Bond et coll., 1989) après des périodes d'étude de 5 mois ou 6 mois pendant lesquels les participants recevaient divers services de soutien communautaire. Toutefois, ces études ne mettaient aucunement les coûts en relation avec ces changements; elles étudiaient l'impact des services de suivi communautaire et non l'aspect

économique de ces derniers, rendant toute comparaison impossible.

Un groupe de chercheurs (Dickey, Latimer, Powers, Gonzalez et Goldfinger, 1997) a évalué, sur une période de dix-huit mois, les coûts reliés à deux programmes d'hébergement (abri pour personnes avec des problèmes psychiatriques et milieu de vie indépendant) et les traitements offerts à des personnes sans abri ayant des problèmes de santé mentale. Leurs résultats montrent qu'après 18 mois, les personnes qui avaient atteint une plus grande stabilité résidentielle présentaient une baisse au niveau de leurs besoins de traitement, donc diminution de coûts. Le fait que cette étude se soit déroulée sur une période deux fois plus longue que la nôtre (18 mois vs 9 mois) a probablement un impact sur les résultats. Une période de neuf mois est plutôt courte pour noter des changements notoires en ce qui a trait à la stabilité résidentielle et la diminution des besoins. Les prochains temps de données prévus dans le projet original apporteront sans doute un nouvel éclairage au niveau des relations entre les besoins et les coûts.

Les comparaisons avec les recherches portant sur des analyses coût-efficacité auprès des personnes souffrant de maladie mentale grave sont assez difficile puisque l'efficacité a été plus souvent qu'autrement définie en terme de diminution des séjours en milieu hospitalier ou institutionnel. Quelques chercheurs (Rosenheck et Neale, 1998; Johnston et coll., 1998) ont cependant introduit le fonctionnement comme mesure d'efficacité. Toutefois, les types d'analyses qu'ils ont fait servaient uniquement à comparer les groupes de traitement en eux. Même s'ils ont étudié les coûts, la relation coût-efficacité est déterminée par un calcul d'un ratio coût-efficacité calculé en divisant le coût moyen de

l'ensemble des services par l'unité d'amélioration. Johnston et coll. (1998) ont calculé l'unité d'amélioration à partir du nombre de participants qui avaient augmenté significativement ( $\geq 18$ ) leurs scores à l'échelle LSP (Life Skills Profile) après 12 mois dans l'étude, tandis que Rosenheck et Neale (1998) le score moyen d'amélioration (différence de scores) entre les scores au T1 et T2, 2 ans plus tard à l'échelle GAS (Global Assessment scale). Les résultats de ces deux études révèlent des changements positifs au niveau du fonctionnement de leurs participants après une période de 12 et 24 mois respectivement. Toutefois, les résultats présentés ne permettent pas de tirer des conclusions en ce qui a trait à la relation entre les coûts et l'amélioration du fonctionnement; ils permettent de préciser que le rapport coûts-efficacité favorise un groupe de traitement par rapport à l'autre.

La seule étude qui à notre connaissance a étudié le pouvoir de prédiction des coûts par rapport à des changements significatifs chez les participants dans différents domaines reliés à leurs besoins est celle de Beecham, Knapp et Fenyo (1993) discutée plus tôt. Contrairement à nos résultats, ils démontrent que les coûts peuvent prédire des changements significatifs au niveau du fonctionnement et de la réduction dans les besoins de services après 12 mois de soutien communautaire. Il faut aussi rappeler que le contexte particulier de leur étude (désinstitutionnalisation) peut avoir un impact, ainsi que la durée de l'étude (12 mois).

On peut aussi se demander si, comme il a été mentionné plus tôt, l'état psychologique et mental de nos participants au moment des deux temps de cueillette de données n'ont pas eu un impact important sur le niveau de changement rencontré. De plus,

comme les coûts les plus élevés sont les coûts des frais d'hospitalisation et les frais médicaux, cette temporalité devient encore plus importante. Si l'entrevue de Suivi 1 a lieu dans un temps rapproché du séjour à l'hôpital ou d'une période de crise ( un peu avant ou un peu après) les besoins de l'individu à ce moment précis peuvent être différents de ceux identifiés au point de départ. Leurs liens avec les coûts s'en trouvent donc modifiés, du moins temporairement.

Nos hypothèses supposaient qu'un lien existait entre l'intensité de l'utilisation des services et les changements positifs au niveau des besoins et elles n'ont pas été supportées. Morse, Calsyn, Allen et Kenny (1994) ont démontré que la fréquence des contacts (peu importe la nature) avec les programmes de traitement n'avait pas eu d'influence significative sur la stabilité résidentielle. Par contre, cette dernière a été influencée par le fait de recevoir des services spécifiques, c'est-à-dire une aide à obtenir un logement, un revenu et du soutien (ménage, etc.). Ainsi, pour saisir la relation entre les coûts (intensité des services) et les changements au niveau des besoins identifiés il serait probablement utile de créer des catégories de coûts plus spécifiques aux interventions proprement dites plutôt qu'au service dans son ensemble. Ceci implique la collecte de données précises sur les activités / services / interventions auxquels les participants ont eu accès à chacun des services/programmes communautaires fréquentés. Ces données additionnelles pourraient permettre une répartition des coûts reliés à des services mieux définis et permettraient d'identifier plus clairement les besoins des individus. Ceci peut donner une piste intéressante pour des recherches futures.

#### 4. Analyses exploratoires et corrélationnelles

Une série d'analyses additionnelles ont été effectuées à titre exploratoire afin d'aller vérifier si les sous-groupes de coûts auraient une relation avec les besoins et les changements dans ces besoins, plus que ne l'avaient les coûts globaux à la société. Même à ce niveau, aucune relation significative n'a été démontrée. En effet, les coûts, quels qu'ils soient (Agence, famille, client, autres organismes, ou le regroupement des services communautaires, des soins médicaux) ne sont pas reliés aux besoins, ni ne peuvent prédire les changements au niveau de la stabilité résidentielle ou de la satisfaction face à la vie.

Certaines corrélations méritent aussi d'être soulignées. Ainsi, nous avons vu qu'une amélioration dans le fonctionnement est associée à une plus grande stabilité résidentielle, tout particulièrement pour le groupe de soutien communautaire intensif. On voit aussi que pour ce même groupe, plus un individu avait de capacité fonctionnelle à son entrée dans l'étude, moins il a fait usage des services communautaires ou autres au cours des neuf mois suivant son entrée dans l'étude. Ceci suggère un lien important entre le niveau de fonctionnement et les coûts à la société.

En ce qui concerne les services usuels, les analyses ont montré que plus une personne améliorait son fonctionnement, moins elle utilisait les services communautaires. Donc, à mesure que les besoins diminuaient à ce niveau, les coûts diminuaient eux aussi, tel que nous avions prédit. Cette corrélation n'a toutefois pas été renforcée par les analyses de régression.

#### 5. Défis et limites de l'étude

Cette première tentative d'élaboration d'un protocole de cueillette de données

relatives aux coûts de l'ensemble des services utilisés par des personnes sans abri et souffrant de maladie mentale grave 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 est un intervenant qui peut simplement fournir des estimations basées sur ses souvenirs, parfois limitées, de l'utilisation des ressources par ses clients. Par exemple, il n'est pas tout de savoir qu'un participant s'est rendu chez le dentiste ou l'optométriste à deux reprises durant les derniers neuf mois, encore faut-il savoir quel a été le service rendu. Était-ce un examen, un nettoyage, des plombages, etc., ou encore un simple examen de la vue ou des lunettes ? Si oui, y a-t-il un problème spécifique de la vue qui nécessite des verres particuliers ? Ces informations sont rarement fournies; il faut donc des interviewers bien entraînés et sensibilisés à la recherche détaillée d'information. Et même cela, n'est guère suffisant; il serait utile de pouvoir obtenir, pour chaque participant, par exemple, les coûts réels que le gouvernement a assumé pour de tels frais.

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, dans les cas où peu d'information nous était fournie, des estimations approximatives ont été faites, et celles-ci sous-estiment probablement les coûts réels des services puisque ces calculs étaient effectués à partir de bribes d'information. Parfois, lorsqu'il était impossible d'obtenir les informations, le coût unitaire identifié pour un

service similaire a été utilisé. Ceci fut le cas particulièrement pour les services d'accueil (drop-in) et les banques alimentaires pour lesquels aucun coût ne pouvait nous être fourni et qui auraient été autrement écartés des analyses. Ainsi, la présence de ces défis nous rappelle que le calcul des coûts effectué pour cette étude représentent les meilleures estimations possibles des coûts réels.

Ajoutée aux défis mentionnés précédemment, la petite taille de l'échantillon (n=90) est une limite de la présente étude car il est nécessaire d'avoir des corrélations élevées pour obtenir des résultats significatifs. Ceci est rendu plus difficile par le fait déjà rapporté qu'il y a une grande variabilité dans les coûts des services consommés par les clients. Même un manque de relation ou une relation dans le mauvais sens par une petite minorité de cas avec des niveaux de coûts extrêmes peut diminuer fortement les relations entre coûts et besoins ainsi que coûts et efficacité.

#### 6. Contribution particulière de l'étude

La présente recherche a l'avantage de s'inscrire à l'intérieur d'une étude longitudinale qui offrait des données pré-test et post-test pour les mêmes sujets de deux groupes de services dans la communauté. De plus, les instruments de mesure utilisés avaient été choisis pour leurs qualités psychométriques déjà bien reconnues. Les résultats sont donc le fruit d'une recherche avec une méthodologie la plus rigoureuse et fiable que possible.

À notre connaissance il n'existe que deux autres études (Lehman et coll, 1999; Wolff et coll., 1997) qui se soient intéressées à la relation coûts-efficacité des services de soutien communautaire pour des personnes ayant une histoire d'itinérance et souffrant de maladies

mentales graves. Notre contribution à ce niveau est donc très importante, d'autant plus que notre définition d'efficacité touche l'ensemble de la qualité de vie des individus, tandis que l'étude de Lehman et coll. (1999) envisage l'efficacité uniquement sous l'angle de la stabilité résidentielle et Wolff et coll. (1997), tout en ayant un éventail plus large de variables d'efficacité, n'abordent pas le niveau de fonctionnement, ni de la satisfaction avec la vie.

Cette étude semble être la première étude canadienne à avoir examiné l'ensemble des coûts reliés au vécu quotidien des personnes qui ont une historique d'itinérance et qui souffrent de maladie mentale grave. Elle revêt donc un caractère unique et fournit des données importantes qui pourront éventuellement servir de points de comparaisons avec des études futures sur le suivi communautaire auprès d'une population très vulnérable et tributaire de la réforme en santé mentale.

### 7. Implications des résultats

Le fait que les analyses ne révèlent aucun rapport entre les besoins à l'entrée dans l'étude (besoins en termes du fonctionnement psychosocial, de la stabilité résidentielle et de la satisfaction avec la vie) et les coûts globaux, ainsi qu'entre les coûts et les changements dans ces mêmes besoins, soulève certaines inquiétudes, et de nombreux questionnements, plus particulièrement en ce temps de réforme sociale. Les ressources sont-elles allouées de façon rationnelle et efficace aux clients aux prises avec des troubles mentaux graves? Vise-t-on suffisamment leurs besoins de base ou ce qu'ils considèrent comme prioritaire? Comme le souligne Padgett et coll. (1992), peut-être que pour plusieurs, les circonstances entourant l'itinérance et les problèmes qui l'accompagnent ont fait en sorte que les traitements en santé

mentale se retrouvent au bas de leur liste de priorité. En effet, les traitements de santé mentale peuvent difficilement être vus comme une priorité par des personnes qui se débattent pour survivre. Donc, les services psychiatriques communautaires se doivent d'être facilement accessibles et accueillants? Le sont-ils?

Comme le souligne North et Smith (1993), les personnes avec des besoins qu'ils perçoivent comme étant plus importants que les services de santé mentale vont-elles plus bénéficier d'un système de services ambulatoires qu'ils peuvent accéder facilement et avec le moins de trouble possible? Vont-elles y avoir accès avant que leur situation exige des soins plus intensifs, comme l'hospitalisation? De plus, les services alternatifs sont-ils physiquement accessibles aux personnes dont le niveau de fonctionnement ou état de santé rend difficile l'utilisation du système de transport en commun?

Dans le contexte des ressources limitées dans le secteur de la santé mentale, le manque de relation entre les coûts reliés aux services de soutien offerts et les besoins des clients, ainsi qu'entre ces mêmes coûts et l'efficacité de ces services de soutien peut être inquiétant. En particulier, ces résultats suggèrent que la réforme actuelle du système de santé mentale a besoin de faire un examen des ressources disponibles et de la façon dont elles sont allouées à l'intérieur du système. La présence d'erreurs de deuxième espèce est aussi à considérer étant donné la taille réduite de notre échantillon. De plus, notre calcul de puissance statistique avait été fait avec un alpha de .05. En utilisant les corrections de Befferroni nous avons utilisé un alpha de .02 pour nos analyses. Aussi, peut-être y a-t-il une relation significative entre les besoins et les coûts ou les coûts et les changements survenus,

mais qu'à cause, par exemple, de la taille de l'échantillon, cette relation n'a pas pu être saisie. Mais, il se peut aussi qu'il n'y ait tout simplement pas de relation entre ces variables, du moins selon notre méthodologie et nos analyses.

Les analyses ont montré une relation entre l'appartenance au groupe (services usuels dans la communauté ou soutien communautaire intensif) et les changements au niveau des symptômes de détresse (BSI) après une période de neuf mois dans notre étude. Plus particulièrement, il a été démontré que les clients appartenant au groupe de soutien communautaire intensif rapportent plus de changements dans leur niveau de détresse psychologique que les clients du groupe des services usuels. Ainsi, malgré leur faible poids à l'intérieur de l'éventail des services reçus, le soutien communautaire intensif contribue aux améliorations du niveau des symptômes de clients. Ce résultat est particulièrement intéressant dans le contexte du devis expérimental de la présente étude où le type de suivi communautaire différencié par l'intensité et la durée est assigné de façon aléatoire et non selon les besoins des clients. En fait, le devis de recherche contribue probablement, en partie du moins, au manque de relation entre les coûts reliés à l'agence et les besoins des clients.

L'examen de la distribution des coûts, c'est-à-dire des services que les participants ont rapporté avoir utilisés, a révélé la quasi absence d'emplois, d'activités éducationnelles et activités récréatives, lesquelles font partie du protocole de collecte des coûts. Ceci reflète la situation actuelle des personnes avec une maladie mentale grave vivant dans la communauté où le soutien offert à cette population est centré étroitement sur les besoins médicaux et de logement. En effet, il y a un manque de participation de cette population dans des activités

considérées comme “normalisantes”. Les seules activités récréatives auxquelles ces personnes participent sont celles offertes dans le contexte des services d'accueil qui visent au départ des populations marginalisées. Ceci démontre que l'intégration de ces individus dans leur communauté n'est que très superficielle.

### 8. Conclusion

La présente étude nous a permis de vérifier la faisabilité d'une analyse économique de services canadiens de santé mentale auprès d'une population des plus vulnérable. Notre étude inter-marqueurs vient démontrer la fiabilité de notre protocole de calcul des coûts. Il serait cependant plus important de prévoir une étude inter-juges afin de vérifier la fiabilité des coûts comme tels.

Les résultats de cette étude montrent qu'il coûte, en Ontario (région Ottawa-Carleton), environ \$94.04 par jour (dollars 1999-2000) par individu, pour maintenir dans la communauté des personnes qui ont une histoire d'itinérance et qui souffrent de maladie mentale grave. Les soins directs de santé mentale et physique ainsi que les bénéfices sociaux (paiements de transfert) sont les domaines où les coûts sont le plus élevés. Ces derniers montants sont malgré tout très modestes et impliquent nécessairement une lacune de ressources consommées pour des services reliés au soutien à l'emploi, à l'éducation, ou le loisir, tel qu'il fut remarqué lors de l'examen des diverses catégories de coûts.

Les coûts des services de soutien communautaire (soutien intensif et services usuels) ne représentent que 9% des coûts totaux malgré l'implication directe et soutenue des intervenants auprès des participants et l'impact positif significatif que leurs services semblent

avoir sur la diminution des symptômes de détresse et une tendance à hausse le niveau de fonctionnement psychosocial.

La maladie mentale affecte de façon complexe le quotidien des personnes qui en sont atteintes et de nombreux facteurs entrent en jeu dans le processus qui mène à l'atteinte d'objectifs tels l'amélioration de la stabilité résidentielle, la hausse du niveau de fonctionnement et une plus grande satisfaction face à la vie.

Nous présentons à la Figure 5, l'ébauche d'un modèle conceptuel de la qualité de vie (inspiré de Mayer et Greenwood, 1980) qui tente de regrouper différentes variables pouvant avoir une certaine influence dans le processus menant à l'atteinte d'une plus grande qualité de vie.

Au centre du schéma, entre les alternatives de traitement et les objectifs visés, on retrouve deux types de variables intermédiaires: les variables reliées à l'implantation des programmes de soutien communautaire et les éléments facilitant l'atteinte des objectifs. Plus précisément, le programme choisi, les services offerts et la modalité d'opération sont des variables qui, moyennant l'existence des variables intermédiaires ou des changements à ce niveau, devraient permettre aux personnes recevant ces services d'améliorer leur qualité de vie.

Certaines variables peuvent influencer, chacune à leur façon, les résultats, notamment les facteurs environnementaux, des caractéristiques personnelles (démographiques, santé physique et mentale, fonctionnement), ainsi que les autres services communautaires accessibles. Ces variables sont hors de contrôle des gestionnaires de programmes mais elles

peuvent affecter le processus de traitement. Nous devons donc pouvoir mesurer leur effet réel sur les résultats.

Les stratégies de traitement ont été choisies en vue d'éviter des effets non désirables qui pourraient survenir si les personnes souffrant de maladie mentale grave reçoivent principalement leur traitement soit en milieu institutionnel, soit dans la communauté sans structure particulière ou si elles en reçoivent aucun traitement. Si les objectifs sont atteints, l'individu jouira d'une plus grande qualité de vie qui se manifestera à travers une plus grande stabilité résidentielle, un fonctionnement psychosocial amélioré et une plus grande satisfaction face à la vie.

Ce modèle nous indique une grande variété de facteurs qui peuvent avoir un impact, autant sur les coûts que sur la réalisation des objectifs visés par les programmes de soutien communautaire et nous pensions qu'il peut donner des pistes intéressantes pour de futures recherches.

Il est possible que le manque de résultats significatifs soit relié au fait que les variables choisies étaient trop générales (distales) et que des variables plus spécifiques (proximales) auraient donné une autre direction aux résultats. Les besoins, tels que nous les avons définis, ne correspondaient peut-être pas aux besoins spécifiques, identifiés par le client et l'intervenant. Les besoins figurant dans le plan de traitement de l'intervenant pour chaque participant, ne faisaient pas partie des données que nous avons en notre possession. Avoir de telles données nous aurait probablement permis d'avoir une meilleure définition des besoins et des interventions particulières impliquées dans le processus. Ceci nécessiterait

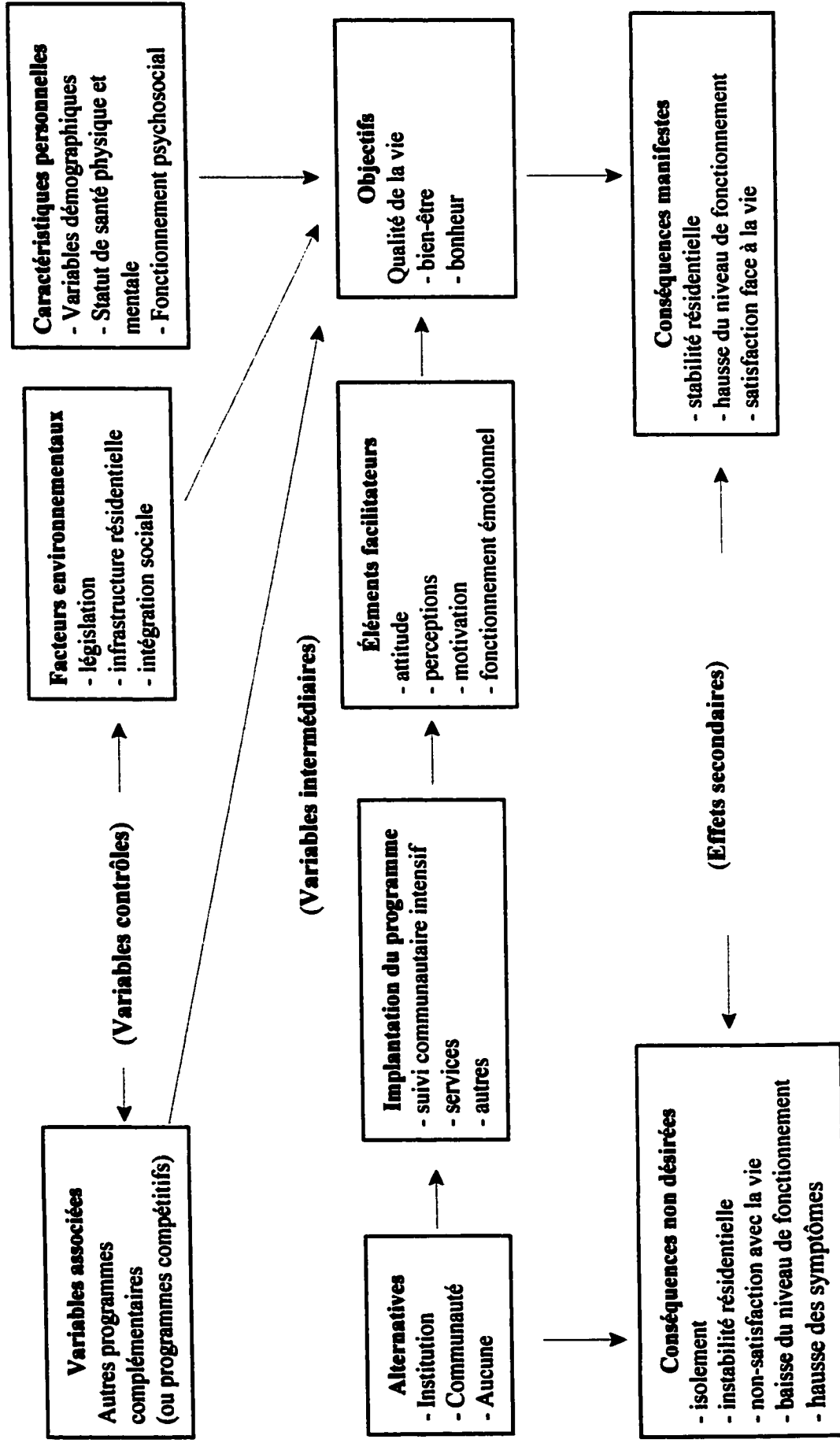


Figure 5. Modèle conceptuel de la qualité de vie (Inspiré de Mayer et Greenwood, 1980).

bien sûr une méthodologie et des analyses différentes de celles de la présente recherche, mais cela permettrait peut-être de mieux capter cette relation besoins-coûts et coûts-efficacité.

De plus, le fait que les coûts que nous avons utilisés étaient eux aussi très larges et n'incluaient pas seulement des frais de soins formels en santé mentale, comme c'est le cas de la plupart des études antérieures, vient peut-être aussi ajouter une difficulté à établir un lien entre les besoins et les coûts.

Il est toutefois important de se rappeler qu'il est fort possible que les résultats par rapport aux relations besoins-coûts et coûts-efficacité soient aussi reliés à un facteur temporel. Lorsqu'il s'agit de trouble mental grave, une période de 9 mois peut être insuffisante pour permettre d'observer des changements significatifs suite à une intervention visant des besoins aussi généraux. Ainsi, une période excédant un an serait plus appropriée et aurait plus de chance de révéler des liens entre les changements et les coûts impliqués, si de tels liens existent vraiment. Nous remarquons déjà une baisse significative de symptôme après seulement 9 mois et une tendance se dessine concernant l'amélioration du fonctionnement. Puisque cette étude s'insère à l'intérieur d'une étude plus large, avec des données à 18 et 24 mois, il serait intéressant de vérifier à nouveau les relations besoins-coûts et coûts- efficacité, cette fois en comparant les deux groupes.

De cette étude, nous avons tiré plusieurs leçons. Parmi celles-ci, notons principalement l'importance du choix des sources d'information lors de la collecte et le calculs des coûts. Le recours à des dossiers formels d'information sur les services utilisés (i.e. hôpital, Ministère des services sociaux, Programme d'assurance-santé de l'Ontario) nous

**donneraient accès à des informations plus justes. Aussi, établir des liaisons avec ces sources d'information et obtenir le consentement à l'information des participants à l'intérieur du processus de sélection des participants nous assurerait une plus grande fiabilité aux données de coûts. Une étude inter-juges viendrait aussi ajouter à la fiabilité des coûts.**

**Entreprendre une étude où cohabitent deux domaines spécifiques de recherche, soit la psychologie et l'économie, représente un défi des plus intéressants. Malgré l'absence de résultats significatifs, cet exercice a permis de débroussailler un peu plus le terrain et de poser des questions de base.**

Références

Angermeyer, M.C., Kün, L., et Goldstein, J.M. (1990). Gender and the course of schizophrenia: Differences in treated outcomes. Schizophrenia Bulletin, 16, 293-307.

Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M. et Cohen, B.F. (2000). Clinical care update: The chronically mentally ill. Case Management - More than a response to a dysfunctional system. Community Mental Health Journal, 36, 97-105.

Arana, J.D., Hastings, B., Herron, E. (1991). Continuous care teams in intensive outpatient treatment of chronic mentally ill patients. Hospital and Community Psychiatry, 42, (5), 503-507.

Arns, A. (2001). Canadian version of the International Assessment of Psychosocial Rehabilitation (IAPRS) Toolkit for Measuring Psychosocial Outcomes. (PSR Toolkit).

Arrindell, W.A., et Ettema, J.H.M. (1986). SCL-90: Handleiding bijeen multidimensionele psychopathologie-indicator (SCL-990: manual for a multidimensional measure of psychopathology). Lisse, The Netherlands: Swets Test Services.

Arrindell, W.A., et Meeuwesen, L., et Huyse, F.J. (1991). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. Personality and Individual Differences, 12, 117-123.

Aubry, T. (1997). Proposal to the Community Mental Health Evaluation Project.

AUBRY, T., Farrell, S., O'Connor, B.V., Kerr, P., Weston, J., & Elliott, D. (2000). Family-focused case management: A case study of an innovative demonstration program. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19(1), 63-78.

Aubry, T. et Myner, J. (1996). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. Canadian Journal of Community Mental Health, 15 (1), 5-20.

Avison, W.R., et Speechley, K.N. (1987). The discharged psychiatric patient: A review of social, social-psychological and psychiatric correlates of outcome. American Journal of Psychiatry, 144, 10-18.

Awad, A.G. (1992). Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials. Hospital and Community Psychiatry, 43 (3), 262-265.

Bachrach, L.L. (1984). Deinstitutionalization and women: Assessing the consequences of public policy. American Psychologist, 39(10), 1171-1177.

Bachrach, L.L. (1991). The Chronic Patient: The 13th Principle. Hospital and Community Psychiatry, 40, 9, 883-884.

Baker, F., et Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and Program Planning, 5, 69-79.

Baker, F., Jodrey, D., et Intagliata, J. (1992). Social support and quality of life of community support clients. Community Mental Health Journal, 28(5), 397-411.

Ball, J.F.L. et B.E. Havassy (1984). A Survey of the Problems and Needs of Homeless Consumers of Acute Psychiatric Services. Hospital and Community Psychiatry, 35, 917-921.

Barker, S., Barron, N., McFarland, B., et Bigelow, D. (1993). Multnomah Community Ability Scale: User's Manual. Western Mental Health Research Center, Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon.

Barker, S., Barron, N., McFarland, B., et Bigelow, D. (1994). A community Ability Scale for chronically mentally ill consumers: Part I: Reliability and Validity. Community Mental Health Journal, 30(4).

Barker, S., Barron, N., McFarland, B., Bigelow, D., et Carnahan, T. (1994). A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part II: Applications. Community Mental Health Journal, 30(5), 1994.

Bawden, E.L. (1990). Reaching Out to the Chronically Mentally Ill Homeless. Journal of Psychosocial Nursing, 28, 8-13.

Becker, D.R., Drake, R.E., Bond, G.R., Xie, H., Dain, B.J., Harrison, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. Community Mental Health Journal, 34(1), 71-82.

Bebbington, A.C. (1993). Calculating unit costs of a centre for people with AIDS/HIV, dans A. Netten et J.K. Beecham (eds) Costing Community Care: Theory and Practice, Ashgate, Aldershot.

Beecham, J. (1995). Collecting and estimating costs. In Knapp, M. (Ed.). The Economic Evaluation of Mental Health Services (pp. 61-82). Vermont: Ashgate Publishing Company.

Beecham, J. et Knapp, M.R.J. (1992). Costing psychiatric interventions, in G. Thornicroft, C. Brewin and J. Wing (eds), Measuring Mental Health Needs, Oxford University Press, Oxford.

Beecham, J., Knapp, M., McGilloway, S., Kavanagh, S., Fenyo, A., Donnelly, M. et Mays, N. (1996). Leaving hospital II: The cost-effectiveness of community care for former long-stay psychiatric hospital patients. Journal of Mental Health, 5 (4), 379-394.

- Beecham, J., Knapp, M. et Fenyo, A. (1991). Costs, needs, and outcomes. Schiophrénia Bulletin, 17 (3), 427-439.
- Beecham, J., Knapp, M. et Fenyo, A. (1993). Costs, needs, and outcomes in Community Mental Health Care. Chap. 11 dans A.Netten et J. Beecham, Costing Community Care: Theory and Practice. . PSSRU University of Kent at Canterbury
- Bigelow, D.A., Brodsky, G., Steward, L., et Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. Dans W. Tash et G. Stahler (Édis), Innovative approaches to mental health (pp. 345-366). New-York: Academic Press.
- Bigelow, D. et Young, D. (1991). Effectiveness of a case management program. Community Mental Health Journal, 27, 115-123.
- Blais, M.R., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., et Brière, N.M. (1989). L'Échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du «Satisfaction With Life Scale» (French-Canadian validation of the Satisfaction With Life Scale). Canadian Journal of Behavioral Science, 21, 210-223.
- Bond, G.R., McDonell, E.C., et Miller, L.D. (1991). Assertive community treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15, 31-43.
- Bond, G.R., Miller, L.D., Krumwied, R.D. et Ward, R.S. (1989). Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. Hospital and Community Psychiatry, 39, 411-418.

Bond, G., Miller, L. et Halter, C. (1989). Controlled research on rehabilitation approaches for dually diagnosed young adults. Presented at International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, Miami, Florida.

Bond, G., Witheeridge, T., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J. et DeGraaf-Kaser, R. (1992). Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: A controlled study. American Journal of Community Psychology.

Borland, A., McRae, J., et Lycan, C. (1989). Outcomes of five years of continuous intensive case management. Hospital and Community Psychiatry, 40, 369-976.

Busfield, J. (1982). Gender and mental illness. International Journal of Mental Health, 11, 46-66.

Bush, C., Langford, M.W., Rosen, P., et Gott, W. (1990). Operation outreach: Intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. Hospital and Community Psychiatry, 41, 647-649.

Carne, B. (1998). Le point de vue d'un consommateur. Revue canadienne de santé mentale communautaire, Suppl. Spéc. 3, 23-31.

Challis, D., Chesterman, J. et Traske, K. (1993). Case management: Costing the experiments. Dans A. Netten, A. et Beecham, J. (Eds.), Costing Community Care: Theory and Practice (pp. 143-161). Vermont: Ashgate Publishing Company.

Clark, R.E., Teague, G.B., Ricketts, S.K., Bush, P.W., Xie, H., McGuire, T.G., Drake, R.E., McHugo, kG.J., Keller, A.M., et Zubkoff, M. (1998). Cost-effectiveness of assertive community

Étude besoins-coûts et coûts -efficacité 132

treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Health Services Research, 33(5), 1285-1308.

Corten, P., Mercier, C., et Pelc, I. (1994). «Subjective quality of life»: Clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29, 178-183.

Curtis, J.L., Millman, E.J., Streuning, E. et D'Ercole A. (1992). Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. Hospital and Community Psychiatry, 43, 895-899.

Dean, C., Phillips, J., Gadd, E.M., Joseph, M., et England, S. (1993). Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. British Medical Journal, 307, 473-4476.

Derogatis, L. (1977). The SCL-90 Manual I: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90. Clinical Psychometric Research: Baltimore.

Derogatis, L. et Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psychological Medicine, 13, 595-605.

DeSisto, M., Harding, C.M., McCormick, R.V., Ashikaga, T., et Brooks, G.W. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. II. Longitudinal Course Comparisons. British Journal of Psychiatry, 167, 338-242.

Dickey, B., Latimer, E., Powers, K., Gonzalez, O. et Goldfinger, S.M. (1997). Housing costs for adults who are mentally ill and formerly homeless. Journal of Mental Health Administration, 24 (3), 291-305.

- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., et Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49(1), 71-161.
- Dennis, D.L., Buckner, J.C., Lipton, F.R., Levine, I.S. (1991). A decade of research and services for homeless mentally ill persons: where do we stand? American Psychologist, 46, 1129-1138.
- Dincin, J., Wasmer, D., Witheridge, T.F., Sobeck, L., Cook, J. et Razzano, L. (1993). Impact of Assertive Community Treatment on the use of state hospital inpatient bed-days. Hospital and Community Psychiatry, 44(9), 833-838.
- Donohue, M.V. et Lieberman, H. (1992). Social competence of male and female psychiatric patients: Sociability, social presence, socialization and age of onset of psychosis. Occupational Therapy in Mental Health, 12(1), 25-46.
- Drake, R.E. et Adler, D.A., 1984. Shelter is not Enough: Clinical Work with the Homeless Mentally Ill. P. 141-152 dans The Homeless Mentally Ill. Ed. H.R. Lamb. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Drummond, M.F., Stoddart, G.L. et Torrance, G.W. (1987). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Medical publications: Oxford.
- Drummond, M.F., O'Brien, B. et Stoddart, G.L. (1997). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press.
- Essock, S.M., Frisman, L.K., et Kontos, N.J. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. American Journal of Orthopsychiatry, 68(2), 179-191.

- Farina, A. (1981). Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. Clinical Psychology Review, 1, 223-243.
- Franklin, J., Solovitz, B., Mason, M., Clemons, J.R. et Miller, G.E. (1987). An evaluation of case management. American Journal of Public Health, 77, 674-678.
- Gehrs, M. (Éd.) (1993). Mental Health Case Management Training Resource Guide, Mental Health Case Management Association of Ontario.
- Gelberg, L et Linn, L.S. (1988). Social and Physical Health of Homeless Adults Previously Treated for Mental Health Problems. Hospital and Community Psychiatry, 39, 510-516.
- Gélinas, D. (1998a). Le suivi dans le milieu de vie des personnes. Santé mentale au Québec, 23 (2), 7-16.
- Gélinas, D. (1998b). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Santé mentale au Québec, 23 (2), 17-47.
- Goering, P.N., Farkas, M.D., Wasylenki, D.A., Lancee, W.J. et Ballantyne, R. (1998). Improved Functioning for Case Management Clients, Psychosocial Rehabilitation Journal, 12, 3-17.
- Haas, G.L., Glick, I.D., Clarkin, J.F., Spencer, J.H., et Lewis, A.B. (1990). Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an inpatient family intervention. Schizophrenia Bulletin, 16, 277-292.
- Harding, C.M., Zubin, J., et Strauss, J.S. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? Hospital and Community Psychiatry, 38(5), 477-486.

Holloway, F., Oliver, N., Collins, E. et J. Carson. (1995). Case management: a critical review of the outcome literature. European Psychiatry, 10, 113-128.

Hoult, J., Reynolds, I., Charbonneau-Powis, M., Weekes, P., et Briggs, J (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomized trial. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 101, 160-167.

Hoult, J. et Reynolds, I. (1984). Schizophrenia: a comparative trial of community-oriented and hospital-oriented psychiatric care. Acta Psychiatrica Scandinava, 69, 359-372.

Hu, T.-W., Jerrell, J.M. (1998). Estimating the cost impact of three case management programmes for treating people with severe mental illness. British Journal of Psychiatry, 173, (Suppl. 36), 26-32.

Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophrenia Bulletin, 8, 655-674.

Jerrell, J.M. (1995). Toward managed care for persons with severe mental illness: implications from a cost-effectiveness study. Health Affairs, 14(3), 197-207.

Jerrell, J. et Hu, T. (1989). Cost-effectiveness of intensive clinical and case management compared with an existing system of care. Inquiry, 26, 224-234.

Johnston, S., Salkeld, G., Sanderson, K., Issakidis, C., Teesson, M. et Buhrich, N. (1998). Intensive case management: a cost-effectiveness analysis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32, 551-559.

Kanter, J. (1989). Clinical case management: definition, principles, components. Hospital and Community Psychiatry, 40, 361-368.

Kearns, R.A., Taylor, S.M., et Dear, M. (1987). Coping and satisfaction among the chronically mentally disabled. Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, 6(2), 13-25.

Knapp, M.R.J. (1995a). The economic perspective: framework and principles. In Knapp, M.R.J. (Ed.). The economic evaluation of mental health care (pp.1-26). Vermont: Ashgate Publishing Company.

Knapp, M.R.J. (1995b). Costs and outcomes: variations and comparisons. In Knapp, M.R.J. (Ed.). The economic evaluation of mental health services (pp. 83-102).

Knapp, M.R.J. (1993). Principles of applied research. In Netten, A. et Beecham. J. (Ed.). Costing Community Care: Theory and Practice (pp. 61-72). Vermont: Ashgate Publishing Company.

Knapp, M.R.J. (1986). The relative cost-effectiveness of public, voluntary and private providers of residential child care, dans A. Culyer et B. Jönsson (Eds) Public and Private Health Services, Basil Blackwell, Oxford.

Knapp, M.R.J. (1984). The economics of social care. London: Macmillan.

Knapp, M.R.J. (1981). Cost information and residential care of the elderly. Ageing & Society, 1 (2), 199-228.

Knapp, M.R. J. et Beecham, J.K. (1990). Costing mental health services. Psychological Medicine, 20, 893-908.

Knapp, M.R.J. and Beecham, J.K. (1993). Health economics and psychiatry: the pursuit of efficiency, in D. Bhugra and J. Leff (eds) Principles of Social Psychiatry, Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Knapp, M.R.J., Cambridge, P., Thomason, C., Beecham, J.K., Allen, C. et Darton, P.A.

(1992). Care in the Community: challenge and demonstration, Ashgate Aldershot.

Knapp, M.R.J., Marks, I., Wolstenholme, J., Beecham, J., Astin, J., Audini, B., Connolly, J., et Watts, V. (1998). Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. British Journal of Psychiatry, 172, 506-512.

Knapp, M.R.J. et Missiakoulis, S. (1982). Inter-sectoral cost comparisons: day care for the elderly. Journal of social policy, 11 (3), 335-354.

Latimer, E. (1999). Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A review of the literature. Canadian Journal of Psychiatry, 44, 443-454.

Lehman, A.F. (1983). The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. Archives of General Psychiatry, 40 (4), 369-373.

Lehman, A.F. (1992). The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessmentss among the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning, 6, 143-151.

Lehman, A.F., Dixon, L., Hoch, J.S., Deforge, B., Kernan, E. Et Frank, R. (1999). Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. British Journal of Psychiatry, 174, 346-352.

Lehman, A., Possidente, S. et Hawker, F.(1986). The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. Hospital & Community Psychiatry, 37 (9), 901-907.

Lehman, A.F., Slaughter, J.G. et Myers, C.P (1992). Quality of life experiences of the chronically mentally ill: Gender and stages of life effects. Evaluation & Program Planning, 15(1),7-12..

Lehman, A.F., Reed, S.K., et Possidente, S.M. (1982). Priorities for long-term care:

comments from board-and-care residents. Psychiatric Quarterly, 54(3), 181-190.

Lehman, A.F., Ward, N.C., et Linn, L.S. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. American Journal of Psychiatry, 139(10), 1271-1276.

Levitt, A.J., Hogan, T.P. et Bucosky, C.M. (1990). Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. Psychological Medecine, 20, 03-710.

Mayer, R. R. et Greenwood, E. (1980). The Design of Social Policy Research. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs. California.

McGlashan, T.H. et Bardenstein, K.K. (1990). Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. Schizophrenia Bulletin, 16, 319-329.

Maurin, J. (1990). Case Management: Caring for Psychiatric Clients, Journal of Psychosocial Nursiing and Mental Health Services, 28, 7, 6-12.

McClary, S., Lubin, B., et Evans, C. (1989). Evaluation of a community treatment program for young adult schizophrenics. Journal of Clinical Psychology, 45(5), 806-808.

McCrone, P., Beecham, J. et Knapp, M. (1994). Community psychiatric nurse teams: Cost-effectiveness of intensive support versus generic care. British Journal of Psychiatry, 165 (2), 218-221.

McFarlane, W.R., Stastny, P., et Deakins, S. (1992). Family-aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for pesons with schizophrenic disorders. New Direction in Mental Health Services, 53, 43-54.

McGrew, J.H., Bond, G.R., Dietzen, L., McKasson, M. et Salyers, M. (1995). A multisite study of client outcomes in assertive community treatment.. Psychiatric Services, 46 (7), 696-701.

McGuire, T., Dickey, B., et Shively, G.E. (1987). Differences in resource use and cost among facilities treating alcohol, drug abuse, and mental health disorders: implications for design of a prospective payment system. American Journal of Psychiatry, 144, 616-620.

McRae, J., Higgins, M., Lycan, C., et Sherman, W. (1990). What happens to patients after five years of intensive case management stops? Hospital and Community Psychiatry, 41, 175-183.

Mercier, C. (1989). Conditions de vie et lieux de résidence. Santé Mentale au Québec, 14(2), 158-171.

Mercier, C., Peladeau, N. et Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. Community Mental Health Journal, 34 (5), 487-500.

Mercier, C. (1998). L'expérience canadienne. Revue Canadienne de santé mentale Communautaire, Suppl. Spéc. 3, 59-66.

Mercier, C. et King, S. (1994). A latent causal model of the quality of life of psychiatric patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 72-77.

Mercier, C., Tempier, R., et Renaud, C. (1992). Services communautaires et qualité de la vie: Une étude d'impact en région éloignée. Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie, 37(8), 553-563.

Michel, I. (1996). Adapting British Human Services Economic Evaluation Methodology to Ontario. Thèse de maîtrise non publiée, Université Laurentienne, Sudbury, Ontario.

Modrcin, M., Rapp, C., et Poertner, J. (1988). The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning, 11, 307-314.

Morse, G. A. (1992). Causes of homelessness. P. 3-17 dans Homelessness: A National Perspective, Eds M. J. Robertson et M. Greenblatt. New York: Plenum Press.

Morse, G., Muether, R., Harman, L., Calsyn, R., et Dannelet, M. (1988). Community services for the homeless: Preliminary experimental results. Presented at 141st annual meeting of the American Psychiatric Association, Montreal, Canada.

Mueser, K.T., Bellack, A.S., Morrison, R.L. et Wade, J.H. (1990). Gender, social competence and symptomatology in schizophrenia: A longitudinal analysis. Journal of Abnormal Psychology, 2, 138-147.

Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., Audini, B., McNamee, G. (1992). The Daily Living Programme. Preliminary comparison of community vs hospital based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. British Journal of Psychiatry, 160, 379-384.

Mulder, R. (1982, unpublished). Final evaluation of the Harbinger Program as a demonstration project. Dans Solomon, P. (1992). The Efficacy of Case Management Services for Severely Mentally Disabled Clients. Community Mental Health Journal, 28 (3), 163-180.

Nemec, P.B. et Furlong-Norman, K. (1989). Supports for psychiatrically disabled persons, dans Frakas, M.D., Anthony, W.A. (Éds.) Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into Practice, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, 192-225.

Netten, A. et Beecham, J. (1993). Costing Community Care: Theory and Practice. .

North, C.S. et Smith, E.M. (1993). A systematic Study of Mental Health Services

Utilization by Homeless Men and Women. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28,77-83.

Olfson, M. (1990). Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence. Hospital and Community Psychiatry, 41(6), 634-641.

Overall, J.E., et Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports, 110, 799-812.

Pavot, W., et Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. Psychological Assessment, 5(2), 164-172.

Pepper, B., et Ryglewicz, H. (Eds.) (1982). The young adult chronic patient: New directions for mental health services. San Francisco: Jossey-Bass.

Pindney, A.A., Gerber, G., et Lafave, H.G. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation: The clients' perspective. Acta Psychiatrica Scandinavica, 83, 86-91.

Pyke, J., Nimigon, L., et Robertson, V. (1998). Le Community Resources Consultats de Toronto: deux programmes de case management. Santé mentale au Québec, 23, 70-92.

Poirier, M., Ritzhaupt, B., Larose, S., et Chartrand, D. (1998). Case management: Le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal. Santé mentale au Québec, 23, 93-118.

Randolph, F.L., Lindenberg, R.E. et Menn, A.Z. (1986). Residential facilities for the mentally ill: Needs assessment and community planning. Community Mental Health Journal, 22(2), 77-89.

Rapp, C.A. et Wintersteen, R. (1989). The strenghts model of case management: results from twelve demonstrations, Psychosocial Rehabilitation Journal, 13 (1), 22-32.

Regional Case Management Service. (1994). Regional Case Management Service : Mission, goals, program objectives, functions, activities. (Program Document). Ottawa, ON: Author.

Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life on the chronically mentally ill. Journal of Health and Social Behavior, 33, 299-314.

Rosenheck, R.A., et Neale, M.S. (1998). Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services. Archives of General Psychiatry, 55, 459-466.

Rossi, P.H. et Freeman, H.E. (1989). Evaluation. A systematic Approach. (Fourth Edition). Sage Publications, California.

Rossler, W., Loffler, W., Fatkenheuer, B. et Reicher-Rossier, A. (1992). Does case management reduce the rehospitalizaion rate? Acta Psychiatrica Scandinava, 86, 445-449.

Sabin, R. et Allen, V.L. (1968). Increasing participation in a natural group setting: a preliminary report. Psychological Record 18 (1), 1-7.

Sacks, J.M., Philips, J.E. et Cappelletty, G. (1987). Characteristics of the Homeless Mentally Disordered Population in Fresno County. Comunity Mental Health Journal, 23, 114-119.

Santé Canada (Atkinson, M.J. et Zibin, S.) (1996). Évaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques: analyse critique des mesures et des méthodes. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.

Schmidt-Posner, J. et Jerrell, J.M. (1998). Qualitative analysis of three case management programs. Community Mental Health Journal, 34(4), 381-392.

- Segal, S.P. et Everett-Dille, L. (1980). Coping styles and factors in male/female social integration. Journal of Health and Social Behavior, 61, 8-20.
- Simpson, C.J., Hyde, C.E., et Faragher, E.B. (1989). The chronically mentally ill in the community facilities: A study of quality of life. British Journal of Psychiatry, 154, 77-82.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. Community Mental Health Journal, 28(3), 163-180.
- Stein, L.I. (1990). Comment by Leonard Stein. Hospital and community Psychiatry, 41, 6, 649-651.
- Stein, L.I. et Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment, I; conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry, 37, 392-397.
- Sullivan, G., Wells, K.B., et Leake, B. (1991). Quality of life of seriously mentally ill persons in Mississippi. Hospital and Community Psychiatry, 42(7), 752-755.
- Tabachnick, B.G. et Fidell, L.S. (1996). Using Multivariate Statistics. Third Edition. California State University, Northridge. Harper Collins College Publishers.
- Tantan, D. (1988). Quality of life in the chronically mentally ill. The international Journal of Social Psychiatry. 34(4), 243-247.
- Tempier, R., Caron, J., Mercier, C. Et Leouffre, P. (1998). Quality of life of severely mentally ill individuals: A comparison with low income and general population. Community Mental Health Journal.
- Tessier, L., et Clément, M. (1992). La réadaptation psychosociale en psychiatrie, Québec, Morin Éditeur.

Test, M.A., Burke, S.S. et Walisch, L.S. (1990). Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. Schizophrenia Bulletin, 16, 331-344.

Test, M.A., et Stein, L. (1980). Alternative to mental hospital treatment III. Social cost. Archives of General Psychiatry, 37, 409-412.

UK700 Group (1999). Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Preliminary report. British Journal of Psychiatry, 174, 74-79.

UK700 Group (2000). Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. British Journal of Psychiatry, 176, 537-543.

Vallée, C., Courtemanche, N. et Boyer, T. (1998). Au-delà des assises conceptuelles: Illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe. Santé mentale au Québec, 23 (2), 48-69.

Vandiver, V.L. (1998). Quality of life, gender and schizophrenia: A cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. Community Mental Health Journal, 34(5), 501-512.

Van Dongen, C.J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. Community Mental Health Journal, 32(6), 543-548.

Warner, R., et Huxley, P. (1993). Psychopathology and quality of life among mentally ill patients in the community. British and US samples compared. British Journal of Psychiatry, 163, 505-509.

Wattie, B.J.S. et Edward, H.B. (1985). Gender differences in living conditions found among male and female schizophrenic patients in a follow-up study. International Journal of Social Psychology, 31, 205-216.

Wasylenki, D.A., Goering, P.N., Lancee, W.J., Ballantyne, R. Et Farkas, M. (1985). Impact of a case manager program on psychiatric aftercare. Journal of Nervous and Mental Disorders, 173, 303-308.

Weisbrod, B., Test, M.A., et Stein, L.K. Alternative to mental hospital treatment, II: economic cost-benefit analysis. Archives of General Psychiatry, 37, 400-405.

Williams, R. et Zimmerman, D. (1983). The comparative reliability of simple and residualized difference scores. Journal of Experimental Education, 51, 94-97.

Wintheridge, T.F. (1992). The assertive community treatment worker: An emerging role and its implications for professional training, dans S.M. Rose (Éd.) Case management and Social Work Practice, Longman, White Plains, 101-111.

Wintheridge, T.F. (1990). Assertive Community Treatment as a supported housing approach, Psychosocial Rehabilitation Journal, 13 (4), 69-75.

Wright, R.G., Heiman, J.R., Shupe, J., et Olvera, G. (1989). Defining and measuring stabilization of patients during 4 years of intensive community support. American Journal of Psychiatry, 146(10), 1293-1298.

Yates, B.T. (1996). Analyzing costs, procedures, processes, and outcomes in human services. Applied Social Research Methods Series, vol. 42, CA: Sage.

Zautra, A., et Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators; A review of the literature. Community Mental Health Review, 4, 1-10.

Zumbo, B. (1983). The comparative reliability of simple and residualized difference Scores : A corrigendum. Journal of Experimental Education, 61(1), 81-83.

**ANNEXE A**

**Trousse d'évaluation IAPSRs Toolkit (Arns, 2001)**

**9- MONTH TOOLKIT**

**& COSTING PKG**



20167

# CMHEI - Socio-Demographic Information - Follow-up

(Please print using BLOCK letters or numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

GENDER:  Female  Male

DATE OF BIRTH (mm/dd/yy):  /  /

EDUCATION - years of school completed: (Please circle one.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20+
----- Primary -----									----- Secondary -----						----- Post-secondary -----					

MARITAL STATUS:  
(check one)

- Single, Never Married
- Married
- Cohabiting with Significant Other
- Separated
- Divorced
- Widowed

### ILLNESS INFORMATION:

Indicate consumer's diagnoses (given by licensed mental health professional) using the following categories. Select one or more:

- Mood disorder
- Anxiety disorder
- Schizophrenic disorder
- Personality disorder
- Developmental handicap
- Substance-related disorder
- Mental disorders due to a medical condition
- Delirium, dementia, amnesic, other cognitive disorders
- Specific disorder of childhood/ adolescence
- Other
- Unknown

20167





20167

# CMHEI - Health, Education and Legal Issues - Follow-up

(Please print using BLOCK letters or numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

If no follow-up data collected, fill in circle and return form to CC:  No follow-up

### Health and Compliance (in the past 9 MONTHS):

Please use the following scale to rate the consumer's physical health problems in the past 9 MONTHS:

- No physical health problem.
- Minor health problems (e.g. cold, non-serious fall, etc.).
- Physical health problem imposes mild restriction on mobility and activity.
- Moderate degree of restriction on activity due to physical health problem.
- Severe or complete incapacity due to physical health problem.

How often does the consumer attend scheduled/ planned contacts with his/ her primary worker (not completed at baseline)?

- Most of the time
- About half of the time
- Less than half of the time
- Not at all
- Unknown

How often does the consumer have any contact with his/ her primary worker (not completed at baseline)?

- Daily
- At least weekly
- At least monthly
- Less than monthly
- Not at all

Has the consumer been prescribed medications for emotions, nerves or alcohol/ drug abuse?  Yes  No

If yes, how often does he/she take these medications as prescribed?

- Most of the time
- About half of the time
- Less than half of the time
- Unknown

### Education:

Has the consumer currently been enrolled as a student (in the past week)?

- Yes
- No

Has the consumer been enrolled as a student during the past 9 MONTHS?

- Yes
- No

Go to "Legal Issues" section

What is the most recent institution?:

- Secondary (High School)
- Adult Education
- Community College
- Vocational/Technical / Trade School
- University
- Other

Was the program:  Full-time  Part-time

How regularly did the consumer attend classes?

- Most of the time
- About half of the time
- Less than half of the time
- Unknown

### Legal Issues:

Please answer the following questions for the period beginning 9 MONTHS ago and ending today. Has the consumer...

... been arrested?

- No
- Yes

If yes, # of arrests:

... spent any nights in prison/ jail?

- No
- Yes

If yes, # of nights:

# separate prison/ jail episodes:

# episodes for offences committed in last 9 MONTHS:

... been on parole/probation?

- No
- Yes

If yes, # of episodes:

# episodes for offences committed in last 9 MONTHS:

... been violently victimized?

- No
- Yes

If yes, # of times:

... been otherwise victimized?

- No
- Yes

If yes, # of times:

20167





# CMHEI - Employment Log - Follow-up

(Please print using BLOCK letters or numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):   /   /

Person Completing Form:

Indicate Period:

Baseline       Follow-up 3

Follow-up 1       Follow-up 4

Follow-up 2

Is the consumer **CURRENTLY** working, including volunteer work?     No     Yes

For the **9 MONTH** period ending today, total number of different jobs (paid & unpaid):

**If none, go to next page**

For the **9 MONTH** period ending today, list details of each different job (paid & unpaid) starting with most recent (or current) job:

Job status	Paid?	Job support	Self-employed?	Employed by CSI?	# of weeks
<input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time regular <input type="radio"/> Part-time casual	<input type="radio"/> Volunteer <input type="radio"/> Paid (if so, give hourly wage) \$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sheltered workshop <input type="radio"/> Other supported approach <input type="radio"/> Independent	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time regular <input type="radio"/> Part-time casual	<input type="radio"/> Volunteer <input type="radio"/> Paid (if so, give hourly wage) \$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sheltered workshop <input type="radio"/> Other supported approach <input type="radio"/> Independent	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time regular <input type="radio"/> Part-time casual	<input type="radio"/> Volunteer <input type="radio"/> Paid (if so, give hourly wage) \$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sheltered workshop <input type="radio"/> Other supported approach <input type="radio"/> Independent	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time regular <input type="radio"/> Part-time casual	<input type="radio"/> Volunteer <input type="radio"/> Paid (if so, give hourly wage) \$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sheltered workshop <input type="radio"/> Other supported approach <input type="radio"/> Independent	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time regular <input type="radio"/> Part-time casual	<input type="radio"/> Volunteer <input type="radio"/> Paid (if so, give hourly wage) \$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sheltered workshop <input type="radio"/> Other supported approach <input type="radio"/> Independent	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time regular <input type="radio"/> Part-time casual	<input type="radio"/> Volunteer <input type="radio"/> Paid (if so, give hourly wage) \$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sheltered workshop <input type="radio"/> Other supported approach <input type="radio"/> Independent	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	<input type="text"/> <input type="text"/>



### 3. EMPLOYMENT LOG

3. **IF EMPLOYED**

3.1 What job is s/he doing? \_\_\_\_\_

3.2 When did s/he start this job? \_\_\_\_\_

# CMHEI - Financial Log - Follow-up

(Please print using BLOCK letters or numbers inside boxes)

20167



ID:

Date (mm/dd/yy):   /   /

Person Completing Form:

Indicate Period:  
 Baseline     Follow-up 3  
 Follow-up 1     Follow-up 4  
 Follow-up 2

Did the consumer have a regular source of income/ benefits during the past **9 MONTHS**?

Yes  
 No If no, go to next page

If consumer did have a regular source of income/ benefits, indicate average monthly income during the past **9 MONTHS**? (Code 9999 if amount received is unknown.)

\$

For a **TYPICAL MONTH** in the past **9 MONTHS**, indicate sources of income/ benefits:

	Indicate whether source received	Indicate amount rec'd from EACH source (Code 9999 if amount rec'd unknown)	Mark primary source (only one)
Ontario Works (General Welfare Assistance)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Ontario Disability Support Program (Family Benefits Allowance)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Disability Income (GAINS-D, CPP)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Gross Earnings (self)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pension/ Insurance (Workman's Compensation, Old Age Supplement (OAS), GIS, SPA, Employment Insurance)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Contributions from family (including Spouse/ Partner) for living expenses ( e.g., rent, food, utilities, allowance)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Other Income, not Earnings or Benefits (e.g., alimony, child support, trust fund, inheritances) Specify:	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

20167



#### 4. FINANCIAL LOG

4.1 Does s/he receive any GST ? (CIRCLE ANSWER) YES  
NO

4.2 Has s/he received any loans, grants or subsidies in the last nine months  
(e.g. housing start up, clothing and books, students loans, recreation subsidies,  
etc.) YES  
NO IF YES: Describe briefly

Description	Source	Amount (weekly, monthly, or annually)



# CMHEI - Hospitalization Log - Follow-up

(Please print using BLOCK letters or numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):   /   /

Person Completing Form:

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

Has the consumer had any overnight stays during the past **9 MONTHS**?  
 (e.x., for treatment, detox, safe bed)  Yes  No If no, go to next page

If yes, please provide the following information for each separate stay:

Facility (enter first 12 letters)	Province (if not ON)	Reason* (check all that apply)	Facility code**	Voluntary	Days in Facility	Admission date also in last 9 months?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Detox <input type="radio"/> Med	<input type="radio"/> PPH <input type="radio"/> Sp <input type="radio"/> GH1 <input type="radio"/> GH <input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Detox <input type="radio"/> Med	<input type="radio"/> PPH <input type="radio"/> Sp <input type="radio"/> GH1 <input type="radio"/> GH <input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Detox <input type="radio"/> Med	<input type="radio"/> PPH <input type="radio"/> Sp <input type="radio"/> GH1 <input type="radio"/> GH <input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Detox <input type="radio"/> Med	<input type="radio"/> PPH <input type="radio"/> Sp <input type="radio"/> GH1 <input type="radio"/> GH <input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Detox <input type="radio"/> Med	<input type="radio"/> PPH <input type="radio"/> Sp <input type="radio"/> GH1 <input type="radio"/> GH <input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Detox <input type="radio"/> Med	<input type="radio"/> PPH <input type="radio"/> Sp <input type="radio"/> GH1 <input type="radio"/> GH <input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Detox <input type="radio"/> Med	<input type="radio"/> PPH <input type="radio"/> Sp <input type="radio"/> GH1 <input type="radio"/> GH <input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Detox <input type="radio"/> Med	<input type="radio"/> PPH <input type="radio"/> Sp <input type="radio"/> GH1 <input type="radio"/> GH <input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

\*: Reason: PSY: Psychiatric SA: Substance Abuse treatment DETOX: Detoxication MED: Medical

\*\*: Facility Codes: PPH: Provincial Psychiatric Hospital SP: Specialty Hospital  
 GH1: General hospital with psychiatric ward (schedule 1)  
 GH: General hospital without psychiatric ward (non-schedule 1)  
 Other: Non-hospital setting



### 5. HOSPITALIZATION LOG

(FOR THE LAST 9 MONTHS)

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost (2)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify)

2. Travelling cost: If covered, place a C in box; If out of pocket, place amount of charge in \$ terms.

# CMHEI - Residential Log - Follow-up

(Please print using BLOCK letters or numbers inside boxes)

20167



ID:

Date (mm/dd/yy):   /   /

Person Completing Form:

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

**CURRENT SETTING:**

Which setting best represents where the consumer is currently staying/ sleeping?

Private house/ apartment } How many people share this house/ apt/home (include consumer)?

Group home (Shared common space, varying levels of support.) }

Hostel/ shelter }

Boarding/ Foster home } How many people live under this roof (include consumer)?

Rooming house }

Retirement/ Long term care facility }

Correctional facility }

Hospital }

On the street }

Other

If consumer is currently staying in a facility, hospital, or on the street go to "STABILITY"

For this current setting,

Who does the consumer CURRENTLY (in the past week) live with? (Indicate all that apply.)

Spouse/Partner  Parent(s)  Child(ren)  Other family  Alone  Friend(s)/Other non-family

Is the consumer sharing a bedroom (excluding spouse/ partner)?  Yes  No

Level of staff support LINKED to the residential setting (e.g., support is lost if consumer moves). Exclude support provided by family.

Indicate all that apply.  None  On call  Regular  On site (specify):  Night  Day  24 hour  
 (e.g. Crisis) Visit

Does the consumer pay rent?  Yes  No

IF YES: Amount of monthly rent: \$

Is the rent either geared to his/ her income or subsidized in some other way?  Yes  No

**STABILITY:**

How many nights (consecutive or non-consecutive) has the consumer spent on the streets or in the shelters in the past 9 months?

None  <7 days  7-30 days  31-90 days  >90 days

Does the consumer expect to be staying where he/she is for less than 60 days in total (include # of days already there)?  Yes  No

How many times has the consumer moved during the past 9 months (excluding hospital and jail)?

If 0, go to NEXT PAGE

**MAIN SETTING:**

Which setting best represents where the consumer stayed/slept most nights in the past 9 months?

Private house/ apartment } How many people shared this house/ apt/home (include consumer)?

Group home (Shared common space, varying levels of support.) }

Hostel/ shelter }

Boarding/ Foster home } How many people lived under this roof (include consumer)?

Rooming house }

Retirement/ Long term care facility }

Correctional facility }

Hospital }

On the street }

Other

If consumer stayed most nights in a facility, hospital or on the street go to NEXT PAGE

For this main setting,

Who was the consumer living with? (Indicate all that apply.)

Spouse/Partner  Parent(s)  Child(ren)  Other family  Alone  Friend(s)/Other non-family

Was the consumer sharing a bedroom (excluding spouse/ partner)?  Yes  No

Level of staff support LINKED to the residential setting. Exclude support provided by family.

Indicate all that apply.  None  On call  Regular  On site (specify):  Night  Day  24 hour  
 (e.g. Crisis) Visit

Did the consumer pay rent?  Yes  No

IF YES: Amount of monthly rent: \$

Was the rent either geared to his/ her income or subsidized in some other way?  Yes  No

20167



**6. RESIDENTIAL LOG**

6.1 Client's present address \_\_\_\_\_  
Name of Establishment (if relevant) \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.2 Approximate date s/he moved here, if less than 9 months ago \_\_\_\_\_

6.2.1 Who manages the establishment?  
(CIRCLE NUMBER OF RESPONSE)

<u>MANAGER</u>		<u>NAME</u>
OTTAWA HOUSING	1	_____
NON-PROFIT ORGANIZATION (City Living, C.T.O.C., Project Upstream)	2	_____ _____
PRIVATE OWNERS (i.e. rooming/boarding house/residential)	3	_____
OTHER (specify)	4	_____ _____

6.3 Has s/he lived anywhere else over the last nine months, excluding short-term hospital stays and jail ? YES  
(CIRCLE ANSWER) NO

**IF YES:** Describe briefly. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



16602

# CMHEI - Service/ Resource Use Form

## Psychiatrist Visits Log - Follow-up

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

In the **PAST 30 DAYS** did the consumer use the services of a psychiatrist?

- No If no, go to next page.  
 Yes If yes, complete one line for each visit:

Location	Province (if not ON)	Group, individual or family therapy ?			Length of visit	
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	Group <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Family <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.

Shade circles like this:

Not like this:



16602

## 7. PSYCHIARIST VISITS LOG

(FOR THE PAST 30 DAYS)

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost (2)	Focus of visit (3)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify  
 2. Travelling cost: If covered, place a C in box; If out of pocket, place amount of charge in S terms.  
 3. Chose options: (1) psychotherapy (2) medication follow up (3) other - specify



49729

# CMHEI - Service/ Resource Use Form

## Psychiatrist Visits Log

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)

SU  
CMFAM  
Pg 1/5

ID:

Person Completing Form:



Date (mm/dd/yy):  /  /

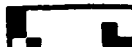
Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

In the **PAST 9 MONTHS** did the consumer use the services of a psychiatrist?

No If no, go to next page.  
 Yes If yes, complete one line for each visit:

Location	Province (if not ON)	Group, individual or family therapy ?	Length of visit	
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.
<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Group <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Family	<input type="radio"/> <20 min. <input type="radio"/> 20-29 min.	<input type="radio"/> 30-59 min. <input type="radio"/> 60+ min.

Shade circles like this:   
 Not like this: 

49729 

## 7.1 PSYCHIATRIST VISITS LOG

(For the past 9 months)

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost (2)	Focus of visit (3)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____				

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify
2. Travelling cost: If covered, place a C in box; If out of pocket, place amount of charge in S terms.
3. Chose options: (1) psychotherapy (2) medication follow up (3) other - specify



16602

# CMHEI - Service/ Resource Use Form

## Non-psychiatrist Health Professional Visits Log - Follow-up

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:  
 Baseline       Follow-up 3  
 Follow-up 1     Follow-up 4  
 Follow-up 2

In the **PAST 30 DAYS** did the consumer visit a physician (non-psychiatrist) in any setting or another health professional in an office-based practice?

- No    If no, go to next page.  
 Yes    If yes, complete one line for each type of service:

Type of visit*	Provider	Location	Province (if not ON)	Average length of visit	Number of visits
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>

- Type\*:**
- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 1= mental health | 5= foot care             |
| 2= eye care      | 6= lab tests             |
| 3= dental care   | 7= other physical health |
| 4= ear care      | 8= other                 |

Shade circles like this:   
Not like this:

16602



**8. Non-psychiatrist Health Professional Visits Log**

**CARD 8.1**

**GENERAL HOSPITAL - OUT PATIENTS, DAY TREATMENT**

**PSYCHIATRIC HOSPITAL - OUT PATIENTS, DAY HOSPITAL**

**WALK-IN CLINIC**

**GENERAL PRACTITIONER**

**PSYCHOLOGIST (in hospital or clinic base practice)**

**CHIROPRACTOR**

**CHIROPODIST**

**PODIATRIST**

**DENTIST**

**OPTOMETRIST**

**AUDIOLOGIST**

**DIETICIAN**

**PHYSICAL THERAPIST (in hospital or clinic base practice)**

**8.2 MEDICAL INFORMATION**

8.2. Is s/he registered with a GP **YES**  
**NO**

**IF YES:** Describe role of GP

---

---

---

---

---

### 8.3 NON - PSYCHITRIST HEALTH PROFESSIONAL VISITS LOG

(FOR THE PAST 30 DAYS)

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost made (2)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify)
2. Travelling cost: If covered, place a C in box; If out of pocket, place amount of charge in S terms.

# CMHEI - Service/ Resource Use Form

## Non-psychiatrist Health Professional Visits Log

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)

ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:  
 Baseline       Follow-up 3  
 Follow-up 1       Follow-up 4  
 Follow-up 2

In the **PAST 9 MONTHS** did the consumer visit a physician (non-psychiatrist) in any setting or another health professional in an office-based practice?  No If no, go to next page.  
 Yes If yes, complete one line for each type of service:

Type of visit*	Provider	Location	Province (if not ON)	Average length of visit	Number of visits
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Physician <input type="radio"/> Other (e.g., dentist, podiatrist, social worker)	<input type="radio"/> Provincial hospital <input type="radio"/> All other sites	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> <20 mins <input type="radio"/> 30-59 mins <input type="radio"/> 20-29 mins <input type="radio"/> 60+ mins	<input type="text"/> <input type="text"/>

Type\*:  
 1= mental health      5= foot care  
 2= eye care            6= lab tests  
 3= dental care        7= other physical health  
 4= ear care            8= other

Shade circles like this: ●  
 Not like this: ⊗ ⊕

## 8.4 NON - PSYCHITRIST HEALTH PROFESSIONAL VISITS LOG

(For the last 9 months)

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost made (2)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify)
2. Travelling cost: If covered, place a C in box; If out of pocket, place amount of charge in \$ terms.



16602

# CMHEI - Service/ Resource Use Form

## Community Services and Support Programs Log - Follow-up

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)



ID:

Person Completing Form:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

Has the consumer used community services and support programs during the PAST 30 DAYS?

- No If no, go to next page.
- Yes If yes, complete the following for each program:

Name of Program/ Agency	City (enter first 6 letters)	Province (if not ON)	Program Type*	Total contacts in past 30 days	Contacts in past 30 days which were in a group	Contacts in past 30 days which were on the phone	Total # weeks attended in past 30 days	Average hours per week (during weeks attended)
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

**Program Type\*:**

0 = Substance abuse	5 = Medical/ therapeutic
1 = Social/ recreational	6 = Case management
2 = Vocational/ educational	7 = Self-help/ consumer initiative
3 = Crisis	8 = Legal advocacy
4 = Housing	9 = Other

16602



## **9. COMMUNITY SERVICES AND SUPPORT PROGRAMS LOG**

**CARD 9.1**

**TRAINING CENTER /SHELTERED WORK**

**DROP-IN FACILITY**

**SOCIAL CLUB**

**COMMUNITY CENTER**

**POLICE DEPARTMENT**

**LEGAL AID /COURT**

**PROBATION SERVICES**

**FIRE DEPARTMENT**

**EMPLOYMENT AGENCY**

**EDUCATIONAL FACILITIES - FURTHER OR ADULT EDUCATION**

**OUTGOING LEISURE ACTIVITIES**

**ADDICTION PROGRAM**

**PRIVATE COUNSELLING - SEXUAL ASSAULT CENTRE SUPPORT**

**PSYCHOLOGIST (NOT COVERED BY OHIP)**

**FAMILY SERVICES**

## 9. 1 Community Services and Support Programs Log

(IN THE PAST 30 DAYS)

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost (2)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____ -			

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify)

2. Travelling cost: if covered, place a C in box; If out of pocket, place amount of charge in \$ terms.



# CMHEI - Service/ Resource Use Form

## Community Services and Support Programs Log

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)

ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:

Baseline       Follow-up 3

Follow-up 1       Follow-up 4

Follow-up 2

Has the consumer used community services and support programs during the PAST 9 MONTHS?

- No    If no, go to next page.
- Yes    If yes, complete the following for each program:

Name of Program/ Agency	City	Province (If not ON)	Program Type*	Total contacts in past 9 months	Contacts in past 9 months which were in a group	Contacts in past 9 months which were on the phone	Total # weeks attended in past 9 months	Average hours per week
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

- |                       |                             |                                    |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Program Type*:</b> | 1 = Social/ recreational    | 6 = Case management                |
|                       | 2 = Vocational/ educational | 7 = Self-help/ consumer initiative |
|                       | 3 = Crisis                  | 8 = Legal advocacy                 |
|                       | 4 = Housing                 | 9 = Other                          |
|                       | 5 = Medical/ therapeutic    |                                    |

**9.2 Community Services and Support Programs Log**  
**(In the last 9 months)**

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost (2)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify)
2. Travelling cost: if covered, place a C in box; if out of pocket, place amount of charge in \$ terms.

**13. COMMUNITY SUPPORT WORKER**

13.1 In working with this client has there been any above average administrative or managerial involvement: **(CIRCLE ANSWER)** **YES**  
**NO**

**IF YES:**

13.1.1 Specify the extra involvement (i.e. more than average phone calls, case conferences, extra referrals, supervision, etc...)

---

---

---

---

---

13.1.2 Approximately how much time more than for the average

---



## 10. HOME CARE

### CARD 10

NURSING ASSISTANCE

VISITS BY GENERAL PRACTITIONER - PSYCHIATRIC OR GENERAL MEDICAL CARE

COMMUNITY PSYCHIATRIC NURSE

FIELD SOCIAL WORKER

CASE MANAGER

CHIROPODIST

HOME HELP SERVICE (homemaker)

PRIVATE DOMESTIC HELP

MEALS ON WHEELS

PRIVATE NURSING CARE

SOCIAL SECURITY OFFICER

CARE ATTENDANT (i.e. Comcare)

VISITING OR BEFRIENDER SCHEMES (i.e. volunteer, partner of progress, hired companion)

PHYSICAL THERAPIST

OCCUPATIONAL THERAPIST

OTHER - SPECIFY

**10.2 HOME CARE**

9.2.1 Has s/he received any home care services during the **LAST NINE MONTHS?**      **YES**      **(IF YES, complete boxes below)**  
 (Excluding the one mentioned previously)      **(CIRCLE ANSWER)**      **NO**  
 (SEE CARD 6.1)

Service	Who service is Provided by (1)	Frequency of Visit	Duration of Visit	Average Time per Week	Total Number Sharing Service	Cost of care (2)

1. Service Provided by - Name of Public Agency, Voluntary, Private Organization, or Other - specify)  
 2. Travelling cost: If covered place a C in the box; If out of pocket, place amount of charge in \$ terms.



## 11 EMERGENCY ROOM VISIT LOG

(IN THE PAST 90 DAYS)

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost (2)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify)
2. Travelling cost: If covered, place a C in box; If out of pocket, place amount of charge in S terms.



49729

# CMHEI - Service/ Resource Use Form

## Emergency Room Visit Log

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)

SU  
CM/FAM  
Pg 4/5

ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

Has the consumer used emergency room services during the PAST 9 MONTHS ?

- No If no, go to next page.  
 Yes If yes, complete the following for each ER visit:

Name of Hospital for ER visit	City	Province (if not ON)	Purpose* (check all that apply)	Stayed overnight in holding bed?	Led to a hospital admission?
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Psy <input type="radio"/> Med <input type="radio"/> SA <input type="radio"/> Oth	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

**Purpose\*:** Psy = Psychiatric  
SA = Substance Abuse  
Med = Medical  
Oth = Other

Shade circles like this: ●  
Not like this: ⊗ ⊙

49729

**11.1 EMERGENCY ROOM VISIT LOG**

**(In the last 9 months)**

Accompanied	Travel mode (1)	Travelling cost (2)	Total time (including travel time)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Who? _____			

1. Mode of Travel - Transport provided, Public Transport, Taxi, Other - specify)  
 2. Travelling cost: If covered, place a C in box; If out of pocket, place amount of charge in S terms.



16602

# CMHEI - Service/ Resource Use Form

## Prescribed Psychiatric Medication Log - Follow-up

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

Have psychiatric/ substance abuse medications been dispensed to the consumer during the **PAST 30 DAYS?**

No If no, go to next page.  
 Yes If yes, complete the following for each medication:

Prescription Name (enter first 11 characters)	Type*	Prescribed Dose <i>Indicate mg per dose (if not available, indicate number of pills/ injections taken at one time)</i>	# doses in 24 hour period prescribed (if injection or PRN, see below)	During past month, # days for which medication or injection dispensed
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OR <input type="text"/> . <input type="text"/> mg # pills/ injections	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**Type\*:** 1 = Sleeping pills or other sedatives (e.g. Halcion, Dalmane)  
 2 = Antidepressant or mood stabilizing medications (e.g. Prozac, Elavil, Lithium)  
 3 = Tranquillizers (e.g. Ativan, Valium)  
 4 = Analgesics or painkillers (e.g. Demerol, Darvon)  
 5 = Anti-psychotics (e.g. Haldol, Modecate)  
 6 = Substance abuse treatment (e.g. Methadone, Antabuse)  
 7 = Other

**Indicate:**  
 97 = PRN  
 98 = Injection  
 99 = Unknown

16602





64761

**CMHEI - Service/ Resource Use Form**  
**Prescribed Psychiatric Medication Log**  
 (Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)

SU (2)  
 CH  
 pg 5/5

ID: Date (mm/dd/yy):  /  / Person Completing Form: 
 Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

 Have psychiatric/ substance abuse medications been dispensed to the consumer during the PAST 9 months?
 No If no, go to next page.  
 Yes If yes, complete the following for each medication:

Prescription Name (enter first 11 characters)	Type*	Prescribed Dose <i>Indicate mg per dose (if not available, indicate number of pills/injections taken at one time)</i>	# doses in 24 hour period prescribed (if injection, PRN see below)	During past month, # days for which medication or injection dispensed
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg OR <input type="text"/> # pills/ injections	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Type\***

- 1 = Sleeping pills or other sedatives (e.g. Halcion, Dalmane)
- 2 = Antidepressant or mood stabilizing medications (e.g. Prozac, Elavil, Lithium)
- 3 = Tranquillizers (e.g. Ativan, Valium)
- 4 = Analgesics or painkillers (e.g. Demerol, Darvon)
- 5 = Anti-psychotics (e.g. Haldol, Mofecate)
- 6 = Substance abuse treatment (e.g. Methadone, Antabuse)
- 7 = Other

**Indicate:**

- 97 = PRN
- 98 = Injection
- 99 = Unknown

64761





35354

# CMHEI - Alcohol Use Scale (AUS) - Follow-up

(Please print using BLOCK letters or numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:

Indicate Period:  Baseline  Follow-up 3  
 Follow-up 1  Follow-up 4  
 Follow-up 2

Please rate your client's use of alcohol over the **PAST 6 MONTHS** according to the following scale. You should weight evidence from self-report, interviews, behavioral observations, and collateral reports (family, day center, community, etc.) in making this rating. **FILL THE APPROPRIATE CIRCLE.**

1  **ABSTINENT** Consumer has not used alcohol during this time interval.

2  **USE WITHOUT IMPAIRMENT** Consumer has used alcohol during this time interval, but there is no evidence of persistent or recurrent social, occupational, psychological, or physical problems related to use and no evidence of recurrent dangerous use.

3  **ABUSE** Consumer has used alcohol during this time interval and there is evidence of persistent or recurrent social, occupational, psychological, or physical problems related to use or evidence of recurrent dangerous use. For example, recurrent alcohol use leads to disruptive behavior and housing problems. Problems have persisted for at least one month.

4  **DEPENDENCE** Meets criteria for moderate plus at least three of the following: greater amounts or intervals of use than intended, much of time used obtaining or using alcohol, frequent intoxication or withdrawal interferes with other activities, important activities given up because of alcohol use, continued use despite knowledge of alcohol-related problems, marked tolerance, characteristic withdrawal symptoms, alcohol taken to relieve or avoid withdrawal symptoms. For example, drinking binges and preoccupation with drinking have caused consumer to drop out of job training and non-drinking social activities.

5  **DEPENDENCE WITH INSTITUTIONALIZATION** Meets criteria for dependence plus related problems are so severe that they make non-institutional living difficult. For example, constant drinking leads to disruptive behavior and inability to pay rent so that consumer is frequently reported to police and seeking hospitalization.

Shade circles like this:   
Not like this:





# CMHEI - Drug Use Scale (DUS) - Follow-up

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):   /   /

Person Completing Form:

Indicate Period:

Baseline       Follow-up 3

Follow-up 1       Follow-up 4

Follow-up 2

Please rate the consumer's use of drugs over the PAST 6 MONTHS according to the following scale. You should weigh evidence from self-report, interviews, behavioural observations, and collateral reports (family, day center, community, etc.) in making this rating. **FILL THE APPROPRIATE CIRCLE. Choose one.**

1  **ABSTINENT** Consumer has not used drugs during this time interval.

2  **USE WITHOUT IMPAIRMENT** Consumer has used drugs during this time interval, but there is no evidence of persistent or recurrent social, occupational, psychological, or physical problems related to use and no evidence of recurrent dangerous use.

3  **ABUSE** Consumer has used drugs during this time interval and there is evidence of persistent or recurrent social, occupational, psychological, or physical problems related to use or evidence of recurrent dangerous use. For example, recurrent drug use leads to disruptive behavior and housing problems. Problems have persisted for at least one month.

4  **DEPENDENCE** Meets criteria for moderate plus at least three of the following: greater amounts or intervals of use than intended, much of time used obtaining or using substances, frequent intoxication or withdrawal interferes with other activities, important activities given up because of drug use, continued use despite knowledge of substance-related problems, marked tolerance, characteristic withdrawal symptoms, drugs taken to relieve or avoid withdrawal symptoms. For example, binges and preoccupation with drugs have caused consumer to drop out of job training and non-drug social activities.

5  **DEPENDENCE WITH INSTITUTIONALIZATION** Meets criteria for dependence plus related problems are so severe that they make noninstitutional living difficult. For example, constant drug use leads to disruptive behavior and inability to pay rent so that consumer is frequently reported to police and seeking hospitalization.

**Indicate drugs USED in past 6 months (check all that apply):**

- Cannabis
- Cocaine/ crack
- Hallucinogens
- Opiates
- Benzodiazepines
- Barbituates
- Amphetamines and other stimulants
- Over-the-counter codeine preparations
- Glue/ other inhalants
- Other

Shade circles like this:

Not like this:

35354





35354

# CMHEI - Substance Abuse Treatment Scale - Follow-up

(Please print using BLOCK letters and numbers inside boxes)



ID:

Date (mm/dd/yy):  /  /

Person Completing Form:


Indicate Period:  
 Baseline       Follow-up 3  
 Follow-up 1       Follow-up 4  
 Follow-up 2



This scale is for assessing a person's stage of alcohol and substance abuse treatment. The reporting interval is the PAST 6 MONTHS. FILL THE APPROPRIATE CIRCLE. Choose one.

## Alcohol    Drug

Vertical scale with 10 circles for marking responses for Alcohol and Drug.

- Not applicable.** Lifetime without impairment.
- Preengagement.** The consumer does not have contact with a case manager, mental health counselor or substance abuse counselor.
- Engagement.** The consumer has had contact with an assigned case manager or counselor but does not have regular contacts. The lack of regular contact implies lack of a working alliance.
- Early Persuasion.** The consumer has regular contacts with a case manager or counselor but has not reduced substance use more than a month. Regular contacts imply a working alliance and a relationship in which substance abuse can be discussed.
- Later Persuasion.** The consumer is engaged in a relationship with a case manager or counselor, is discussing substance use or attending a group, and shows evidence of reduction in use for at least one month (fewer drugs, smaller quantities or both). External control (e.g. Antabuse) may be involved in reduction.
- Early Active Treatment.** The consumer is engaged in treatment, is discussing substance use or attending a group, has reduced use for at least one month, and is working towards abstinence (or controlled use without associated problems) as a goal, even though he or she may still be abusing.
- Late Active Treatment.** The consumer is engaged in treatment, has acknowledged that substance abuse is a problem, and has achieved abstinence (or controlled use without associated problems) for at least six months.
- Relapse Prevention.** The consumer is engaged in treatment, has acknowledged that substance abuse is a problem, has achieved abstinence (or controlled use without associated problems) for at least six months. Occasional lapses, not days of problematic use, are allowed.
- In Remission or Recovery.** The consumer has had no problems related to substance use for over one year and is no longer in any type of substance abuse treatment.

Shade circles like this: 

Not like this:  



35354



**Section Two: ADJUSTMENT TO LIVING**

This section pertains to how the consumer functions in his/her daily life and how he/she has adapted to the disability of mental illness. Rate behavior, not potential.

6. *Ability to Manage Money:* How successfully does the consumer manage his/her money and control expenditures?

- Almost never manages money successfully
- Seldom manages money successfully
- Sometimes manages money successfully
- Manages money successfully a fair amount of the time
- Almost always manages money successfully

7. *Independence in Daily Life:* How well does the consumer perform independently in day to day living

NOTE: Performance includes personal hygiene, dressing appropriately, obtaining regular nutrition, and housekeeping.

- Almost never performs independently
- Often does not perform independently
- Sometimes performs independently
- Often performs independently
- Almost always performs independently

5. *Acceptance of Illness:* How well does the consumer accept (as opposed to deny) his/ her illness?

- Almost never accepts illness
- Infrequently accepts illness
- Sometimes accepts illness
- Accepts illness a fair amount of the time
- Almost always accepts illness

**Section Three: SOCIAL COMPETENCE**

This section pertains to the capacity of the consumer to engage in appropriate interpersonal relations and culturally meaningful activities.

9. *Social Acceptability:* In general, what are people's reactions to the consumer:

- Very negative
- Fairly negative
- Mixed, mildly negative to mildly positive
- Fairly positive
- Very positive

10. *Social Interest:* How frequently does the consumer initiate social contact or respond to others' initiation of social contact:

- Very infrequently
- Fairly infrequently
- Occasionally
- Fairly frequently
- Very frequently

11. *Social Effectiveness:* How effectively does he/ she interact with others?

NOTE: "Effectively" refers to how successfully and appropriately the client behaves in social settings, i.e., how well he or she minimizes interpersonal friction, meets personal needs, achieves personal goals in a socially appropriate manner, and behaves prosocially.

- Very ineffectively
- Ineffectively
- Mixed or dubious effectiveness
- Effectively
- Very effectively

Shade circles like this: ●

Not like this: ⊗ ⊙



59025

**G. LIFE SATISFACTION**

**(Interviewer: Hand the respondent the answer key for the items below).**

I am going to read you five statements with which you may agree or disagree. Please tell me how strongly you agree or disagree with each item.

	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neither Agree or Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree	N/A
a. In most ways my life is close to my ideal	1	2	3	4	5	6	7	9
b. The conditions of my life are excellent	1	2	3	4	5	6	7	9
c. I am satisfied with my life	1	2	3	4	5	6	7	9
d. So far I have gotten the important things I want in life	1	2	3	4	5	6	7	9
e. If I could live my life over, I wouldn't change much	1	2	3	4	5	6	7	9

f. What helps you get through rough times?

---



---



---



---

## **ANNEXE D.1**

### **Protocole de calcul des coûts des services**

**COSTING DATA COLLECTION**

**1. Baseline information**

**I.D.** \_\_\_\_\_

**Sex:** F  H

**Interviewer** \_\_\_\_\_

**II. Costing information**

**A. Education**

**Currently enrolled?** Yes  No

**Enrolled in the past 9 months?** Yes  No

**How many months during past 9 months?** \_\_\_\_\_

**Where is the client studying?** \_\_\_\_\_

**Who paid for education? Client amount** \_\_\_\_\_

**Family amount** \_\_\_\_\_

**Government amount** \_\_\_\_\_

**Level of education presently studying:**

- (1) secondary (high school)
- (1) adult education
- (2) community college
- (3) vocational / technical / trade school
- (4) university
- (5) other

**\$ Edu**

**B. Legal issues (past 9 months)**

**... been arrested?** Yes  No  If yes, # of arrests: \_\_\_\_\_

**... spent any nights in prison/jail?** Yes  No  If yes, # of nights: \_\_\_\_\_

... been on parole / probation?    Yes     No     If yes, # of episodes: \_\_\_\_\_

\$  
Legal

**C. Employment (past 9 months)**

Did the consumer work (paid job) during the past 9 months? Yes     No

# hours/week \_\_\_\_\_    Hourly rate \$ \_\_\_\_\_    # of weeks \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_ /9 months

\$  
Employ

Did the consumer do some volunteer job during that period? Yes     No

# hours/week \_\_\_\_\_    # of weeks \_\_\_\_\_    Total hours/9 months \_\_\_\_\_

\$  
Volunt

**D. Financial status**

Did the consumer have a regular source of income/benefit during the past 9 months?

Yes     No

	Source	Amount/month
(1)	Ontario Works (General welfare assistance)	\$ _____ income 1
(2)	Ontario Disability Support Program (FBA)	\$ _____ income2
(3)	Disability Income (GAINS-D, CPP)	\$ _____ income3
(4)	Gross earnings (self)	\$ _____ income4
(5)	Pension/Insurance	\$ _____ income5
(6)	Contributions from family	\$ _____ income6
(7)	Other income, not earnings or benefits (alimony, child support, trust fund, inheritances)	\$ _____ income7

\$  
income

Does client receive any GST? Yes  No

\$  
Gst

Has the client receive any loans, grants or subsidies in the last 9 months? (e.g. housing start up, clothing and books, students loans, recreation subsidies, etc.) Yes  No

If yes, \$ \_\_\_\_\_

\$  
loans

**E. Hospitalization**

Has the consumer had any overnight stays during the past 9 months? Yes  No

If yes, # of stays \_\_\_\_\_ # of days for each stay  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

\$  
hosp

(Provide this information for each hospitalization)

a. Mode of transportation \_\_\_\_\_  
Was the client accompanied? Yes  No  By who? \_\_\_\_\_  
Who paid for transportation? \_\_\_\_\_ cost \$ \_\_\_\_\_  
Travelling time \_\_\_\_\_

\$  
Transpcost

Time \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ (salary) =

\$  
Transptime

b. Mode of transportation \_\_\_\_\_

Was the client accompanied? Yes  No  By who? \_\_\_\_\_  
 Who paid for transportation? \_\_\_\_\_ cost \$ \_\_\_\_\_  
 Travelling time \_\_\_\_\_

\$  
**Transpcost**

Time \_\_\_\_ X \_\_\_\_ (salary) =

\$  
**Transptime**

c. Mode of transportation \_\_\_\_\_

Was the client accompanied? Yes  No  By who? \_\_\_\_\_  
 Who paid for transportation? \_\_\_\_\_ cost \$ \_\_\_\_\_  
 Travelling time \_\_\_\_\_

\$  
**Transpcost**

Time \_\_\_\_ X \_\_\_\_ (salary) =

\$  
**Transptime**

\$  
**Transptotal**

\$  
**Totaltime**

**F. Residential information**

**1. Which setting best represents where the consumer is currently staying/sleeping?**

- (1) private house/ apartment
- (2) group home (shared common space, varying levels of support)
- (3) hostel/ shelter
- (4) boarding / foster home
- (5) rooming house
- (6) retirement/ long term care facility
- (7) correctional facility
- (8) hospital
- (9) on the street
- (10) other \_\_\_\_\_

**2. Who does the consumer currently live with?**

- (1) spouse / partner
- (2) parent(s)
- (3) child(ren)
- (4) other family
- (5) alone
- (6) friend(s) / other non-family

**3. Is the consumer sharing a bedroom (excluding spouse/partner)?** Yes  No

**4. Who manages the establishment?** \_\_\_\_\_

**5. Does the consumer pay rent?** Yes  No  If yes, \$ \_\_\_\_\_ / month

**6. Is the rent either geared to his/her income, or subsidized in some other way?**

Yes  No

**Residential cost to client  
for current setting**

\$ \_\_\_\_\_  
/month

\$  
**Residc1**

**Residential cost to agency/gov./other  
for current setting  
(Specify \_\_\_\_\_)**

\$ \_\_\_\_\_  
/ month

\$  
**Residgov1**

**Residential cost to family/friend  
for current setting**

\$ \_\_\_\_\_  
/ month

\$  
**Residfl**

**7. Which setting best represents where the consumer stayed / slept most nights in the past 9 months?**

- (1) private house/ apartment
- (2) group home (shared common space, varying levels of support)
- (3) hostel/ shelter
- (4) boarding / foster home
- (5) rooming house
- (6) retirement/ long term care facility
- (7) correctional facility
- (8) hospital
- (9) on the street
- (10) other \_\_\_\_\_

**8. Who did the consumer live with?**

- (1) spouse / partner
- (2) parent(s)
- (3) child(ren)
- (4) other family
- (5) alone
- (6) friend(s) / other non-family

**9. Was the consumer sharing a bedroom (excluding spouse/partner)?** Yes  No

**10. Who manages the establishment?** \_\_\_\_\_

**11. Was the consumer paying rent?** Yes  No  If yes, \$ \_\_\_\_\_ / month

**12. Was the rent either geared to his/her income, or subsidized in some other way ?**

Yes  No

**Residential cost to client  
for main setting**

\$ \_\_\_\_\_  
/month

\$ Residc2
---------------

**Residential cost to agency/gov./other  
for main setting  
(Specify \_\_\_\_\_)**

\$ \_\_\_\_\_  
/ month

\$ Residgov2
-----------------

**Residential cost to family/friend  
for main setting**

\$ \_\_\_\_\_  
/ month

\$ Residf3
---------------

**TOTAL COST FOR RESIDENCE (FOR THE 9 MONTH PERIOD:**

**Residential cost to client**

\$ \_\_\_\_\_  
/month

\$ Residc
--------------

**Residential cost to agency/gov./other  
(Specify \_\_\_\_\_)**

\$ \_\_\_\_\_  
/ month

\$ Residgov
----------------

**Residential cost to family/friend**

\$ \_\_\_\_\_  
/ month

\$ Residf
--------------

**G. Psychiatrist visits**

In the past 9 months, did the consumer use the services of a psychiatrist? Yes  No

# of visits: \_\_\_\_\_

In what setting: (1) Hospital (2) Private office

Therapy: (1) group (2) individual (3) family

Length of each visit: \_\_\_\_\_ minutes (average)

Total time: \_\_\_\_\_ x \$ \_\_\_\_\_

\$  
Psychia

Was the client accompanied to the visits? Yes  No

If yes, who was companion? \_\_\_\_\_ Travelling mode: \_\_\_\_\_

Travelling cost \$ \_\_\_\_\_ Who paid? \_\_\_\_\_

Total time (including travel time) \_\_\_\_\_

\$  
Psytravtime

\$  
Psytrav

**H. Non-psychiatrist health professional visits**

In the past 9 months, did the consumer visit a non-psychiatrist health professional?

Yes  No  If yes, specify:

- (1) general practitioner
- (2) neurologist
- (3) general hospital - out patients, day treatment
- (4) psychiatric hospital - out patients, day hospital
- (5) walk-in clinic
- (6) psychologist
- (7) chiropractor
- (8) chiropodist
- (9) podiatrist
- (10) dentist
- (11) optometrist
- (12) audiologist
- (13) dietician
- (14) physical therapist (in hospital or clinic base practice)

Prof.	S/hr	Type of service	Location		Length of visit	# of visits	Total \$ of visit (a)	Was accomp.	Travel cost (b)	Total time including travel (c)	who paid travel cost
			H*	P**							

\* hospital setting  
 \*\* private office setting

\$ Npsycost (a)	\$ npsytrav(b)	\$ npsytime (c)
-----------------	----------------	-----------------

**I. Community services and support**

Has the consumer used community services and support programs during the past 9 months?

Name of agency or program	Type of service used	Total contacts	# of group contacts	# of phone contacts	Average hours for 9 months	\$\$ (a)	Trav. \$\$ (b)	Who paid travel fees	Accomp.	Total time including travelling (c)

\$ CMHA	\$ Servic\$ (a)	\$ servictrav(b)	\$ servictime (c)
---------	-----------------	------------------	-------------------

(Only if consumer has an official case manager)

**J. Community Support worker**

In working with this client, has there been any above average administrative or managerial involvement: Yes  No

If yes, approximately how much time more than for the average? \_\_\_\_\_ hours/ month

\$  
Above

**K. Home care**

Did client receive any home care services during the past 9 months? Yes  No

Service	Service provided by (1)	Frequency of visit	duration of visit	average time per week	total number sharing service	cost of care

1. Service provided by - Name of public agency, voluntary, private organization, or other - specify)

\$  
homecl

\$  
homefam

\$  
homegov

**L. Emergency Room visits**

Has the consumer used emergency room services during the past 9 months? Yes  No

1. If yes, specify: # of visits: \_\_\_\_\_  
# of stays overnight in holding bed \_\_\_\_\_

\$  
Emerg

2. Did the client go by ambulance? Yes  No

3. Did someone accompany the client? Yes  No

If yes, specify \_\_\_\_\_

4. Travelling cost \$ \_\_\_\_\_ Who paid for? \_\_\_\_\_

5. Total time (including travelling time) \_\_\_\_\_

**M. Prescribed medication**

1. Have medications been dispensed to the consumer during the past 9 months?

Yes  No

If yes,

Medication	Type	Dose		# of dose in 24 hours	# of days in the past 9 months	cost
		Pills	Injection			

\$ \_\_\_\_\_  
med

2. Who paid for the medications \_\_\_\_\_

3. Did client need assistance to get the medications? Yes  No

If yes, who helped? \_\_\_\_\_

4. Travel cost \$ \_\_\_\_\_

5. Total time including travelling time \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_  
medtime

## COSTING SUMMARY SHEET

**A. EDUCATION**

1. Fees covered by government

\$
edugov

2. Fees covered by client's family/friends

\$
edufam

3. Fees covered by client himself

\$
educl

**B. LEGAL**

Police + Probation officer + Jail + lawyers  
**\*\* check under community services**

\$
legal

**C. EMPLOYMENT**

1. If client had a job, report his total salary

\$
salary

2. If client did some volunteer work, calculate total time at minimum wage

\$
volunt

**D. FINANCES (client's source of income)**

1. Ontario works (General welfare)

\$
gw

2. Ontario disability support pension (ODSP)

\$
odsp

3. Disability income

\$
disable

4. Pension/Insurance

\$  
pension

5. Contribution from family

\$  
family\$

6. GST

\$  
gst

7. Grants subsidies

\$  
grants

**E. HOSPITALIZATION FEES**

1. Hospitalization fees

\$  
hosp

2. Doctor's visits during hospitalization  
(Calculate one visit/day as in-patient + one  
assessment)

\$  
docvisit

**Total hospitalization fees: (hosp + docvisit)**

\$  
hospital

**F. RESIDENCE**

1. The amount of the rent paid by client

\$  
rent

2. Total residential cost to agency/government

\$  
residgov

3. Total residential cost to family/friends  
(If living at home or with friends, or if family  
Is paying full rent or part of it)

\$

**G. PSYCHIATRIST VISITS**

Total fees for psychiatrist visits

\$  
psychia

**H. NON-PSYCHIATRIST VISITS**

Total costs for non-psychiatrist professional visits

\$  
nopsy

**I. COMMUNITY SERVICES AND SUPPORT**

1. Case managers (planned meeting) (this exclude  
the time spent to accompany to differents  
appointments/services, etc.)

\$  
cm\$

2. Total other services used

\$  
comserv

**J. COMMUNITY SUPPORT WORKER**

(When client required above average work, like administration or managerial involvement)

\$  
above

**K. HOME CARE**

1. If services are dispensed free of charge to client

\$  
homecost

2. If services are paid or dispensed by family/friends

\$  
homefam

3. If services are paid by client

\$  
homecl

**L. EMERGENCY ROOM VISITS**

1. Emergency room cost

\$  
emerg

2. Ambulance fees if used

a) If paid by government

\$  
ambugov

b) If paid by family/friend

\$  
ambufam

c) Client's part of the costs

\$  
ambucl

**M. MEDICATION**

1. Total of medication fees (include delivery, dosette preparation if applicable, etc.) paid by drug cards

\$  
medgov

2. Total cost to family if they provide meds

\$  
medfam

3. Total cost to client

\$  
medcl

**N. TOTAL TRANSPORT COSTS IN GETTING SERVICES**

1. Client:

\_\_\_\_\_ hosp      \_\_\_\_\_ psych      \_\_\_\_\_ no-psy      \_\_\_\_\_ services      \_\_\_\_\_ emerg      \_\_\_\_\_ med

Total transport costs for client:

\$  
transpcl

2. Family/friends:

\_\_\_\_\_ hosp      \_\_\_\_\_ psych      \_\_\_\_\_ no-psy      \_\_\_\_\_ services      \_\_\_\_\_ emerg      \_\_\_\_\_ med

Total transport costs for family/friends:

\$  
transpfam

**O. TOTAL TIME SPENT IN GETTING SERVICES**

1. Client:(use minumun wage)

\_\_\_\_\_ hosp      \_\_\_\_\_ psych      \_\_\_\_\_ no-psy      \_\_\_\_\_ services      \_\_\_\_\_ emerg      \_\_\_\_\_ med

Cost for total time client spent to get services:

\$  
timecl

**2. Family/friends (use mininum wage)**

<u>hosp</u>	<u>psych</u>	<u>no-psy</u>	<u>services</u>	<u>emerg</u>	<u>med</u>
Cost for total time spent by family members/friends to help client get services:				\$ timefam	

**3. Case manager (use \$28.74/hour for both case manager and outreach worker)**

<u>hosp</u>	<u>psych</u>	<u>no-psy</u>	<u>services</u>	<u>emerg</u>	<u>med</u>
Cost of total time spent by c.m. to accompany client				\$ timecm	

**P. CONSTANT\*\***

- 1. When client is in the case manager program, use \$1008. as a constant for the cost related to CMHA services**
- 2. When client is in the outreach program, use \$504. as a constant for the cost related to CMHA services**

**PACKAGE OF CARE**

**Total cost to agency**  
(Constant + cm\$ + above + timecm)

\$  
T\_cmha

**Total cost to society at large**  
(edugov + legal + gw + odsp + disable + pension + family\$ + gst + grants + hospital + residgov + psychia + nopsy + comserv + homecost + emerg + ambugov + medgov)

\$  
T\_society

**Total cost to the family/relatives/friends**  
(edufam + family\$ + residfam + homefam + ambufam + medfam + transpfam + timefam)

(+)  
\$  
T\_fam

**Total costs to the client**  
(timecl)  
\*only if client lives primarily from job income  
\*and, if his expenses come from a paid job, then add living expenses: educl + rent + homecl + ambucl + medcl)

(-)  
\$  
T\_client

**Client contribution to society:**  
if he has been employed indicate total earnings: \_\_\_\_\_  
+  
if he has been involved in volunteer work,  
use minimum wage to cost his total time: \_\_\_\_\_

**Total client's contribution to society:** (-) \$  
contrib

**PACKAGE OF CARE GRAND TOTAL**

(T\_cmha + T\_society + T\_family - T\_client - Contrib)

\$  
package

## **ANNEXE D.2**

### **Répertoire des coûts unitaires**

## COSTING FOR PROFESSIONALS

**NOTE : FOR ALL PROFESSIONALS WHEN WE DON'T KNOW THE EXACT TIME  
OF USE = USE ONE HOUR**

<b>Profession</b>	<b>Hour rate</b>
ACT - case management	\$7500. / 9 months /client or \$833.33 / month / client
Ambulance staff	\$22.00
Counsellor	\$98.00
Dentist (Fees from Ontario Dental Association)	Oral exam = \$17.      Polish = \$28. X-Ray = \$12              double filling = \$69. When type of service unknown use = 1 visit = \$126. 2 visits = \$196.
Fireman	\$55.00
Lab technician (lab test)	\$50. / test
Lawyer	\$60.00/hr = Legal aid \$105./hr = others
Masseur/masseuse therapist	\$50.00
Midwife	\$30.00
Minister	\$25.00
Nurse	\$44.00
Nutritionist	\$26.00
Occupational Therapist	\$60.00
Optometrist	Assessment = \$78.00 Glasses: \$50 + \$68 if regular \$50 + \$80 if bifocal (What government pays for people on welfare)

<b>Professional</b>	<b>Hour rate</b>
Orthodontist	\$60,.00 for 30 minutes (\$120./hr)
Orthopedist	\$108.35 + \$23.90
Physiotherapist	\$107.25 (regular visit) \$138.80 (assessment)(only one)
Podologist	\$40. / contact (if less than 20 minutes) \$120. / hr
Police	Arrestation: \$260. /arrest Other services = \$55.00/hr
Probation officer	\$40.00/contact
Psychologist	\$100.00 Psychological evaluation = \$750.00
ROH case manager /social worker	\$35.
Social Worker	\$28.74

## Medical Professionals

**Note: each 16 minutes = .5 hour**

**Family doctor:**

**Visit with no mental health service:**

≤ 20 minutes = \$29.65 (includes a minor assessment)

between 20 and 30 minutes = \$53.55

between 30 and 60 minutes = \$107.10

> 60 minutes = \$107.10 + additional time

In-patient visit = \$53.55 / unit

**Visit with mental health services / counselling / psychotherapy**

.5 hour = \$49.95

1 hour = \$99.90

**Psychiatrist**

≤ 20 minutes = \$49.95

If only one visit = \$56.55 (includes an assessment)

If multiple visits, calculate one at \$56.55 and the others at \$24.40

between 20 and 30 minutes = \$56.55

between 30 and 60 minutes = \$156.45

> 60 minutes = \$156.45 + additional time

In-patient = \$58.90 / unit

Consultation (use only if has been referred) = \$111.25 / .5 hour

if client sees medical doctor for mental problem and has one visit to psychiatrist, then assume it is a referral and use consultation fees

**All other specialist :** if one or two visits only assume it is a referral = \$111.25 / .5 hr

if regular visits calculate one visit @ \$111.25 / .5 hr and the other visits

@ \$56.55 / .5 hr

## **COSTING HOSPITAL SERVICES**

<b>CHEO</b>	<b>Emergency Room:</b>	<b>\$110. / visit</b>
	<b>24- hour stay:</b>	<b>\$1031./day</b>
<b>GENERAL</b>	<b>Emergency Room:</b>	<b>\$110. / visit</b>
	<b>24- hour stay:</b>	<b>\$1001. /day</b>
<b>CIVIC:</b>	<b>Emergency Room:</b>	<b>\$150. / visit</b>
	<b>24- hour stay:</b>	<b>\$968. / day</b>
<b>ROYAL</b>	<b>Emergency Room:</b>	<b>\$110. / visit</b>
	<b>24- hour stay:</b>	<b>\$481. / day</b>
<b>MONTFORT</b>	<b>Emergency Room</b>	<b>\$110. / visit</b>
	<b>24- hour stay:</b>	<b>\$383.40/day</b>
<b>QUEENSWAY CARLETON</b>	<b>no cost - use of the average cost</b>	
	<b>Emergency Room</b>	<b>\$110. / visit</b>
	<b>24- hour stay</b>	<b>\$773./ day</b>

**When inpatient, ADD one doctor's visit per day**  
**if medical reason = \$71.65**  
**if psychiatric reason = 118.45**

## Arbre décisionnel

### Utilisation des scores de simple différence ou scores résiduels

(tiré de Zumbo, B.D. (1983). The comparative reliability of simple and residualized difference scores: A corrigendum. Journal of Experimental Education, 61(1), 81-83.

1. Does the pretest standard deviation equal the posttest standard deviation? If the answer is *yes*, the residualized difference score should be used. If the answer is *no*, go to Question 2.
2. Is the pretest reliability less than the posttest reliability? If the answer is *yes*, go to Question 3. If the answer is *no*, go to Question 6.
3. Is the pretest standard deviation less than the posttest standard deviation? If the answer is *yes*, go to Question 4. If the answer is *no*, then go to Question 5.
4. Is  $\lambda$  less than the correlation between the pretest and posttest scores? If the answer is *yes*, use the simple difference score. If the answer is *no*, use the residualized difference score.
5. Is the correlation between the pretest and posttest scores greater than  $\psi$ ? If the answer is *yes*, use the simple difference score. If the answer is *no*, use the residualized difference score.
6. Is the pretest standard deviation less than the posttest standard deviation? If the answer is *yes*, go to Question 7. If the answer is *no*, then use the residualized difference score.
7. Is the correlation between pretest and posttest scores greater than  $\psi'$  and less than  $\lambda$ ? If the answer is *yes*, use the simple difference score. If the answer is *no*, use the residualized difference score.