

Évaluation économique d'un programme simulé de psychothérapie brève pour enfants présentant des troubles légers

An economical evaluation of a simulated short-term psychotherapy program

Brigitte Poincier and Alison S. Laurin

Volume 20, Number 2, Fall 1995

L'étiologie psychosociale en santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032360ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032360ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Poincier, B. & Laurin, A. S. (1995). Évaluation économique d'un programme simulé de psychothérapie brève pour enfants présentant des troubles légers. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 203–217. <https://doi.org/10.7202/032360ar>

Article abstract

For individuals affected by mild psychosocial problems, early psychotherapeutic treatments have the advantage of preventing various pathologies that would otherwise require a medical follow-up. Multiple benefits can thus be obtained for the individual and for the society in general, including present and future treatment cost reductions, as well as the individual's increased potential and productivity once they reach adulthood. A short-term psychotherapy program aimed at pre-school children and adapted to Quebec's socio-sanitary context was simulated in order to assess the advantages in terms of quality of life improvements and health service usage reductions. The cost-usage analysis shows that children treated for mild behaviour problems through shortterm therapy at a very young age will benefit from a better quality of life. Because they were treated at a very young age or as soon as initial symptoms manifested themselves, these benefits will also increase throughout their life. The costs sustained by the health care system are inferior to traditional treatments and care commonly used for these types of problems.



Évaluation économique d'un programme simulé de psychothérapie brève pour enfants présentant des troubles légers

Brigitte Poincier*
Alison S. Laurin**

Les traitements psychothérapeutiques précoces ont l'avantage de prévenir, chez les individus affectés par des troubles psychosociaux légers, différentes pathologies qui nécessiteraient autrement un suivi médical. De nombreux bénéfices peuvent être assurés, à la fois pour l'individu et la société, en réduction des coûts de traitement présents et futurs, ainsi qu'en augmentation du potentiel et de la productivité de l'individu arrivé à l'âge adulte. La simulation d'un programme de psychothérapie brève destiné aux enfants en âge préscolaire a été adaptée au contexte socio-sanitaire du Québec afin d'en évaluer les avantages en terme d'amélioration de la qualité de vie et de réduction d'utilisation des services de santé. L'analyse coût-utilité indique que les enfants traités par une thérapie brève dès le plus jeune âge pour leurs légers problèmes de comportement pourront bénéficier d'une meilleure qualité de vie. Les bénéfices augmenteront tout au long de leur vie, d'autant plus qu'ils auront bénéficié du traitement dès le plus jeune âge ou dès l'apparition des symptômes initiaux. Les coûts soutenus par le système de santé sont moindres que pour les traitements et soins traditionnels utilisés pour répondre à ce genre de problèmes.

De nombreuses études indiquent que les adultes qui consultent des services de soins primaires répondant adéquatement à leurs besoins psychologiques bénéficient d'une nette amélioration de leur bien-être (Finney, 1991, 1989; Graves, 1981). L'utilisation des services médicaux se trouve alors réduite d'environ 20 % (Krupnick, 1992; Mumford, 1984). En pédiatrie, la psychothérapie brève, en complémentarité avec les services médicaux, présente l'avantage de diminuer significativement les symptômes initiaux et de réduire les problèmes de comportement externalisés (CBCL)¹. Une recherche menée aux États-Unis (Finney, 1991) en *Health Maintenance Organisation* (HMO) a comparé

* Madame Poincier, B. Pharm., D.A.A., M. Sc., DASUM, travaille à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

** Madame Laurin, B.A., M. Sc., DASUM, est aussi à la même institution.

les modifications du comportement de groupes d'enfants ainsi que l'utilisation des services médicaux pendant les années suivant les traitements de psychothérapie. Leur état s'était amélioré dans 74 % des cas, et leurs visites, de 8,75 qu'elles étaient par an par patient avant traitement psychothérapeutique, étaient réduites à 6,34 par la suite. La majorité des parents étaient satisfaits du programme². Une réduction significative des facteurs externalisés des troubles de comportement³ suivant l'échelle CBCL-SF (Child Behavior Checklist Short Form) a été observée. Le groupe de comparaison consultant les services médicaux traditionnels avait moins réduit l'utilisation des services (passant de 7,37 visites par an par patient à 6,78).

Objectif de l'étude

Un programme d'intervention sociale permet-il de faciliter le développement émotif, social, physique et mental de l'enfant, d'améliorer son adaptation ainsi que celle de sa famille aux problèmes résultant des changements sociaux et environnementaux? Du point de vue du Ministère de la Santé et des Services Sociaux comme tiers-payant, et des bénéficiaires, un programme de psychothérapie brève complémentaire aux services médicaux améliore-t-il l'état de bien-être de l'enfant comparativement aux traitements médicaux traditionnels? Quelles en sont les conséquences financières et les effets sur la santé des enfants et de la famille?

Pour répondre à ces questions, nous simulerons l'implantation d'un programme de psychothérapie brève, et ferons, à l'aide de données québécoises, une étude de cette implantation.

Cette étude tenta de mesurer l'amélioration de la qualité de vie des patients. Il s'agit d'une étude coût-utilité. Les coûts seront mesurés en *coûts médicaux par cas*, et les effets, par le nombre d'années de vie gagnées en parfaite santé, ou *Quality Adjusted Life Years (QALY)*. Le système de calcul des QALY a été développé par Torrance et al. en 1982 (Drummond, 1992). Ce système donne une échelle de valeur à la santé de 0 à 1, où 1 correspond à un état de parfaite santé et 0 à un état équivalent à la mort. Les échelles de 0 à 1 définissent les différents états de santé intermédiaires possibles et pour lesquelles l'utilisation des services ramènerait la valeur à 1. Le calcul des QALY consiste à déterminer quel nombre de QALY le patient doit gagner pour passer d'un état de santé «x» (situé entre 0 et 1) à 1. Le principe de l'analyse coût-utilité est de calculer le coût par unité de QALY gagné afin de déterminer l'alternative la plus économique pour un même gain de santé exprimé en QALY. Les mesures d'utilité ont déjà été utilisées avec

succès pour classer les états de santé de très jeunes enfants (Boyle, 1983; Drummond, 1987, 1992).

Utilisation des services médicaux par les enfants

L'utilisation des services médicaux par les enfants vient, le plus souvent, d'une décision des parents de consulter. Diverses études⁴ indiquent l'importance des interrelations entre les maladies physiques des enfants, la morbidité psychosociale ou les facteurs familiaux (Wertlieb, 1988) et l'utilisation des services sociaux (Fisher, 1984; Hankin, 1984; Rutter, 1982; Starfield, 1984). L'utilisation de services médicaux varie le plus souvent en fonction de l'âge des enfants, de la taille de la famille, de l'ordre de naissance, du support social, du tempérament de l'enfant et des événements stressants (Wertlieb, 1988). Le stress parental peut provenir de la maladie, d'un emploi instable, de stress psychosocial, de disharmonie familiale, d'un manque de ressources sociales ou environnementales, etc. (Campbell, 1986; Hankin, 1984; Larson, 1988; Tessler, 1978; Woodward, 1988). De nombreux parents (70 à 75 %) se présentent chez le médecin pour les problèmes d'adaptation de leurs enfants (Hankin, 1984; Hickson, 1983).

Les parents vont chercher plus facilement de l'aide pour leurs enfants quand il s'agit de problèmes psychosociaux que lorsqu'il s'agit de morbidité aiguë ou d'examen de routine (Tessler, 1978). Mais, bien souvent, les médecins ne sont pas formés pour identifier ou traiter ce genre de problèmes. Ils sont, en effet, mieux préparés pour identifier les problèmes plus sévères de santé générale ou psychologique, et vont les référer aux services spécialisés. Plus rarement vont-ils identifier les problèmes légers de comportement et les traiter activement dans les services de soins primaires. C'est la morbidité cachée (Campbell, 1986; Costello, 1988; Goldberg, 1984; Hickson, 1983; Offord, 1987; Starfield, 1985; Woodward, 1988). Elle nécessite des services médicaux continus, sans résolution du problème (Finney, 1989, 1991). Ainsi, une meilleure considération des besoins psychologiques des patients et de leurs parents peut avoir des retombées importantes sur le bien-être des familles, et réduire l'utilisation des services médicaux.

D'autres facteurs prédisposent à l'utilisation des services médicaux (Finney, 1989, 1991):

- L'existence de problèmes psychosociaux et de conditions médicales chroniques (Hankin, 1984; Offord, 1987; Woodward, 1988);

- L'utilisation antérieure des services annonçant une surutilisation future (Costello, 1988; Finney, 1989, 1991; Starfield, 1984, 1985; Woodward, 1988);
- Le moment de l'intervention: si le traitement psychologique est offert tôt dans l'enfance (Fischer, 1984; Goldberg, 1984; Hankin, 1984), l'effet sera plus bénéfique et l'utilisation des services va diminuer. Ceci suggère que les soins en santé mentale atténuent l'utilisation concomitante des services primaires associée aux troubles mentaux;
- La perception que les parents ont de la santé mentale de leurs enfants;
- Les facteurs externalisateurs chez les enfants en âge préscolaire indiquant le risque potentiel de futurs troubles de comportement (Finney, 1991; Fischer, 1984);
- L'existence d'une certaine continuité entre les problèmes psychologiques identifiés tôt dans la petite enfance et ceux qui se révèlent plus tard (Campbell, 1986; Finney, 1991; Fischer, 1984; Goldberg, 1984; Larson, 1988);
- La pauvreté est associée à des taux élevés de problème de santé (Campbell, 1986; Goldberg, 1984; Larson, 1988; Lemanek, 1984).

Description des alternatives

La simulation comporte les caractéristiques suivantes: les résultats d'efficacité des traitements de psychothérapie sont tirés de l'étude américaine pour l'amélioration du comportement et la réduction des visites de soins primaires l'année suivant le traitement. Les ressources nécessaires pour le programme sont fournies par les Centres locaux de Services communautaires (CLSC). Les enfants pouvant bénéficier du programme ont été répartis en deux groupes: l'un bénéficiant de visites de psychothérapie en plus de soins médicaux traditionnels («groupe traitement»), et l'autre ayant accès seulement aux soins médicaux traditionnels («groupe contrôle»).

Dans l'étude américaine (Finney, 1989, 1991), les groupes étaient ainsi définis: tous les enfants avaient accès aux mêmes services médicaux simultanément; le groupe traitement avait des séances de psychothérapie de comportement en plus; l'analyse de l'utilisation des services médicaux a été effectuée pour chaque enfant pendant une année avant le traitement et une année après. Seules les rencontres médicales ont servi à cette analyse. Ceci exclut les visites de santé mentale, les services paramédicaux et les visites procédures; les enfants âgés de 1 à 4 ans

consomment légèrement plus que les enfants de 5 à 9 ans; l'année suivant les visites, le groupe traitement a réduit l'utilisation des services médicaux de 27 % comparé à seulement 8 % pour le groupe contrôle (Finney, 1989, 1991).

Faisabilité du programme

Selon les experts consultés, les CLSC pourraient fournir les services de dépistage et de traitement aux enfants d'âge préscolaire avec l'aide des équipes d'infirmières affectées au programme «Petite Enfance», ce personnel effectuant déjà un suivi avec les familles à la rentrée scolaire, ou un suivi postnatal ou de vaccination. Le programme serait supervisé par un professionnel qualifié (psychiatre, pédiatre, etc.) afin d'offrir une formation adéquate aux infirmières et leur assurer le soutien nécessaire.

Le programme s'adresse aux enfants présentant des problèmes comportementaux légers, excluant les problèmes scolaires et psychosomatiques. Selon les données obtenues à la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ, 1991), les taux de prévalence des problèmes psychosociaux légers sont de 24,2 % pour les enfants de 1 à 4 ans et de 22,6 % pour les 5 ans. Les taux considérés dans l'étude américaine étaient de 24,9 % pour les 1 à 3 ans et de 24 % pour les 4 à 7 ans (Starfield, 1984)⁵.

Validité interne

Finney (1989, 1991) avantage l'inclusion des traitements psychothérapeutiques aux soins primaires. Cependant, les auteurs ont observé quelques limitations. Quatre sources d'erreurs possibles ont été identifiées: 1) une différence dans l'«historique» des morbidités entre les deux groupes; 2) un effet de maturation, les enfants âgés utilisant moins de services que les plus jeunes⁶, la réduction des services est alors prévisible; cependant, elle n'est pas identique pour les deux groupes; 3) un effet de régression vers la moyenne; 4) l'attente du traitement et ses effets non spécifiques. Néanmoins, la documentation scientifique indique que les résultats présentés dans l'étude concordent avec ceux qui ont été trouvés lors de différentes études menées dans des milieux sociaux différents (Cunningham, 1990; Offord, 1987; Starfield, 1985; Woodward, 1988).

Identification et validation des coûts

Tous les coûts relatifs au programme expérimental sont calculés en dollars canadiens (1991). Le taux d'actualisation a été fixé à 5 %. Les coûts directs comprennent les coûts d'implantation du programme (dé-

pistage, formation des infirmières et sensibilisation des médecins) et les coûts de traitement (Finney, 1991; Leclerc, 1988; RAMQ, 1991). Les coûts indirects correspondant à la perte de productivité n'ont pas été considérés.

Tableau 1
Coûts du programme et des soins médicaux traditionnels

Programme		Soins traditionnels	
<i>Implantation</i>			
Dépistage:	1 856 464 \$	Pédiatre:	1 921 044 \$
Formation:	276 912 \$	Omnipraticien:	2 888 236 \$
Sensibilisation:	539 700 \$		
<i>Traitement</i>			
	4 448 184 \$		
Total	7 121 160 \$	Total	4 809 280 \$
Coût moyen par visite:	14 \$	Coût moyen par visite:	30,20 \$
Coût moyen par enfant:	65,80 \$	Coût moyen par enfant:	44,50 \$

a) *Les coûts d'implantation*

Le dépistage. Tous les enfants de 1 à 5 ans (au nombre de 452 795; RAMQ, 1991) ont un dépistage lors de l'implantation du programme. La visite de dépistage d'une durée de 10 minutes consiste à questionner les parents et les enfants ainsi qu'à remplir un mini-questionnaire. Des infirmières bachelères qualifiées assureront ce service. Le coût total incluant les charges additionnelles (charges sociales et frais généraux) pour le système de santé est évalué à 1 856 464 \$.

La formation des infirmières. Le programme de formation s'adresse à 30 % des infirmières affectées au programme «Petite Enfance»⁷. Il sera assuré par un psychiatre payé à vacation. Le coût, incluant le salaire des infirmières et le paiement du spécialiste, est évalué à 276 912 \$.

Sensibilisation des médecins au programme. Afin d'augmenter l'efficacité du programme, des séances de sensibilisation seront offertes aux médecins omnipraticiens et aux pédiatres. Le coût, pour un taux de participation des médecins⁸ de 50 %, est évalué à 539 700 \$.

b) *Les coûts de traitement*

Les enfants de 1 à 5 ans bénéficient du même nombre de séances (Finney, 1989, 1991). Cependant, la durée de la consultation a été fixée à 30 minutes pour les 1 à 3 ans et à une heure pour les 4 et 5 ans. Le nombre de séances d'une demi-heure pour chacun des groupes d'âge est alors de 2,4 et de 4,8 séances respectivement. Les taux de prévalence

(RAMQ, 1991) de 24,2 % pour les 1 à 4 ans et 22,6 % pour les 5 ans ont permis d'établir les coûts de traitement respectifs compte-tenu du nombre de visites. Le coût total de traitement pour l'ensemble des enfants âgés de 1 à 5 ans est évalué à 4 448 184 \$.

c) *Coût total du programme*

Le programme ne nécessite pas de réarrangement majeur. Les coûts de capitalisation n'ont donc pas été inclus. Les dépenses personnelles ainsi que les coûts de transport et de médicaments destinés aux patients, considérés comme minimes, n'ont pas été rapportés. Le coût total du programme, incluant les coûts d'implantation et de traitement, totalise 7 121 260 \$ (tableau 1).

d) *Avantages économiques*

Les avantages économiques directs du programme proviennent de la diminution plus importante de l'utilisation des services par le groupe traitement. Les bénéfices du programme peuvent être considérés comme étant des visites épargnées, par rapport au groupe contrôle. Les coûts relatifs à ces visites économisées ont été considérés comme étant des coûts attribués au groupe contrôle, qui ne bénéficie pas des mêmes réductions d'utilisation de services. Les coûts du groupe contrôle représentent donc les avantages économiques du programme.

Chaque enfant de 1 à 4 ans, bénéficiant du programme, pourra épargner en moyenne 1,556 visite médicale de plus l'année suivant l'intervention menant à la résolution du problème. Les enfants de 5 ans épargneront chacun en moyenne 1,125 visite en plus. Ainsi, le Ministère pourra épargner un total de 159 270 visites, ce qui correspond à 3 699 446 \$ d'honoraires. Ces économies représentent 12,5 % des coûts des examens, visites et consultations payées aux omnipraticiens et pédiatres. En effet, 60 % des enfants de 1 à 4 ans vont consulter un omnipraticien (40 % un pédiatre) et 71,3 % des enfants de 5 ans vont consulter un omnipraticien (28,7 % un pédiatre). Le coût moyen des visites chez l'omnipraticien est évalué à 22,72 \$ pour les 1 à 4 ans et à 21,55 \$ pour les 5 ans. Le coût moyen chez le pédiatre est de 24,36 \$ pour les 1 à 5 ans. Les coûts d'administration de 30 % ont été ajoutés. Le total pour le groupe contrôle est évalué à 4 809 280 \$ (tableau 1).

Les avantages économiques indirects réfèrent à la théorie du capital humain ou aux gains de productivité réalisés par les parents ou la famille. Étant donné le peu de visites épargnées, ils n'ont donc pas été comptabilisés.

Identification et validation des effets

Chez les enfants. Les traitements mieux adaptés aux besoins des enfants amélioreront leur relation avec les pairs et les adultes. La résolution et la diminution des symptômes déclencheurs, ainsi que la réduction des facteurs externalisés (CBCL-SF), favoriseront une meilleure estime de soi. Des effets bénéfiques à plus long terme pourront aussi être observés. Ils peuvent agir préventivement sur la violence, l'associabilité, le vandalisme, l'absentéisme, le décrochage scolaire, la délinquance et le suicide.

Chez les parents et la famille. La solution des problèmes ainsi qu'une réponse adéquate aux problèmes de leurs enfants aura pour conséquence d'améliorer la qualité de vie des parents, d'améliorer la relation parent-enfant, de diminuer le stress et l'inquiétude des parents et de l'entourage direct.

Pour la société. Plusieurs avantages pourront être observés. Une diminution de l'utilisation des services médicaux, une meilleure accessibilité aux services et une meilleure productivité des individus moins inquiets pour leur progéniture.

Évaluation des effets et des coûts présents et futurs⁹

On a évalué qu'un enfant ayant une consultation à 2 ans et à 5 ans et un dépistage régulier coûte environ 110 \$ à 5 ans et 200 \$ à 15 ans. Le coût des visites pour le groupe contrôle correspondant est respectivement de 264 \$ et 364 \$. La même observation peut être faite dans le cas où un enfant consulte pour un dépistage et un traitement annuel de 2 à 5 ans (tableau 2). Le coût total est de 210 \$ à 5 ans (164 \$ pour le groupe contrôle) et le gain en QALY est de 1,12 année de vie en parfaite santé contre seulement 0,24 année pour le groupe témoin. Le coût par QALY est de 187,50 \$ par année comparé à 683 \$, soit 4 fois plus, pour le groupe contrôle.

Tableau 2

Évaluation des coûts et des gains QALY à 5 ans et à 15 ans

	à 5 ans		à 15 ans		
	Coûts (\$)	QALY	Coûts (\$)/QALY	Coûts QALY	Coûts(\$)/QALY
Traitement	210	1,12	187,50	230	3,87
Contrôle	164	0,24	683	364	0,84
Différentielle	46	0,88	52	-134	3,03

Une évaluation des coûts présents et futurs en dollars constants indique que les coûts du groupe contrôle augmentent significativement

avec l'âge alors que le groupe traitement coûtera moins en utilisation des services médicaux, et d'autant moins qu'il aura bénéficié de traitements à un plus jeune âge. Dans l'exemple précédent, l'enfant bénéficie à 15 ans d'un gain en qualité de vie plus important pour un coût moindre (tableau 2). Ce bénéfice ne fera qu'augmenter au cours de sa vie d'adulte. Il est alors envisageable qu'un programme de maintien pour les 6-15 ans soit bénéfique en terme de gains en qualité de vie. Les effets de ce programme pour les jeunes enfants ayant atteint l'âge adulte (30, 45 et 60 ans), calculés avec une actualisation de 5 %, indiquent des gains en année de vie gagnée en bonne santé supérieurs pour le groupe traitement et à moindre coût.

Analyse différentielle des coûts et des effets des alternatives

L'analyse différentielle des coûts du programme par rapport au groupe contrôle indique un coût moyen de 7 \$ par unité QALY additionnelle. L'exemple précédent indique un coût additionnel de 52 \$ par QALY gagné lors du traitement. À noter qu'il devient négatif par la suite (tableau 2). Il coûtera 44 \$ de moins par QALY à 15 ans. *Le coût marginal* indique qu'une unité de bénéfice additionnelle coûte en moyenne de 7,30 \$ à 12,48 \$ par enfant suivant l'état de santé d'origine et la sévérité. *Le coût d'option (ou valeur de l'option alternative)* indique qu'avec les sommes allouées au traitement médical traditionnel, chaque patient du groupe traitement peut gagner 0,34 QALY supplémentaire.

Analyse de sensibilité

La variation du nombre de visites (+30 %) ou de la durée moyenne des visites (+10 minutes) indique une augmentation des coûts du programme de 10 % et du coût par visite de 2,8 %.

Dans l'éventualité où une majorité des infirmières (70 %) seraient des infirmières techniciennes, le coût du programme diminue de 7,5 % et le coût par visite de 7 %.

Considérant que la prévalence de troubles légers comportementaux et psychosociaux serait de 50 % (en zone urbaine, par exemple), les coûts augmenteraient à la fois pour le groupe traitement et le groupe contrôle. Les coûts relatifs au groupe contrôle seraient cependant plus conséquents. Le programme pourrait être autofinancé en le développant préalablement dans les zones urbaines plus prévalentes.

La variation du taux d'actualisation, de 5 % à 10 %, ne modifie pas les conclusions précédentes.

Discussion des résultats

Le programme offre deux avantages aux patients et à leur famille : celui de répondre aux besoins immédiats des enfants et des parents en fournissant des soins adaptés à leur problème, et celui d'augmenter les chances d'un avenir meilleur. Du point de vue de la société, les professionnels de la santé pourront mieux répondre aux besoins des familles en difficulté et éviter que de telles situations nuisent aux enfants et à leur développement. Le programme permet aussi de prévenir les phénomènes coûteux pour la société (violence, délinquance, suicide, etc.).

CONCLUSION

Le Ministère reconnaît que la détérioration de l'environnement et des conditions sociales et économiques engendre un accroissement et une diversification marqués des problèmes de santé et de bien-être. Dans son rapport *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, il précise qu'il faut adapter les services et réallouer les ressources davantage en fonction des besoins de la société québécoise et favoriser ainsi une utilisation plus efficiente et efficace, afin d'en accroître le « rendement » (maintien et amélioration des conditions de santé et de bien-être) et de réduire les pressions sur les coûts. Les services médicaux pour les enfants de moins de 9 ans représentent 10 % du budget (RAMQ, 1991), il est donc important d'évaluer comment rendre ces services plus efficaces et mieux appropriés aux besoins des patients¹⁰.

Il faut retourner à la source des problèmes et éviter les solutions superficielles. Caplan (1964), cité par Offord (1987), décrit trois formes de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. La première vise la réduction de l'incidence ou le nombre de nouveaux cas d'une population. La deuxième a pour objectif la réduction de la prévalence, ou le nombre de cas ou de désordres existants. La troisième vise à réduire les conséquences négatives dérivées des désordres établis. Si l'objectif des programmes gouvernementaux pour les enfants est de maximiser le développement émotif, social et mental de l'enfant ainsi que d'adoucir l'adaptation de la famille aux changements sociaux et environnementaux, il est impératif que les différents ministères travaillent en collaboration pour répondre aux besoins globaux et spécifiques des enfants et de leurs familles avant que ces problèmes ne dégèrent et ne soient plus difficiles à traiter.

Pourquoi la prévention primaire ? D'une part, les individus qui ont des problèmes émotionnels souffrent de détresse et ont en attendant d'être traités une qualité de vie réduite. Ensuite, les données indiquent que seule une minorité d'individus sont diagnostiqués et traités. Alors

que 25 % des individus ont des problèmes psychosociaux, de 7 à 11 % d'entre eux sont diagnostiqués par les professionnels de la santé, et seulement 4 % vus en traitement. Enfin, le taux de succès pour les cas lourds est très faible. Les professionnels du domaine de la santé, de l'éducation, de la réadaptation et de la criminologie soulignent que les moyens d'interventions existants sont peu efficaces pour traiter les désordres ou les problèmes des individus en difficulté.

Si ces désordres pouvaient être évités, les dilemmes associés à l'indisponibilité ou à la pénurie de traitements efficaces, et le taux élevé de souffrance et de qualité de vie réduite pour une fraction importante de la population, pourraient être évités (Offord, 1987). Il est temps de travailler proactivement plutôt que réactivement et de mettre en place des programmes préventifs qui répondent aux besoins de base et réduisent ainsi la possibilité que des problèmes plus graves se développent. Le programme d'intervention proposé permettrait au système socio-sanitaire de s'impliquer plus efficacement (Wertlieb, 1988; Hickson, 1983; Fischer, 1984). Les traitements de psychothérapie brève pourraient contribuer à améliorer la capacité du patient à rester en santé et éviter l'utilisation d'autres services médicaux, tout en prévenant l'apparition de formes plus sévères de troubles mentaux chez l'adulte¹¹ (Hankin, 1984; Graves, 1981).

La morbidité physique ne doit pas être séparée de la morbidité mentale, car il y a indivisibilité de l'esprit et du corps (Mumford, 1984; Graves, 1981; Hankin, 1984). Dans l'étude de Finney, les enfants n'ont pas seulement réalisé une diminution de leur problème initial, mais le traitement semblait avoir un effet bénéfique additionnel en réduisant les problèmes de comportement externalisateur. Il se peut que les interventions psychothérapeutiques aient un effet domino bénéfique pour l'adaptation de l'enfant à son milieu. Offord (1987) propose que la société fasse la promotion des programmes qui favorisent cette forme d'adaptation et qui permet à l'enfant d'avoir de meilleures relations avec ses pairs et avec les adultes.

Plusieurs autres auteurs, cités dans Offord (1987), ont découvert que les effets des interventions psychothérapeutiques et cognitives à l'âge préscolaire ont un effet à long terme. Les enfants réalisent alors dans leur vie d'adolescent des gains qui se concrétisent par une augmentation des performances et des résultats scolaires. Un programme favorisant l'adaptation de l'enfant à son milieu et au sein de sa famille apportera des gains importants pour l'enfant, sa famille et la société.

NOTES

1. (CBCL) Echelle *Child Behavior Checklist*, par Achenback et Edelbrock, 1981, pour évaluer les troubles de comportement et les facteurs de compétence sociale.
2. Selon l'étude de Finney (1991), 49 % des parents étaient très satisfaits, 33 % satisfaits et 11 % un peu satisfaits.
3. (CBCL-SH) *Child Behavior Checklist Short Form*, par Lemanek, Moore, Gresham, Williamson, Kelley, 1986, pour analyser 17 troubles de comportement internalisés et 15 externalisés sur une échelle de trois points (pas vrai, un peu/des fois, très/souvent vrai).
4. Référence: Pilisuk, 1987.
5. Le taux était de 26,1 % pour les enfants de 8 à 11 ans. La moyenne pour tous les âges est de 25 %.
6. Cunningham (1990) indique que les facteurs familiaux affectent directement l'utilisation des ressources. Ses conclusions sont conformes aux statistiques de la RAMQ, 1991, p. 78.
7. Consultation d'experts, CLSC Côte-des-Neiges.
8. Soit 465 pédiatres et 6731 omnipraticiens (Statistiques de la RAMQ, 1991).
9. Les coûts ont été calculés en dollars constants 1991 pour un taux d'actualisation de 5 % pour enlever l'effet de l'inflation. Les QALY ont été aussi actualisés à un taux de 5 %.
10. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Un Financement Équitable à la Mesure de nos Moyens, 1991.
11. L'analyse des besoins des personnes âgées indique une consommation des services élevée et disproportionnée (moyenne de 8,4 par rapport à 5,7 pour la population générale). Les méta-analyses de Mumford et Krupnick illustrent des avantages importants en terme de bien-être pour les bénéficiaires et des réductions des services médicaux quand les services de psychothérapie accompagnent et remplacent certains services médicaux pour les personnes de 55 ans et plus.

RÉFÉRENCES

- ACHENBACH, T.M., 1985, Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology, *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series*, 3, SAGE Publications.
- CAMPBELL, S.B., EWING, L.J., BREAU, A.M., SZUMOWSKI, E.K., 1986, Parent-referred problem three-year olds: Follow-up at school entry, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 473-488.

- Canadian task force on the periodic health examination, 1989, Periodic Health Examination, Update, 3, Preschool, Examination for Developmental, Visual and Hearing Problems, *Canadian Medical Association Journal*, 141, 1136-1140.
- COSTELLO, E.J., BURNS, B.J., COSTELLO, A.J., EDELBROCK, C., DULCAN, M.K., BRENT, D., 1988, Service Utilization and Psychiatric, Diagnosis in Pediatric Primary Care: The Role of the Gate-Keeper, *Pediatrics*, 82, 435-441.
- COSTELLO, E.J., EDELBROCK, C., COSTELLO, A.J., DULCAN, M.K., BURNS, B.J., BRENT, D., 1988, Psychopathology in Pediatric Primary Care: The New Hidden Morbidity, *Pediatrics*, 82, 415-424.
- CUNNINGHAM, P.J., 1990, Medical care use and expenditures for children across stages of the family life cycle, *Journal of Marriage and the Family*, 52, 197-207.
- DRUMMOND, M.F., STODDART, G.L., TORRANCE, G.W., 1992, *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford Medical Publications.
- FINNEY, J.W., RILEY, A.W., CATALDO, M.F., 1991, Psychology in Primary Health Care: Effects of Brief Targeted Therapy on Children's Medical Care Utilization, *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 4, 447-461.
- FINNEY, J.W., LEMANEK, K.L., CATALDO, M.F., 1989, Pediatric psychology in primary health care: Brief targeted therapy for recurrent abdominal pain, *Behavior Therapy*, 20, 283-291.
- FISCHER, M., ROLF, J.E., 1984, Follow-up of a preschool epidemiological sample: Cross-age continuities and predictions of later adjustment with internalizing and externalizing dimensions of behavior, *Child Development*, 55, 137-150.
- GOLDBERG, I.D., ROGHMANN, K.J., 1984, Mental health problems among children seen in pediatric practice: Prevalence and management, *Pediatrics*, 73, 3, 278-292.
- GRAVES, R.L., HASTRUP, J.L., 1981, Psychological intervention and medical utilization in children and adolescents of low-income families, *Professional Psychology*, 12, 426-433.
- HANKIN, J.R., STARFIELD, B., STEINWACHS, D.M., 1984, The relationship between specialized mental health care and patterns of primary care use among children enrolled in a prepaid practice, *Community and Mental Health*, 4, 203-220.
- HICKSON, G.B., ALTEMEIER, W.A., 1983, Concerns of mothers seeking care in private pediatric offices: Opportunities for expanding services, *Pediatrics*, 72, 5, 619-624.

- KANOY, K.W., SCHRÖEDER, C.S., 1985, Suggestions to parents about common behavior problems in a pediatric primary care office: Five years of follow-Up, *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 1, 15-30.
- KRUPNICK, J.L., PINCUS, H.A., 1992, The cost-effectiveness of psychotherapy: A plan for research, *American Journal of Psychiatry*, 149, 10, 1295-1305.
- LARSON, C.P., PLESS, 1988, Preschool behavior disorders: Their prevalence in relation to determinants, *Journal of Pediatrics*, 113, 278-285.
- LECLERC, F., 1988, *Révision des critères d'admission du programme de stimulation précoce du CLSC Côte-des-Neiges*, Montréal.
- LEMANEK, K.L., MOORE, S.L., 1986, Psychological adjustment of children with sickle cell anemia, *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 3, 397-410.
- MUMFORD, E., SCHLESINGER, H.J., 1984, A new look about reduced cost of medical utilization following mental health treatment, *American Journal of Psychiatry*, 141, 10, 1145-1157.
- OFFORD, D.R., BOYLE, M.H., 1987, Ontario child health study, Part II, Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization, *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- OFFORD, D.R., 1987, Prevention of behavioral and emotional disorders in children, *Journal of Child Psychology*, 28, 1, 9-19.
- RAMQ [Régie de l'assurance maladie du Québec], *Statistiques Annuelles 1991*, Bibliothèque nationale du Québec.
- RUTTER, M., 1982, Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance, *Pediatrics*, 70, 883-894.
- STARFIELD, B., HANKIN, J., 1985, Utilization and morbidity: Random or tandem?, *Pediatrics*, 75, 2, 241-247.
- STARFIELD, B., KATZ, H., 1984, Morbidity in childhood – A longitudinal view, *The New England Journal of Medicine*, 310, 13, 824-829.
- TESSLER, R., MECHANIC, D., 1978, Factors affecting children's use of physician services in a prepaid group practice, *Medical Care*, XVI, 1, 33-46.
- WERTLIEB, D., WEIGEL, C., 1988, The impact of stress and temperament on medical utilization by school-age children, *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 3, 409-421.
- WOODWARD, C.A., BOYLE, M.H., OFFORD, D.R., 1988, Ontario child health study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates, *Pediatrics*, 82, 3, Pt.2, 425-434.

ABSTRACT**An economical evaluation of a simulated short-term psychotherapy program**

For individuals affected by mild psychosocial problems, early psychotherapeutic treatments have the advantage of preventing various pathologies that would otherwise require a medical follow-up. Multiple benefits can thus be obtained for the individual and for the society in general, including present and future treatment cost reductions, as well as the individual's increased potential and productivity once they reach adulthood. A short-term psychotherapy program aimed at pre-school children and adapted to Québec's socio-sanitary context was simulated in order to assess the advantages in terms of quality of life improvements and health service usage reductions. The cost-usage analysis shows that children treated for mild behaviour problems through short-term therapy at a very young age will benefit from a better quality of life. Because they were treated at a very young age or as soon as initial symptoms manifested themselves, these benefits will also increase throughout their life. The costs sustained by the health care system are inferior to traditional treatments and care commonly used for these types of problems.