

A n n e x e 2

ALTERNATIVES
À L'HOSPITALISATION
EN PSYCHIATRIE :
EFFICACITÉ ET EFFICIENCE



Ce texte a été réalisé sous la direction de Nicole Ricard et de André Villeneuve. Claude Leclerc y a travaillé à titre d'agent de recherche contractuel, pour la recension et l'analyse des études sur l'efficacité et l'efficience des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
INTRODUCTION	185
SECTION 1 : EFFICIENCE ET ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE.....	187
1.1 Clarification des concepts d'efficience et d'efficacité	187
1.2 Facteurs contribuant aux résistances quant aux résultats des diverses études d'efficacité et d'efficience.....	189
1.3 Recherche de l'efficience et d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.....	190
1.4 Services et types d'intervention représentant des alternatives à l'hospitalisation.....	192
1.4.1 Suivi systématique de clientèles : (<i>case management</i>)	192
1.4.2 Autres alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.....	193
1.4.3 Le traitement psychosocial des troubles mentaux	194
SECTION 2 : RÉSULTATS D'ÉTUDES ÉVALUANT L'EFFICACITÉ ET L'EFFICIENCE D'ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE.....	197
2.1 Effets du suivi systématique de clientèle sur l'hospitalisation en psychiatrie, sur les visites à l'urgence et sur l'utilisation d'autres services	198
2.2 Effets du suivi systématique sur la qualité de vie, la satisfaction du traitement, l'assiduité médicamenteuse et la symptomatologie des participants.....	204
2.3 Effets du suivi systématique sur le fardeau familial, le soutien social, le revenu d'emploi et sur l'indépendance et la stabilité résidentielle des participants	209
2.4 Effets du suivi systématique sur le fonctionnement social, l'occupation du temps, et l'isolement social.....	215
2.5 Effets du suivi systématique sur l'utilisation de substances chimiques, sur les troubles avec la justice et sur les comportements suicidaires	221
2.6 Alternatives expérimentées au Canada.....	227
SECTION 3 : EFFICACITÉ ET EFFICIENCE.....	231
3.1 Efficacité.....	231
3.2 Efficience.....	237
3.3 Coûts et efficience.....	240
DISCUSSION.....	243
CONCLUSION.....	249
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	251

INTRODUCTION

Depuis les dernières décennies, plusieurs cliniciens et chercheurs ont travaillé à élaborer de nouveaux traitements destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux. Diverses approches furent ainsi développées pour répondre aux nouveaux contextes suscités par la désinstitutionnalisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Plus récemment, le virage ambulatoire, qui touche le système de santé en entier au Québec, fait appel à de nombreux changements qui auront des répercussions directes dans le domaine de la santé mentale. Ce virage propose de diminuer la durée de séjour en milieu hospitalier au profit de soins adaptés et de qualité offerts dans le milieu naturel de la personne. Cette situation nous amène donc à considérer les alternatives possibles à l'hospitalisation en psychiatrie.

Depuis les débuts de la désinstitutionnalisation, plusieurs chercheurs et cliniciens tentent d'identifier les alternatives à l'hospitalisation de longue durée en psychiatrie. Plusieurs publications présentent des services, des traitements ou des programmes d'activités qui représentent des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie. Sachant que les personnes les plus sévèrement atteintes par la maladie mentale sont celles qui demeurent hospitalisées le plus longtemps, et ce pour de nombreuses années, les coûts associés au traitement en milieu hospitalier sont considérables. Au Canada, 8 % de tous les lits d'hôpitaux sont occupés uniquement par des personnes atteintes de schizophrénie et les coûts directs de leurs soins sont évalués à 2,3 milliards de dollars, sans compter les allocations d'aide sociale, les services communautaires, le soutien pour la famille... (Lalonde, 1995). Compte tenu du virage ambulatoire et des coûts associés au traitement des troubles mentaux, ce texte a pour but de circonscrire les diverses alternatives à l'hospitalisation, principalement celles qui s'adressent aux personnes hospitalisées en soins de longue durée, en accordant une importance cruciale à l'efficacité de ces alternatives.

Afin de recenser ces diverses alternatives, et de les analyser sous l'angle de leur efficacité et de leur efficacité, le sous-comité a retenu divers thèmes afin de procéder à une recherche informatisée des écrits disponibles. Les principaux mots-clés utilisés sont les suivants : *mental health services, community mental health services, deinstitutionnalization, cost control, cost saving, cost reduction, psychiatry, alternative, trend*. Au total, 530 écrits furent répertoriés à l'aide de ces mots-clés au moyen du logiciel Winspurs 1.0. Le sous-comité a ensuite sélectionné et analysé les publications les plus pertinentes pour réaliser le présent document.

À la lecture de ces publications, nous constatons que les études s'intéressant à l'efficacité ou à l'efficacité de traitements, d'activités ou de services représentant des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie sont encore relativement peu nombreuses. En effet, plusieurs auteurs proposent diverses alternatives à l'hospitalisation, mais peu de ces expériences ont fait l'objet de recherches utilisant des méthodes appropriées. Ainsi, certains traitements s'avèrent des initiatives cliniques intéressantes mais il est difficile de conclure à leur efficacité puisque leur effets ne furent pas mesurés scientifiquement.

Dans un premier temps, ce texte distingue brièvement les concepts d'efficacité et d'efficacité et montre comment il est possible de mesurer l'efficacité d'un traitement ou d'un programme dans le domaine de la santé mentale. Ensuite, les alternatives à

l'hospitalisation en psychiatrie sont présentées. Parmi ces alternatives, certaines ont fait l'objet d'études permettant d'obtenir des informations concernant soit leur efficacité, soit leur efficience. Étant donné les origines et les contextes différents dans lesquels se sont déroulées ces études, certaines considérations sont à prendre en compte, notamment dans la mise en application de ces alternatives.

Les résultats obtenus des études sont présentés à la suite. En ce qui concerne un type d'alternatives, soit le suivi systématique de clientèles (*case management*), la disponibilité de 26 études recensées nous permet de comparer les résultats sur le plan de leur efficacité au moyen de 6 tableaux synthèses. Ces recherches sont comparées entre elles selon 17 critères différents. Ces critères correspondent à différents effets rapportés par ces études et contribuent à l'évaluation de leur efficience dans une douzaine de ces recherches.

Ces alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie présentent des résultats fort intéressants, bien que les enjeux liés à la mesure de l'efficience soient très complexes et doivent faire l'objet de plusieurs considérations. La discussion s'intéresse au processus d'application et de généralisation de ces alternatives dans le contexte québécois. Certaines mises en garde relevées par des auteurs provenant d'autres pays ne sont pas toujours pertinentes dans notre contexte social, alors que des particularités non mentionnées par ces auteurs devraient être considérées dans le contexte québécois.

Nos réflexions indiquent qu'il existe des alternatives efficaces à l'hospitalisation en psychiatrie. Ces façons différentes de traiter les personnes atteintes de troubles mentaux proposent des modalités et conceptions qui s'inscrivent dans le contexte de la *Politique de santé mentale* adoptée par le gouvernement du Québec. Toutefois, l'application de ces approches exigera des modifications importantes à la répartition actuelle des ressources disponibles.

SECTION 1

EFFICIENCE ET ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

1.1 CLARIFICATION DES CONCEPTS D'EFFICIENCE ET D'EFFICACITÉ

Les objectifs motivant les réformes des services psychiatriques se sont modifiés progressivement, passant de considérations morales et sociales à des notions beaucoup plus pratiques et économiques (Hooper et Goodwin, 1989). Elles se définissent comme suit : fournir des services qui présentent une bonne valeur pour leurs coûts. Ces orientations visent l'efficience.

L'efficience est une mesure de la performance d'un service, d'une activité ou d'un système. On qualifiera un traitement d'efficient lorsqu'il atteindra le but visé, au meilleur coût, alors qu'un traitement sera efficace, lorsqu'il fournit le rendement attendu et qu'il atteint l'objectif fixé, sans égard au prix (Lehman, Carpenter, Goldman et Steinwachs, 1995). Ces auteurs proposent une distinction entre les termes «*effectiveness*», «*efficiency*» et «*efficacy*». Selon ces auteurs, *l'effectiveness* est l'atteinte des objectifs dans la réalité (efficacité en français), alors que *l'efficacy* est la résultante d'un traitement appliqué dans des situations contrôlées, idéales et auprès d'une clientèle sélectionnée selon des critères précis pour les fins d'une étude; il s'agit d'efficacité dans des conditions expérimentales. *L'efficiency* serait quant à elle, le rapport coût-bénéfice d'un traitement. En consultant les articles publiés (très majoritairement rédigés en langue anglaise), il faut à la fois rechercher les termes «*efficiency*», «*effectiveness*» et «*efficacy*» pour obtenir des informations concernant l'efficience, puisque plusieurs variables et non seulement les coûts, fournissent des informations pertinentes à l'efficience. L'étude de l'efficience oblige à considérer non seulement la diminution ou le contrôle des coûts pour offrir un service, mais également le résultat de ces services, qui doit être de qualité identique ou supérieure. L'efficience constitue donc un rapport entre les qualités d'un produit et les coûts requis pour le produire (Lehman *et al.*, 1995).

L'efficacité de la majorité des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie est évaluée le plus souvent en regard de la durée d'hospitalisation (jours) et de la symptomatologie à la fin du traitement quant à leur rapport coûts-bénéfices. On considère alors les sommes dépensées pour l'application des traitements et l'on mesure toujours la résultante en considérant la fréquence des rechutes (réhospitalisations) et la variation de la symptomatologie (Lehman *et al.*, 1995).

Plusieurs études soulignent l'existence de traitements efficaces, c'est-à-dire des programmes qui rencontrent les objectifs visés, mais pour lesquels les coûts du traitement n'ont pas été considérés par les chercheurs. Ces études sont principalement de deux types :

les recherches expérimentales s'intéressant aux effets de traitements spécifiques (augmentation d'habiletés, coping, approches familiales, thérapeutiques...) et celles s'intéressant aux effets de services (case management, centre de crise, hôpital de jour) qui incluent plusieurs de ces traitements. En ce qui concerne les traitements spécifiques, on obtient, selon Wallace (1993), des résultats intéressants sur l'efficacité du traitement, alors qu'avec les évaluations de services, on obtient également des résultats intéressants en regard de leurs coûts et de leurs effets sur l'état de santé des sujets, mais sans être capable d'identifier l'élément ou les éléments les plus efficaces du service.

Divers modèles d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie ont été recensés. Leur comparaison est une opération complexe puisque l'application d'un modèle peut varier considérablement d'un projet à l'autre, se détournant même parfois du modèle original. En comparant l'efficacité de diverses alternatives, il faut considérer leurs modalités d'implantation. Ces données sont cruciales (Goldman, Morrissey, Ridgeley, Frank, Newman et Kennedy, 1992; McGrew, Bond, Dietzen et Salyers, 1994), mais malheureusement pas toujours disponibles. Les résultats de diverses applications d'un même type d'alternatives peuvent différer considérablement en raison de la variabilité de nombreuses composantes importantes. L'environnement où se déroule l'application peut moduler les effets attendus en raison de facteurs associés à la géographie, à la culture ou encore à l'économie. De plus, lorsque certains éléments d'un type d'alternatives sont modifiés, retirés, ajoutés ou remplacés, on peut obtenir des résultats qui diffèrent sensiblement de ceux attendus. Puisque l'on ne connaît pas exactement l'élément actif à l'intérieur d'un type précis d'alternatives, c'est-à-dire celui qui produit le changement, il devient difficile de comparer les résultats entre les différentes applications d'un même type d'alternatives (Goldberg, 1994). Aussi, un nombre important d'alternatives à l'hospitalisation ont été implantées sans succès et sans qu'il ne soit possible d'identifier ce qui fut responsable de cet échec ou quelles sont les composantes de ces alternatives qui auraient dû être préservées en raison de leur efficacité.

Par ailleurs, malgré l'efficacité reconnue d'un traitement dans un contexte expérimental, certaines variables du client peuvent également moduler les effets attendus. Il se peut qu'un client ne réponde pas au traitement tel que défini. Les cliniciens apporteront souvent des modifications nécessaires afin d'adapter certaines parties du traitement au contexte du client. Ces informations sont rarement transmises, mais modifient la validité des résultats présentés.

De plus, un manque de ressources dans le milieu du client ou un manque d'assiduité de la part du client peuvent obliger les cliniciens à modifier l'approche. Certaines variables influencent également l'efficacité ou l'efficacité du traitement auprès de la clientèle, sans qu'elles ne soient directement associées aux clients. Ce peut être le manque d'expertise ou de connaissances des cliniciens, ou encore un manque de coordination entre les différents éléments du traitement (Lehman *et al.*, 1995).

1.2 FACTEURS CONTRIBUANT AUX RÉSISTANCES QUANT AUX RÉSULTATS DES DIVERSES ÉTUDES D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE

Malgré la publication depuis le début des années 80 de diverses études soulignant l'efficacité ou l'efficacité d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, il semble qu'il existe diverses résistances qui ralentissent l'implantation de ces alternatives.

L'un des facteurs de résistance est inhérent aux enjeux moraux du contrôle des coûts des services de santé. Plusieurs pourvoyeurs de soins croient qu'il est immoral et contraire à l'éthique de tenir compte des coûts lorsqu'on traite un patient (Schuster, 1990). Ils combattent ces considérations économiques en agissant de façon à utiliser toute procédure qu'ils croient eux-même bénéfique, et ce pour tous les patients, sans égard aux coûts ou à l'efficacité scientifiquement reconnue du traitement.

Sturm et Wells (1995) dénoncent une tendance qui se répand rapidement et qui comporte plusieurs dangers. Elle consiste à privilégier les traitements les moins dispendieux, sans égard à leur efficacité, afin de contrôler les sommes considérables requises pour l'amélioration du traitement des troubles mentaux. Plutôt que de prendre en compte uniquement les économies réalisées immédiatement, il faudrait, selon ces auteurs, considérer les bénéfices obtenus de chaque dollar dépensé au moyen de recherches subventionnées. Par exemple, le traitement de la dépression en Californie s'est déplacé des centres psychiatriques vers les bureaux des omnipraticiens. Actuellement, une étude révèle que les sujets atteints de dépression ne reçoivent ni médication antidépressive, ni psychothérapie, mais uniquement des benzodiazépines. Sturm et Wells (1995) soulignent qu'il est insensé de dépenser des sommes pour un traitement qui ne rapporte aucun bénéfice, seulement parce qu'il est moins coûteux. Schuster (1991) mentionne que les HMO (*Health Maintenance Organization*) tentent souvent de réduire les coûts sans se soucier de l'efficacité et osent parler d'efficacité. Cette façon de faire entraîne des pathologies non diagnostiquées et des pathologies diagnostiquées sans service. Cette situation provoque non seulement une augmentation des coûts directs de santé, mais également un accroissement des problèmes associés aux pathologies non traitées (violence familiale, augmentation de prestataires d'aide sociale, augmentation de l'absentéisme au travail dans l'entourage de la personne, itinérance, judiciarisation...)

Par ailleurs, Knapp, Beecham, Fenyo et Hallam (1994) rapportent diverses situations qui ont contribué à augmenter les résistances face aux alternatives à l'hospitalisation, autant auprès des cliniciens et des autorités administratives que de la part de la population en général. Par exemple, un client quitte l'hôpital psychiatrique et commet un meurtre dans la communauté; ou encore : un client se suicide après avoir quitté l'hôpital. Ces situations remettent parfois en question la pertinence de l'alternative, même si elle s'est avérée efficace pour plusieurs autres clients. Pyke et Steers (1992) observent que lorsqu'un suicide survient, le service est interrogé et souvent davantage remis en question, même si des suicides surviennent également en milieu hospitalier.

Également, la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation soulève certains conflits en raison du transfert du fardeau financier associé au traitement des personnes atteintes de

troubles mentaux (multiples organismes payeurs). Il en résulte souvent un accroissement du fardeau pour le réseau de soutien naturel des personnes atteintes (Andreasen, 1991) lorsque les services ne sont plus couverts par l'organisme payeur. Les familles doivent alors donner directement des services ou payer pour leur obtention, situations qui contribuent à la résistance aux alternatives à l'hospitalisation. Ces données ne sont jamais comptabilisées lorsque l'on traite d'efficacité, et rarement quand on parle d'efficience, car le réseau naturel d'aidants ne constitue pas un service évalué. Selon divers auteurs, le système de payeur unique en vigueur au Canada semble plus facile à gérer et permet de mieux comparer le financement des diverses alternatives (Bachrach, 1994; Torrey *et al.*, 1993).

Ainsi, des expériences efficaces de réadaptation furent abandonnées au profit d'autres services moins efficaces mais qui satisfaisaient certaines volontés administratives. Torrey (1990) présente quatre expériences efficaces de réadaptation psychiatrique qui ont été abandonnées, en raison de conflits entre divers organismes administratifs, en l'occurrence le gouvernement, les assureurs, les universités et les services de santé. Ces conflits ont ainsi mis un terme à des alternatives efficaces.

Enfin, il faut également mentionner la faible diffusion de certains résultats de recherche comme facteur de résistance aux alternatives à l'hospitalisation. La pratique des cliniciens pourrait être grandement améliorée si les résultats des recherches sur certains traitements ou programmes étaient davantage diffusés et accessibles. Il faut comprendre qu'encore ici, il existe certaines frontières, similaires à celles qui divisent les cliniciens et les administrateurs. Plusieurs cliniciens hésitent à modifier leur pratique pour des approches qui leur sont inconnues ou pour lesquelles ils ne possèdent pas encore la formation requise (Lehman *et al.*, 1995). Certains poursuivent leur pratique comme ils le faisaient auparavant, même si certaines approches qu'ils utilisent et qui étaient autrefois fort populaires, n'ont toujours aucun effet scientifiquement reconnu. Selon Lehman *et al.* (1995), des approches telles que le PACT et les nouvelles approches familiales exigent des habiletés diverses et spécialisées que ne possèdent pas la majorité des cliniciens. Pour appliquer ces traitements, les cliniciens ont besoin de connaissances en éducation, en solution de problème, des connaissances de pointe concernant les troubles mentaux ainsi que des habiletés de communication et de soutien. Une compréhension déficiente d'un nouveau traitement, ou encore des habiletés essentielles limitées, peuvent entraîner des variations importantes dans les résultats de l'application d'un traitement qui s'est pourtant avéré très efficace dans un autre contexte et décourager les cliniciens lors de l'implantation (Lehman *et al.*, 1995).

1.3 RECHERCHE DE L'EFFICIENCE ET D'ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Historiquement, la psychiatrie ne représentait qu'une infime partie du système de soins de santé et recevait seulement un faible pourcentage des dollars dépensés (Schuster, 1990). À titre indicatif, le pourcentage du produit national brut américain destiné à la dépense en santé mentale s'est accru de 6 % depuis 1965 et on projette qu'il s'accroîtra de 11.3 % en 1990 (Schuster, 1990). Bien que la psychiatrie ait connu une augmentation des demandes et des dépenses durant cette période, les diverses instances ont fourni de nombreux efforts

pour contrôler les coûts tout en tenant compte de l'efficacité des services offerts. Ces soucis d'efficience commencent à influencer tant les décisions des organismes payeurs que celles des chercheurs et des cliniciens.

La schizophrénie est probablement la maladie dont les traitements psychiatriques coûtent le plus cher (Andreasen, 1991). Les soins offerts aux personnes atteintes de schizophrénie dans les unités de psychiatrie mobilisent une grande partie des ressources allouées à la santé mentale (Goldberg, 1994). L'étude de Burns et Raftery (1991) indique que prendre soin de personnes atteintes de schizophrénie est en moyenne deux fois plus dispendieux que de prendre soin de personnes atteintes d'autres troubles de santé mentale. Selon ces auteurs, cette différence, statistiquement significative, est le résultat de l'accroissement de la durée des soins hospitaliers offerts aux personnes atteintes de schizophrénie avec en moyenne 33 jours pour le patient atteint de schizophrénie contre 7,6 jours pour le patient présentant un autre diagnostic. Les soins standards prodigués au patient atteint de schizophrénie coûtent tout près de deux fois plus cher que les soins communautaires offerts à cette même population; cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative (Burns et Raftery, 1991). Ces résultats incitent à prendre les dispositions nécessaires pour activer les services communautaires pour cette catégorie de malades, ce qui permettrait d'épargner sur les coûts des soins principalement par la diminution des durées de séjour en milieu hospitalier.

Les études qui se sont intéressées aux effets de différents traitements, comparent, pour la majorité, entre l'hospitalisation en psychiatrie et un type d'alternative, les diverses alternatives y étant rarement comparées entre elles. Plusieurs de ces études ont considéré des variables associées au système de santé, soit les effets du traitement ou du programme sur l'hospitalisation en psychiatrie, sur les visites à l'urgence et sur l'utilisation d'autres services. D'autres études ont considéré également des variables personnelles des sujets, mesurant les effets du traitement sur la qualité de vie, sur la satisfaction du traitement, sur l'assiduité médicamenteuse et sur la symptomatologie des participants. Un certain nombre d'études ont également mesuré quatre critères associés aux interactions des sujets avec l'environnement. Ces études nous informent au sujet des effets du traitement sur le fardeau familial, sur le soutien social, sur le revenu d'emploi et sur l'indépendance et la stabilité résidentielle des participants. D'autres études s'intéressent à la performance des sujets dans leur environnement. Elles comparent les effets des traitements sur le fonctionnement social, sur l'occupation du temps et sur l'isolement social. Certaines études ont mesuré des critères représentant des problèmes de comportement des sujets. Ces études mesurent les effets du traitement sur l'utilisation de substances chimiques, sur les troubles avec la justice et sur les comportements suicidaires. Enfin, parmi 26 études recensées s'intéressant à des alternatives de type suivi systématique, 12 ont évalué l'efficience des traitements comparés.

La section suivante présente les différentes alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie et les résultats des études associées à ces implantations de services.

1.4 SERVICES ET TYPES D'INTERVENTION REPRÉSENTANT DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

Différentes interventions ont pour objectif le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux et leur réadaptation. Certains traitements s'adressent directement aux personnes atteintes alors que d'autres ciblent leurs soignants naturels. De plus certaines alternatives à l'hospitalisation sont des services (suivi systématique, hôpital de jour) qui incluent une gamme plus ou moins complète de traitements. Le contenu de ces services varie d'abord en fonction du modèle adopté, puis en fonction des modalités d'implantation. Ces alternatives ont été regroupées en trois grandes classes, soit le suivi systématique de clientèles, les alternatives à l'hospitalisation du type soins à domicile, hôpital de jour ou intervention de crise et enfin les interventions thérapeutiques spécifiques.

1.4.1 SUIVI SYSTÉMATIQUE DE CLIENTÈLES (*CASE MANAGEMENT*) :

L'hôpital psychiatrique a longtemps été le seul fournisseur de la majorité des services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. La nourriture, l'hébergement, l'habillement, les soins médicaux et psychiatriques, la supervision, la protection étaient parmi les services offerts par l'administration de l'hôpital, de même que les loisirs et les lieux de socialisation. Avec la désinstitutionnalisation, ces services deviennent la responsabilité de nombreuses administrations différentes, gouvernementales, communautaires ou privées (Bachrach, 1976). La nécessité de coordonner ces services fragmentés, afin d'offrir les meilleures opportunités à la clientèle, a donné le jour au suivi systématique de clientèle (*case management*).

Le suivi systématique de clientèles est un service qui permet de rencontrer les besoins de santé et de ressources de personnes présentant des problèmes divers et complexes. Le suivi systématique vise à coordonner les diverses ressources requises afin de répondre aux besoins d'un client. Dispensés par différents professionnels, les services de suivi systématique ne sont pas tous offerts selon les mêmes modalités (Chamberlain et Rapp, 1991). Certains auteurs décrivent le suivi systématique principalement comme un «courtier» de services qui, plutôt que d'offrir directement des services à une clientèle, effectue la liaison entre la clientèle et le dédale des fournisseurs de services directs (Rubin, 1992). D'autres auteurs accordent davantage d'importance à l'offre directe de services par le *case manager* ainsi qu'à sa responsabilité au plan clinique (Bachrach, 1992; Harris et Bachrach, 1988; Rapp et Wintersteen, 1989).

Une étude empirique (Korr et Cloninger, 1991) menée auprès de personnes atteintes de troubles mentaux recevant un service de suivi systématique en milieu naturel a permis de distinguer trois modèles principaux, selon le niveau de services offerts : le modèle minimal, le modèle de coordination et le modèle intégré (*comprehensiveness*). Le modèle minimal inclut le contact avec la clientèle, l'évaluation des besoins de services, le suivi du cas et l'orientation vers les dispensateurs offrant les services requis. Le modèle de coordination ajoute aux activités du modèle précédent la défense des droits (*advocacy*), le développement du réseau de soutien et la réévaluation continue des besoins. Le modèle intégré comprend les activités des deux modèles précédents ainsi que la défense des droits afin de développer les ressources requises (*advocacy for resource development*), l'évaluation constante de la qualité des services, l'éducation communautaire et l'intervention de crise.

Des auteurs ont également proposés d'autres classifications basées sur les assises conceptuelles et les méthodes utilisées par les différents modèles, mais Sands et Rapp (1994) indiquent que ces différences s'estompent considérablement lorsque l'on considère les applications pratiques du suivi systématique. Par contre, les services utilisant le modèle de soutien complet (*full support case management*) adoptent pour leur part des objectifs et modalités différents des autres types de suivi et constituent une classe à part dans la majorité des classifications. Ces modèles sont inspirés du modèle Madison (PACT) de Stein et Test (1980). Les PACT ainsi que les autres modèles de soutien complet (*full support*) se distinguent des autres modèles de suivi systématique par leur clientèle visée (personnes atteintes de troubles mentaux graves), ainsi que par leurs objectifs visant à offrir directement les services et les traitements requis par leur clients plutôt que de les intégrer à des ressources existant déjà dans la communauté (Sands et Cnaan, 1994). Malgré les variations dans la façon d'offrir les services qui caractérisent les différents programmes inspirés des modèles de Soutien Complet, il est possible de les considérer comme un type de traitement, et de les comparer, puisqu'ils poursuivent les mêmes orientations. De Cangas (1994) a traduit de la façon suivante les orientations du PACT fournies par Bachrach (1991) : 1) il facilite l'accès du patient aux services appropriés; 2) aide le patient à développer ses habiletés de base; 3) apporte au patient une aide pratique plutôt qu'une thérapie; 4) s'emploie au dépistage avec vigueur; 5) améliore la qualité de vie du patient et 6) recourt aux interventions cliniques lorsque la situation l'exige.

1.4.2 AUTRES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

D'autres services, toutefois peu fréquemment évalués, suscitent de l'intérêt chez les chercheurs, notamment les soins psychiatriques à domicile, l'hôpital de jour et l'intervention en situation de crise. Ces approches constituent également des alternatives à l'hospitalisation.

Trois études se sont intéressées aux soins psychiatriques offerts à domicile (Burns *et al.*, 1993; Fenton, Tessier, Constandriopoulos, Nguyen et Struening, 1982; Reding et Raphelson, 1995). L'étude de Burns *et al.* (1993) s'est déroulée dans un contexte urbain (Londres) durant une année et a permis d'obtenir une réduction des coûts. Il en coûtait en effet 50 % de plus pour traiter en milieu hospitalier que dans la communauté. Ces services à domicile ont également permis de réduire la fréquence d'hospitalisation des sujets du groupe expérimental par rapport à ceux du groupe contrôle. Ce service s'inscrivait dans un projet de suivi systématique de clientèles inspiré du Modèle de Madison (Test et Stein, 1980). Le groupe expérimental comprenait 94 clients et le groupe témoin 78, et ces deux groupes ne présentaient pas de différence significative sur le plan clinique ou social.

L'étude de Fenton *et al.* (1982) s'est déroulée dans la ville de Montréal et a également permis d'observer une diminution des coûts pour les patients traités à domicile comparativement au groupe témoin traité en milieu hospitalier. À l'aide d'un devis expérimental, les chercheurs ont offert des services similaires aux groupes expérimental (n= 76) et témoin (n= 79), le lieu de dispensation variant selon le groupe. Il en coûtait 64,1 % de plus pour traiter une clientèle à l'hôpital durant la première année et 108,9 % de plus durant la deuxième année. Les deux groupes présentaient des caractéristiques cliniques, sociales et démographiques similaires. Nous discuterons davantage cette étude dans la seconde section de ce texte, dans le cadre de la présentation des expérimentations d'alternatives réalisées au Canada.

L'hôpital de jour est un service qui a été fréquemment implanté mais qui n'a pas fait l'objet de beaucoup de recherches. En plus, les quelques études disponibles (Dickey, Berren, Santiago et Breslau, 1990; Wiersma *et al.*, 1991) se sont intéressées principalement à la diminution des coûts possibles comparativement à l'hospitalisation en psychiatrie. L'étude de Wiersma *et al.* (1991) démontre que la symptomatologie et le fonctionnement social sont similaires chez les sujets recevant des traitements à l'hôpital de jour et dans une unité de psychiatrie. Toutefois, les auteurs n'obtiennent des économies que pour un sous-groupe de sujets expérimentaux, soit ceux qui sont le moins sévèrement atteints par la maladie. Alors qu'il en coûte 35,700 FL. par jour aux Pays-Bas pour un client hospitalisé, il en coûte 24,700 FL par jour pour les clients suivis à l'hôpital de jour pour le sous-groupe I (moins d'hospitalisations antérieures) mais 26,800 FL pour le sous-groupe II (symptomatologie plus importante) et 49,300 FL pour le sous-groupe III (les plus sévèrement atteints). Cette étude soutient que seulement 38 % des personnes devant habituellement être hospitalisées peuvent être traitées à l'hôpital de jour. Les sujets étaient des personnes atteintes de schizophrénie.

L'étude de Dickey *et al.* (1990) compare deux services d'hôpital de jour, le premier à Boston, Massachusset et le second à Tucson, Arizona. Ces deux services utilisent un modèle similaire et sont moins dispendieux que l'hospitalisation en psychiatrie (11,038 \$US (moyenne annuelle par client) à Tucson et 15, 098 \$US à Boston (moyenne annuelle par client)). En effet, l'hôpital de jour ne coûte en moyenne annuellement par client que 5,546 \$US pour l'hôpital de jour de Tucson et 9,518 \$US pour l'hôpital de jour de Boston. Ces différences sont associées principalement, selon ces auteurs, à une variation régionale des coûts des services, à des variations dans les modes de prestation des services offerts et dans le mode de paiement, facteurs qui doivent être considérés lors de l'implantation. Le loyer coûte plus cher à Boston et l'organisation des services est différente, malgré qu'il s'agisse du même modèle d'hôpital de jour. Les populations étudiées ne présentent pas de différence significative sur le plan du diagnostic psychiatrique, du nombre d'hospitalisations antérieures ou de leur situation de logement.

L'étude rétrospective de Reding et Raphelson (1995) a évalué les effets d'une unité mobile d'intervention de crise, à Kalamazoo au Michigan. En plus d'une réduction des coûts (données non fournies par les auteurs), les admissions furent significativement diminuées (passant, en moyenne, de 75 par mois à une vingtaine). Il s'agit d'un service qui fut créé afin de répondre à des besoins observés auprès d'une population chronique désinstitutionnalisée et bénéficiant de suivi systématique. Lorsque l'unité mobile d'intervention de crise n'a plus fonctionné, les admissions à l'hôpital psychiatrique ont augmenté considérablement, égalant les niveaux observés deux ans avant l'implantation du service. Selon ces auteurs, un centre de crise mobile est un élément essentiel d'un programme de suivi systématique de clientèle.

1.4.3 LE TRAITEMENT PSYCHOSOCIAL DES TROUBLES MENTAUX

Quelques études se sont intéressées aux traitements psychosociaux de la schizophrénie. Ces traitements sont souvent des activités offertes aux clientèles recevant des services de suivi systématique. On recense 6 études évaluant les effets de l'entraînement aux habiletés sociales, 3 études évaluant les effets de la réadaptation cognitive, dont une étude s'intéressant à l'entraînement aux habiletés de coping, ainsi que 16 études évaluant les effets des interventions familiales. La moitié des études s'intéressant à l'entraînement aux

habiletés sociales et la majorité des études évaluant les effets des interventions familiales (14 sur 16) mettent en évidence des effets thérapeutiques de ces traitements et soutiennent donc l'efficacité de ces approches. Pour leur part, les effets de la réadaptation cognitive et de l'entraînement aux habiletés de coping sont prometteurs, mais le nombre d'études contrôlées est encore trop restreint pour conclure à leur efficacité.

Les résultats des études évaluant les effets de l'entraînement aux habiletés sociales (Bellack *et al.*, 1984; Dobson *et al.*, 1995; Hayes *et al.*, 1995; Hogarty *et al.*, 1986; Liberman *et al.*, 1986; Marder *et al.*, 1992) indiquent que les personnes atteintes de schizophrénie peuvent apprendre une large variété d'habiletés sociales. Il faut cependant compter au moins un an de formation pour observer des résultats, et des rappels sont indiqués afin de maintenir les acquis. Pour ce qui est des effets sur les rechutes, aucune différence avec les groupes de comparaison n'est observable. Toutefois, trois études soulignent des effets significatifs pour les groupes expérimentaux en ce qui concerne l'ajustement social (Hayes *et al.*, 1995; Liberman *et al.*, 1986; Marder *et al.*, 1992).

Parmi les écrits recensés, 3 études (Benedict *et al.*, 1994; Kern *et al.*, 1995; Tarrier *et al.*, 1993) évaluent les effets de la réadaptation cognitive. Deux approches principales sont développées en réadaptation cognitive : l'approche de processus et l'approche de contenu (Spaulding *et al.*, 1986).

L'approche de processus a pour but la remédiation des habiletés de base dans le traitement de l'information, la mémoire, la vigilance et les habiletés conceptuelles. La réadaptation cognitive favorise un traitement dirigé vers les déficits, qui constituent des marqueurs de la vulnérabilité aux épisodes psychotiques futurs (Spaulding *et al.*, 1986). L'étude de Benedict *et al.* (1994) a porté sur un programme de remédiation de l'attention alors que celle de Kern *et al.* (1995) a porté sur l'appréhension. Leur devis expérimental a mis en évidence une amélioration significative du déficit ciblé chez les sujets expérimentaux, à l'aide du Wisconsin Card Sorting Test. La mesure des effets sur la rechute n'est pas encore disponible.

L'approche de contenu modifie la réponse aux contenus dysfonctionnels de la pensée. Cette approche s'est développée initialement auprès des victimes de traumatismes crâniens, avant d'être appliquée auprès de personnes atteintes de schizophrénie (Green *et al.*, 1993). Tarrier *et al.* (1993) ont développé une approche destinée à modifier les croyances et les pensées associées aux délires et ont enseigné des stratégies de coping permettant d'agir en présence d'hallucinations auditives. Dirigées vers les symptômes positifs de la maladie, cette intervention utilise l'approche de la gestion du stress. Six mois après le traitement, ces auteurs concluent que cette approche a davantage d'effet sur les délires que sur les hallucinations, et qu'elle n'a pas d'effet sur l'humeur, les symptômes négatifs et le fonctionnement social (Tarrier *et al.*, 1993).

En ce qui concerne les interventions familiales, elles furent menées à la suite des recherches sur le climat familial qui ont démontré qu'un haut niveau d'émotions exprimées dans la famille était un facteur de rechute et avait des conséquences sur l'évolution de la schizophrénie (Leff *et al.*, 1990). La majorité des interventions familiales furent dispensées selon l'approche psychoéducative et comprenaient des activités visant l'identification des stressors liés à la rechute, le recadrage, les conseils, l'adoption d'attentes réalistes, l'entraînement à la communication et à la solution de problèmes (Mac Farlane *et al.*, 1995).

Penn et Mueser (1996), de même que Dixon et Lehman (1995) recensent 8 études qui mettent en évidence des résultats significatifs sur la diminution des rechutes. De plus, deux études (Glick *et al.*, 1985; Tarrier *et al.*, 1988) montrent des effets significatifs sur la symptomatologie. Par contre, 2 autres études n'ont pas montré de résultats significatifs sur la rechute. Selon Penn et Mueser (1996), la plupart des approches familiales sont efficaces et ont un effet identique sur l'amélioration de la rechute (Leff *et al.*, 1990; Schooler *et al.*, 1996; Zastowny *et al.*, 1996, dans Penn et Mueser, 1996). Aucune mesure d'efficacité n'est toutefois disponible. Certaines de ces approches familiales font partie des services offerts aux clients qui bénéficient de suivi systématique inspiré de la plupart des modèles, sauf du Modèle Expanded Brokers où ces approches ne sont pas toujours comprises. Dixon et Lehman (1995) concluent à l'efficacité des approches familiales afin de réduire la rechute ou la symptomatologie. Par ailleurs, Mac Farlane *et al.* (1995) soutiennent que les groupes multifamilles sont plus efficaces que les approches dirigées vers une seule famille à la fois.

SECTION 2

RÉSULTATS D'ÉTUDES ÉVALUANT L'EFFICACITÉ ET L'EFFICIENCE D'ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Dans un premier temps, cette partie traitera des résultats disponibles concernant les études évaluant les effets du suivi systématique de clientèles. En seconde partie, nous examinerons plus attentivement les expérimentations qui se sont déroulées au Canada.

Au total, 26 études ont mesuré les effets de l'implantation de services de suivi systématique sur la clientèle. La majorité de ces études font appel à un devis expérimental (n= 17), alors que d'autres utilisent un devis pré-post-test (n= 4), ou comparent deux traitements (n= 5). Cette section rapporte les résultats publiés par les chercheurs. Il faut garder en mémoire que souvent certaines informations manquent et nous empêchent de saisir comment le programme a été efficace ou dans quel contexte il s'est déroulé.

Comme le mentionne Goldberg (1994), l'établissement d'un service de suivi systématique de clientèles a souvent pour conséquence de modifier les critères d'admission dans les unités de psychiatrie. Selon le contexte, l'admission sera plus restrictive, puisqu'il existe une alternative à l'hospitalisation, ou encore, elle pourrait être plus disponible si un responsable de suivi systématique (*case manager*) justifie lui-même la pertinence de l'hospitalisation pour le client. Il n'est pas certain que ce dernier serait allé consulter de son propre chef à ce moment précis. L'utilisation des services hospitaliers de psychiatrie doit-elle alors être considérée comme une variable de résultante ou de processus? Les recherches futures sur les effets des services de suivi systématique de clientèles devraient s'intéresser à la fois aux résultantes et aux variables de processus. De plus, il serait important de déterminer quels éléments des services peuvent être associés à des résultantes spécifiques. Actuellement, peu de recherches nous informent sur les perceptions des *case managers* au sujet de leur rôle, sur l'investissement personnel exigé (risque de *burn-out*) et sur les changements de personnel que ce service peut occasionner, ces variables pouvant influencer les objectifs de continuité et d'efficacité d'un service.

L'efficacité des services de suivi systématique est fortement dépendante de la qualité du personnel de l'équipe de *case managers* et étroitement associée à leur habiletés et connaissances. La disponibilité des diverses ressources requises au fonctionnement du service est également déterminante (Hollingworth, 1992). Ces informations sont rarement disponibles. Ainsi, pour mieux comprendre ce qui s'est passé à San Jose lors de l'implantation de programme de suivi systématique, il faut lire Borland (1989) qui explique que le suivi de ce projet a emprunté certains concepts du modèle de Madison, mais en a abandonné également quelques-uns qui semblent particulièrement importants. Dans l'étude de San Jose, Jerrell et Hue (1989) parlent peu des modalités pratiques du suivi, qui plutôt que d'être offert dans la communauté ou au domicile du client, était offert au bureau des thérapeutes. Compte tenu du type de clientèle, soit des psychotiques résistants aux

traitements habituels, on peut comprendre qu'il s'agit d'une modification sérieuse du modèle de Madison.

Les 26 études évaluant les effets de services de suivi systématique de clientèles ont mesuré, de différentes façons, plusieurs variables. Nous avons retenu 17 critères contribuant à qualifier l'efficacité et l'efficience, tel que mentionné à la section précédente. Chacune de ces études publiées mesurent quelques-uns des critères retenus. Afin de faciliter la comparaison, ces résultats sont présentés sommairement sous forme de tableaux. Pour chacun des tableaux présentés, nous soulignons, dans la colonne de gauche, le type de programme utilisé, la ville où s'est déroulée l'étude, le devis de l'étude ainsi que le nom des chercheurs et l'année de publication de l'article. La colonne suivante fournit des informations sur l'échantillon, principalement le nombre de sujets et leurs caractéristiques prédominantes. Les colonnes qui suivent décrivent les résultats des variables à l'étude. L'abréviation N.D. signifie que les résultats ne sont pas disponibles pour la variable en cause.

2.1 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE DE CLIENTÈLE SUR L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE, SUR LES VISITES À L'URGENCE ET SUR L'UTILISATION D'AUTRES SERVICES

À la lecture du tableau 2.1, (présenté à la suite du texte de la présente section) on constate que parmi les 21 études (sur 26) s'étant intéressé aux effets du suivi systématique de clientèle sur les hospitalisations en psychiatrie, une seule (Franklin *et al.*, 1987) obtient une augmentation du nombre d'hospitalisations chez les sujets du groupe expérimental, après 12 mois d'application du programme. Pour des périodes d'implantation variant de 4 à 24 mois, quatre études n'obtiennent aucune différence significative sur les hospitalisations, soit deux études expérimentales, une étude quasi-expérimentale et une étude avec groupe de comparaison. Par contre, 16 études obtiennent des diminutions significatives des hospitalisations, pour des périodes d'implantation variant de 3 mois à 5 ans, ce qui indique qu'une forte proportion des sujets expérimentaux ont eu moins recours à l'hospitalisation en recevant des services de suivi systématique que les sujets des groupes témoins.

Huit études ont considéré le critère «visites à l'urgence», dont 6 du Modèle PACT, une du modèle *expanded brokers* et une du modèle *personal strengths*. Pour le modèle PACT, 5 études présentent des diminutions significatives des visites à l'urgence (2 pour un suivi de 6 mois, 1 pour un suivi de 12 mois, 1 pour un suivi de 24 mois et 1 pour un suivi de 60 mois). Une étude ne présente pas de différence significative avec le groupe témoin. L'étude de suivi selon le modèle *expanded brokers* de Franklin *et al.* (1987) présente une augmentation après 12 mois de suivi. Par ailleurs, il est à noter que c'est ce même modèle qui rapporte une augmentation de l'hospitalisation et de l'utilisation d'autres services. Les effets du service de Houston se sont également avérés moins efficaces que l'hospitalisation (voir section 3). L'étude de suivi selon le modèle *personal strengths* présente une diminution des visites après 18 mois de suivi. Donc, 6 études sur 8 démontrent que le suivi systématique peut diminuer les visites à l'urgence. Ces informations sont présentées dans le tableau 2.1.

Une augmentation de l'utilisation d'autres services est prévue lors de l'implantation de services de suivi systématique puisque la clientèle reçoit des services émanant d'autres ressources que l'hôpital. Parmi les 7 études ayant mesuré ces effets, 6 obtiennent une augmentation significative du recours aux autres services et une seule n'obtient aucune différence significative entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison. Quatre des cinq études selon le Modèle PACT présente des augmentation d'utilisation d'autres services et une étude n'obtient pas de résultats significatifs. L'étude de suivi selon le le Modèle Expanded Brokers présente une augmentation après 12 mois de suivi, et l'étude de suivi selon le Modèle Personal Strengths présente une augmentation de l'utilisation d'autres services après 4 mois de suivi. Ces informations sont présentées dans le tableau 2.1.

Quatre des 26 études ont mesuré les trois critères retenus pour cette section, soit les effets du suivi systématique sur l'hospitalisation en psychiatrie, sur les visites à l'urgence et sur l'utilisation d'autres services. De ces études, celle de Bond *et al.* (1989) obtient aucun effet sur l'hospitalisation, une diminution des visites à l'urgence et aucun changement sur l'utilisation des autres services. L'effet fut donc plus prononcé en ce qui concerne l'utilisation de l'urgence. L'étude de Franklin *et al.* (1987) ne présente pas les résultats attendus, puisque le groupe expérimental a eu recours davantage à l'hospitalisation, a visité davantage l'urgence et a également utilisé davantage les autres services. Les études de De Cangas (1994) et de Borland *et al.* (1990) ont obtenu une diminution de l'hospitalisation et des visites à l'urgence, et, tel que prévu, une augmentation du recours à d'autres services. Celle de Borland *et al.* (1990) est particulièrement intéressante puisque qu'elle fournit ces données après 60 mois d'implantation du service de suivi systématique.

Bien que le modèle de Soutien complet de type PACT soit celui qui est davantage représenté en raison du nombre d'études réalisées, il est également celui qui représente le type de service dont les résultats sont les plus encourageants.

2.1 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE, SUR LES VISITES À L'URGENCE ET SUR L'UTILISATION D'AUTRES SERVICES

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs.	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'hospitalisation	Effets sur les visites à l'urgence	Effets sur l'utilisation d'autres services
Modèle de soutien complet (PACT) Madison, WI. Expérimental Test & Stein (1980)	exp. = 65 contr. = 65 (admissions en psychiatrie)	12 mois = diminution	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs.	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'hospitalisation	Effets sur les visites à l'urgence	Effets sur l'utilisation d'autres services
Modèle de soutien complet (PACT) Kent County, MI. Expérimental Mulder (1982)	exp. = 59 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	30 mois = diminution	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Sydney, Australia Expérimental Hoult <i>et al.</i> (1983)	exp. = 58 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	12 mois = diminution	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Chicago, IL Test Pré-post (non exp.) Witheridge et Dincin (1985)	n = 30 (multiples hospit., majorité schizophrènes)	12 mois = diminution	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Dane County, WI. Expérimental Test, Knoedler & Allness (1985)	exp. = 46 contr. = 40 (Sx, moins de 12 mois en institution)	6 mois = diminution	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Indiana Expérimental Bond <i>et al.</i> (1988)	exp. = 80 contr. = 87 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	6 mois = diminution	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs.	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'hospitalisation	Effets sur les visites à l'urgence	Effets sur l'utilisation d'autres services
Modèle de soutien complet (PACT) CASA-St-Louis, MO Expérimental Morse <i>et al.</i> (1988)	exp. = 30 hôm. jour = 30 contr. = 30 (psychoses + itinérance)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Seattle, WA Non expérimental Wright <i>et al.</i> (1989)	n = 196 (résistants aux traitements)	4 ans = diminution	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) San Jose, CA Expérimental Jerrell et Hu (1989)	exp. = 17 contr. = 18 (résistants aux traitements)	N.D.	N.D.	12 et 18 mois = augmentation
Modèle de soutien complet (PACT) Philadelphie, PA Comparaison Bond <i>et al.</i> (1989)	n = 21+ n = 10 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	24 mois = aucun changement	24 mois = diminution	24 mois = aucun changement
Modèle de soutien complet (PACT) Spokane, WA Test Pré-post Borland <i>et al.</i> (1989) Mc Rae <i>et al.</i> (1990)	n = 72 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	5 ans = diminution	5 ans = diminution	2 ans = augmentation

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs.	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'hospitalisation	Effets sur les visites à l'urgence	Effets sur l'utilisation d'autres services
Modèle de soutien complet (PACT) Anderson, Evansville, Indianapolis, IN Expérimental Bond <i>et al.</i> (1988b)	exp. = 48 contr. = 38 (toxico + psychoses et risque élevé de réhospit.)	6 mois = aucun effet	N.D.	6 mois = augmentation
Modèle de soutien complet (PACT) Atlanta, Georgie Expérimental Bush <i>et al.</i> (1990)	exp = 14 contr. = 14 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	12 mois = diminution	12 mois = diminution	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Baltimore, Maryland Expérimental Arana <i>et al.</i> (1991)	exp. = 32 contr. = 36 (psychoses et risque élevé de réhospit., milieu défavorisé)	6 mois = diminution	6 mois = diminution	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Hostel Outreach Program Toronto, Ont. Expérimental Wasylenki <i>et al.</i> (1993)	exp = 59 contr. = 63 (psychoses et itinérance)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Thresholds, Chicago, IL Expérimental Bond <i>et al.</i> (1990)	exp. = 45 contr. = 43 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	12 mois = diminution	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs.	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'hospitalisation	Effets sur les visites à l'urgence	Effets sur l'utilisation d'autres services
Modèle de réadaptation Toronto, Ont., Canada quasi-expérimental Goering <i>et al.</i> (1988)	exp. = 82 pairés = 82 (psychoses et risque élevé de réhosp.)	24 mois = aucun changement	N.D.	N.D.
Modèle expanded broker Birmingham, Alabama Test pré-post Mueller. (1981)	exp. = 40 comp. = 26 (chroniques, sévèrement désorganisés)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle Expanded Broker Houston, Texas Test pré-post avec comparaison Franklin <i>et al.</i> (1987)	exp. = 138 Comp. = 126 (plus de 2 hospit. durant les 2 dernières années)	12 mois = augmentation	12 mois = augmentation	12 mois = augmentation
Modèle des forces personnelles (Personal Strengths) Kansas Expérimental Modcrin <i>et al.</i> (1988)	exp. = 44 contr. = 44 (majorité de psychoses)	4 mois = aucun effet	N.D.	4 mois = augmentation
Modèle des forces personnelles (Personal Strengths) Logan, Utah Expérimental Macias <i>et al.</i> (1994)	exp. = 37 contr. = 35 (majorité de psychoses, sx 46 %)	18 mois = diminution	18 mois = diminution	N.D.

2.2 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR LA QUALITÉ DE VIE, LA SATISFACTION DU TRAITEMENT, L'ASSIDUITÉ MÉDICAMENTEUSE ET LA SYMPTOMATOLOGIE DES PARTICIPANTS

Parmi les 13 études ayant mesuré les effets du suivi systématique de clientèles sur la qualité de vie des clients, 9 études obtiennent une augmentation significative, 3 n'indiquent pas de changement significatif et une étude rapporte une diminution de la qualité de vie chez les sujets du groupe expérimental. Parmi les 8 études s'intéressant au Modèle PACT, 7 rapportent une amélioration et une n'obtient pas d'effet significatif auprès des sujets du groupe expérimental. Une étude du suivi selon le modèle *expanded brokers* obtient une amélioration, alors que deux études ne présentent pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Enfin, pour le modèle *personal strengths*, une étude présente une amélioration et une étude une diminution. Ces résultats sont présentés dans le tableau 2.2 ci-dessous.

2.2 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR LA QUALITÉ DE VIE, LA SATISFACTION DU TRAITEMENT, L'ASSIDUITÉ MÉDICAMENTEUSE ET LA SYMPTOMATOLOGIE DES PARTICIPANTS

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur la qualité de vie	Effets sur la satisfaction du traitement	Effets sur l'assiduité médicamenteuse	Effets sur la symptomatologie
Modèle de soutien complet (PACT) Madison, WI. Expérimental Test & Stein (1980)	exp. = 65 contr. = 65 (admissions en psychiatrie)	12 mois = amélioration	N.D.	12 mois = amélioration	12 mois = diminution
Modèle de soutien complet (PACT) Kent County, MI Expérimental Mulder, (1982)	exp. = 59 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	30 mois = amélioration	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur la qualité de vie	Effets sur la satisfaction du traitement	Effets sur l'assiduité médicamenteuse	Effets sur la symptomatologie
Modèle de soutien complet (PACT) Sydney, Australie Expérimental Hoult <i>et al.</i> (1983)	exp. = 58 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	12 mois = amélioration	12 mois = diminution	N.D.	12 mois = diminution
Modèle de soutien complet (PACT) Chicago, IL Test pré-post Witheridge et Dincin (1985)	n = 30 (multiples hospitalisations, majorité schizophrènes)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Dane County, WI Expérimental Test, Knoedler & Allness (1985)	exp = 46 contr. = 40 (Sx, moins de 12 mois en institution)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Indiana Expérimental Bond <i>et al.</i> (1988)	exp. = 80 contr. = 87 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	6 mois = stable	N.D.	6 mois = stable	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) CASA-St-Louis, MO Expérimental Morse <i>et al.</i> (1988)	exp. = 30 hôpital jour = 30 contr. = 30 (psychoses + itinérance)	N.D.	6 mois = augmentation	N.D.	6 mois = stable

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur la qualité de vie	Effets sur la satisfaction du traitement	Effets sur l'assiduité médicale	Effets sur la symptomatologie
Modèle de soutien complet (PACT) Seattle, WA Non expérimental Wright <i>et al.</i> (1989)	n = 196 (résistants aux traitements)	4 ans = amélioration	N.D.	4 ans = amélioration	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) San Jose, CA Expérimental Jerrell et Hu (1989)	exp. = 17 contr. = 18 (résistants aux traitements)	12 et 18 mois = amélioration	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Philadelphie, PA Comparaison Bond <i>et al.</i> (1989a)	n = 21+ n = 10 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Spokane, WA Test pré-post Borland <i>et al.</i> (1989) Mc Rae <i>et al.</i> (1990)	n = 72 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	5 ans = stable	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Edmonton, Canada Expérimental De Cangas (1994)	exp. = 43 contr. = 42 (psychoses)	6 mois = amélioration	N.D.	N.D.	6 mois = diminution

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur la qualité de vie	Effets sur la satisfaction du traitement	Effets sur l'assiduité médicamenteuse	Effets sur la symptomatologie
Modèle de soutien complet (PACT) San Diego, Californie Expérimental Quinlivan <i>et al.</i> (1995)	exp. = 30 contr.1 = 30 contr.2 = 30 (psychoses, résistants aux traitements)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de réadaptation Toronto, Ont., Canada Quasi-expérimental Goering <i>et al.</i> (1988)	exp. = 82 Contr.-pair. = 82 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle Expanded Broker Birmingham, Alabama Test pré-post Mueller (1981)	exp. = 40 comp. = 26 (chroniques, sévèrement désorganisés)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle Expanded Broker Houston, Texas Test pré-post avec comparaison Franklin <i>et al.</i> (1987)	exp. = 138 comp. = 126 (plus de 2 hospit. durant les 2 dernières années)	12 mois = stable	N.D.	12 mois = stable	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur la qualité de vie	Effets sur la satisfaction du traitement	Effets sur l'assiduité médicamenteuse	Effets sur la symptomatologie
Modèle Expanded Broker Oregon Non expérimental avec comparaison Bigelow et Young (1991)	suivi syst. = 21 compar. = 21 (plus de 2 hospit. durant les 2 dernières années)	3 mois = amélioration	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle des forces personnelles (personal strengths) Kansas, Expérimental (Modcrin <i>et al.</i> (1988))	n = 44 (majorité de psychoses)	4 mois = amélioration	N.D.	N.D.	N.D.

Quant au critère de satisfaction du traitement, il a été considéré par 9 études et les résultats sont très variables (cf. tableau 2.2) : 4 études présentent une augmentation (PACT = 2, Expanded Brokers = 1, *personal strengths* = 1), deux études ne présentent pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin (*expanded brokers* = 2) et 3 études rapportent une diminution significative de la satisfaction des sujets du groupe expérimental, comparativement à ceux du groupe témoin (PACT = 2, *personal strengths* = 1).

Parmi les 8 études qui se sont intéressées à l'assiduité à la médication (cf. tableau 2.2), 4 rapportent une amélioration et 4 n'obtiennent pas de différence significative. Parmi les études utilisant le modèle PACT, 4 présentent une amélioration et 3 autres aucune différence significative. En ce qui concerne le modèle *expanded brokers*, une seule étude s'est intéressée à cette variable et elle ne présente pas de différence significative entre les groupes.

Au total, 9 études ont évalué l'effet du suivi systématique sur les symptômes (cf. tableau 2.2). Six d'entre elles rapportent une diminution de la symptomatologie (PACT = 5, *personal strengths* = 1), 2 ne présentent pas de différence significative (PACT = 2), et une présente une augmentation de la symptomatologie (*expanded brokers* = 1).

En résumé, l'efficacité du suivi systématiquement de clientèle semble être plus probante au plan de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes et de l'amélioration de

leur condition symptomatologique. Ce service n'a pas d'effet négatif sur l'assiduité à la médication et, dans la moitié des études, on y constate même une amélioration.

Enfin, la satisfaction des usagers n'est pas constante et semble l'aspect le moins positivement évalué comparativement aux variables précédentes.

2.3 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR LE FARDEAU FAMILIAL, LE SOUTIEN SOCIAL, LE REVENU D'EMPLOI ET SUR L'INDÉPENDANCE ET LA STABILITÉ RÉSIDENIELLE DES PARTICIPANTS

À la lecture du tableau 2.3, on constate que les critères de fardeau familial, de soutien social et de revenu d'emploi ont été assez peu étudiés. En ce qui concerne le fardeau familial, uniquement 2 des 4 études (De Cangas, 1994; Macias *et al.*, 1994) rapportent une diminution du fardeau, alors qu'il n'y a pas de différence significative pour les deux autres (Hoult *et al.*, 1983; Test et Stein, 1980). Comme il est mentionné dans les écrits, une des résistances à l'implantation d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie est la crainte de voir le fardeau familial s'alourdir. Trois services inspirés du modèle PACT et un service inspiré du modèle des forces personnelles indiquent que le fardeau des familles n'est pas augmenté lorsque l'hospitalisation psychiatrique est remplacée par un service de suivi systématique de clientèles. Par ailleurs, les sujets expérimentaux bénéficient de davantage de soutien social selon 2 études. Une troisième étude (Macias *et al.*, 1994), ne présente pas de différence significative entre les sujets des groupes expérimentaux et contrôles pour ce critère.

Le revenu d'emploi a été évalué par 3 études dont 2 rapportent des améliorations significatives à 12 et 30 mois, alors que la troisième n'obtient pas de différence significative après 6 mois entre ses 3 groupes de comparaison (suivi systématique (PACT), hôpital de jour et hospitalisation).

Enfin, l'indépendance et la stabilité résidentielle ont été considérées par 7 études, et toutes, sauf celle de Borland *et al.* (1989) rapportent une amélioration pour ce critère. Borland *et al.* (1989) expliquent que la création de nouvelles ressources et la modification de ressources existantes en habitation ont entraîné un mouvement considérable et ont augmenté l'instabilité résidentielle des participants au programme PACT. Cette étude utilisait un devis pré-post test, et les comparaisons furent effectués par rapport aux sujets eux-mêmes en trois temps, étant donné l'absence de groupe contrôle.

2.3 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR LE FARDEAU FAMILIAL, LE SOUTIEN SOCIAL, LE REVENU D'EMPLOI ET SUR L'INDÉPENDANCE ET LA STABILITÉ RÉSIDENIELLE DES PARTICIPANTS

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fardeau familial	Effets sur le soutien social	Effets sur le revenu d'emploi	Effets sur l'indépendance et la stabilité résidentielle
Modèle de soutien complet (PACT) Madison, WI. Expérimental Test & Stein (1980)	exp. = 65 contr. = 65 (admissions en psychiatrie)	12 mois = aucun	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Kent County, MI Expérimental Mulder (1982)	exp. = 59 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	N.D.	N.D.	30 mois= amélioration	30 mois= amélioration
Modèle de soutien complet (PACT) Sydney, Australie Expérimental Hoult <i>et al.</i> (1983)	exp. = 58 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	12 mois = aucun	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Chicago, ILL. Test pré-post Witheridge et Dincin (1985)	n = 30 (multiples hospitalisations majorité schizophrènes)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Dane County, WI Expérimental Test, Knoedler & Allness (1985)	exp. = 46 contr. = 40 (Sx, moins de 12 mois en institution)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fardeau familial	Effets sur le soutien social	Effets sur le revenu d'emploi	Effets sur l'indépendance et la stabilité résidentielle
Modèle de soutien complet (PACT) Indiana Expérimental Bond <i>et al.</i> (1988)	exp. = 80 contr. = 87 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) CASA-St-Louis, MO Expérimental Morse <i>et al.</i> (1988)	exp. = 30 hôpital jour = 30 contr. = 30 (psychoses + itinérance)	N.D.	N.D.	6 mois = stable	6 mois = amélioration
Modèle de soutien complet (PACT) Seattle, WA Non expérimental Wright <i>et al.</i> (1989)	n = 196 (résistants aux traitements)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) San Jose, CA Expérimental Jerrell et Hu (1989)	exp. = 17 contr. = 18 (résistants aux traitements)	N.D.	12 et 18 mois = amélioration	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Philadelphie, PA Comparaison Bond <i>et al.</i> (1989a)	n = 21+ n = 10 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fardeau familial	Effets sur le soutien social	Effets sur le revenu d'emploi	Effets sur l'indépendance et la stabilité résidentielle
Modèle de soutien complet (PACT) Spokane, WA Test pré-post Borland <i>et al.</i> (1989) Mc Rae <i>et al.</i> (1990)	n = 72 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	5 ans = diminution
Modèle de soutien complet (PACT) Anderson, Evansville, Indianapolis, IN Expérimental Bond <i>et al.</i> (1989b)	exp. = 48 contr. = 38 (toxico + psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	6 mois = amélioration
Modèle de soutien complet (PACT) Atlanta, Georgie Expérimental Bush <i>et al.</i> (1990)	exp. = 14 contr. = 14 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	12 mois = amélioration
Modèle de soutien complet (PACT) Baltimore, Maryland Expérimental Arana <i>et al.</i> (1991)	exp. = 32 contr. = 36 (psychoses et risque élevé de réhospit., milieu défavorisé)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fardeau familial	Effets sur le soutien social	Effets sur le revenu d'emploi	Effets sur l'indépendance et la stabilité résidentielle
Modèle de soutien complet (PACT) Thresholds, Chicago, IL Expérimental Bond <i>et al.</i> (1990)	exp. = 45 contr. = 43 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	12 mois = amélioration
Modèle de soutien complet (PACT) Londres, Angleterre Expérimental Knapp <i>et al.</i> (1994)	exp. = 97 contr. = 102 (psychoses sx = 49 %)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Edmonton, Canada Expérimental De Cangas (1994)	exp. = 43 contr. = 42 (psychoses)	6 mois = diminution	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) San Diego, Californie Expérimental Quinlivan <i>et al.</i> (1995)	exp. = 30 contr.1 = 30 contr.2 = 30 (psychoses)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fardeau familial	Effets sur le soutien social	Effets sur le revenu d'emploi	Effets sur l'indépendance et la stabilité résidentielle
Modèle de réadaptation Toronto, Ont., Canada Quasi-experimental Goering <i>et al.</i> (1988)	exp = 82 pairés = 82 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.	24 mois = amélioration
Modèle Expanded Broker Birmingham, Alabama Test pré-post Mueller (1981)	exp. = 40 Comp. = 26 (chroniques, sévèrement désorganisés)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle Expanded Broker Houston, Texas Test pré-post avec comparaison Franklin <i>et al.</i> (1987)	exp. = 138 Comp. = 126 (plus de 2 hospit. durant les 2 dernières années)	N.D.	N.D.	12 mois = amélioration	N.D.
Modèle Expanded Broker Oregon Non experimental avec comparaison Cutler <i>et al.</i> (1987)	suivi syst. = 10 clinique ext = 10 progr. soc = 10 (Sx)	N.D.	3 mois = amélioration	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fardeau familial	Effets sur le soutien social	Effets sur le revenu d'emploi	Effets sur l'indépendance et la stabilité résidentielle
Modèle des forces personnelles (personal strengths) Kansas Expérimental Modcrin <i>et al.</i> (1988)	exp. = 44 contr. = 44 (majorité de psychoses)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle des forces personnelles (personal strengths) Logan, Utah Expérimental Macias <i>et al.</i> (1994)	exp. = 37 contr. = 35 (majorité de psychoses)	18 mois = diminution	18 mois = pas d'effet	N.D.	N.D.

2.4 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR LE FONCTIONNEMENT SOCIAL, L'OCCUPATION DU TEMPS, ET L'ISOLEMENT SOCIAL

Parmi les 11 études qui ont comparé, entre les sujets des groupes expérimentaux et les sujets des groupes témoins, les effets du suivi systématique sur le fonctionnement social, 8 études (5 PACT, 1 *expanded brokers*, 2 *personal strengths*) rapportent une augmentation sur cette dimension, alors que 3 études n'obtiennent pas de différence significative à ce critère. Une étude utilisant le modèle PACT n'obtient pas de différence significative, et il s'agit de l'étude de Jerrell et Hu (1989) qui consiste en une adaptation de ce modèle, remplaçant les visites à domicile par des consultations aux bureaux des *case managers* (Solomon, 1992). Une étude selon le modèle *expanded broker* (Mueller *et al.*, 1981) n'obtient pas de différence significative après 6 mois, alors qu'une autre ne rapporte plus de différence significative après 60 mois (Borland *et al.*, 1989). Ces données sont présentées dans le tableau 2.4.

Au total, 8 études ont considéré les effets sur l'occupation du temps et les 4 modèles sont représentés. Trois études (PACT = 3, *expanded brokers* = 1) ne rapportent pas de différences significatives entre les sujets expérimentaux et les sujets témoins, alors que 5 études (PACT = 2, réadaptation = 1, *expanded brokers* = 1 et *personal strengths* = 1) constatent une amélioration significative de l'occupation du temps chez les sujets expérimentaux (cf. tableau 2.4).

Les effets du suivi systématique de clientèles sont par contre diversifiés lorsque l'on s'interroge au sujet de l'isolement social. En effet, trois études rapportent une amélioration chez les sujets expérimentaux et une étude n'obtient pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Par contre, deux études non expérimentales (Cutler *et al.*, 1987; Bigelow et Young, 1991) rapportent une aggravation de l'isolement social des personnes recevant le suivi systématique (modèle *expanded broker*) pour des durées d'implantation de 3 et 6 mois.

2.4 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR LE FONCTIONNEMENT SOCIAL, L'OCCUPATION DU TEMPS, ET L'ISOLEMENT SOCIAL

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fonctionnement social	Effets sur l'occupation du temps	Effets sur l'isolement social
Modèle de soutien complet (PACT) Madison, WI. Expérimental Test & Stein (1980)	exp. = 65 contr. = 65 (admissions en psychiatrie)	12 mois = amélioration	N.D.	12 mois = pas de différence entre les groupes
Modèle de soutien complet (PACT) Kent County, MI Expérimental Mulder (1982)	exp. = 59 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	30 mois = amélioration	30 mois = amélioration	30 mois = amélioration
Modèle de soutien complet (PACT) Sydney, Australie Expérimental Hoult <i>et al.</i> (1983)	exp. = 58 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	N.D.	12 mois = pas de différence entre les groupes	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Chicago, IL Test pré-post (non exp.) Witheridge et Dincin (1985)	n = 30 (multiples hospitalisations, majorité schizophrènes)	N.D.	12 mois = pas de différence entre les groupes	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fonctionnement social	Effets sur l'occupation du temps	Effets sur l'isolement social
Modèle de soutien complet (PACT) Dane County, WI Expérimental Test, Knodler & Allness (1985)	exp. = 46 contr. = 40 (Sx, moins de 12 mois en institution)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Indiana Expérimental Bond <i>et al.</i> (1988)	exp. = 80 contr. = 87 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) CASA-St-Louis, MO Expérimental Morse <i>et al.</i> (1988)	exp. = 30 hosp. jour =30 contr. = 30 (psychoses + itinérance)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Seattle, WA Non expérimental Wright <i>et al.</i> (1989)	n = 196 (résistants aux traitements)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) San Jose, CA Expérimental Jerrell et Hu (1989)	exp. = 17 contr. = 18 (résistants aux traitements)	24 mois = pas de différence entre les 2 groupes	12 et 18 mois = amélioration	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fonctionnement social	Effets sur l'occupation du temps	Effets sur l'isolement social
Modèle de soutien complet (PACT) Philadelphie, PA Comparaison Bond <i>et al.</i> (1989a)	n = 21+ n =10 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Spokane, WA Test pré-post Borland <i>et al.</i> (1989) Mc Rae <i>et al.</i> (1990)	n = 72 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	5 ans = aucun changement	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Anderson, Evansville, Indianapolis, IN Expérimental Bond <i>et al.</i> (1989b)	exp. = 48 contr. = 38 (toxico + psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Atlanta, Georgie Expérimental Bush <i>et al.</i> (1990)	exp. = 14 contr. = 14 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Baltimore, Maryland Expérimental Arana <i>et al.</i> (1991)	exp.= 32 contr. = 36 (psychoses et risque élevé de réhospit., milieu défavorisé)	6 mois = amélioration	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fonctionnement social	Effets sur l'occupation du temps	Effets sur l'isolement social
Modèle de soutien complet (PACT) Hostel Outreach Program Toronto, Ont. Expérimental Wasylenki <i>et al.</i> (1993)	exp. = 59 contr. = 63 (psychoses et itinérance)	9 mois = Amélioration	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Thresholds, Chicago, IL Expérimental Bond <i>et al.</i> (1990)	exp. = 45 contr. = 43 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	12 mois = pas de différence entre les groupes	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Londres, Angleterre Expérimental Knapp <i>et al.</i> (1994)	exp. = 97 contr. = 102 (psychoses sx = 49 %)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Edmonton, Canada Expérimental De Cangas (1994)	exp. = 43 contr. = 42 (psychoses)	6 mois = amélioration	N.D.	N.D.
Modèle de réadaptation Toronto, Ont., Canada Quasi-expérimental Goering <i>et al.</i> (1988)	exp. = 82 pairs = 82 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	24 mois = amélioration	24mois = amélioration

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fonctionnement social	Effets sur l'occupation du temps	Effets sur l'isolement social
Modèle Expanded Broker Birmingham, Alabama Test pré-post Mueller (1981)	exp. = 40 comp. = 26 (chroniques, sévèrement désorganisés)	6 mois = pas de différence entre 2 groupes	N.D.	N.D.
Modèle Expanded Broker Houston, Texas Test pré-post avec comparaison Franklin <i>et al.</i> (1987)	exp. = 138 comp. = 126 (plus de 2 hospit. durant les 2 dernières années)	12 mois = amélioration	12 mois = amélioration	N.D.
Modèle Expanded Broker Oregon Non expérimental avec comparaison Bigelow et Young (1991)	suivi syst. = 21 comp. = 21 (plus de 2 hospit. durant les 2 dernières années)	N.D.	N.D.	3 mois = aggravation
Modèle Expanded Broker Oregon Non expérimental avec comparaison Cutler <i>et al.</i> (1987)	suivi syst. = 10 Clinique ext. = 10 programme socialisation = 10 (Sx)	N.D.	N.D.	6 mois = aggravation
Modèle des forces personnelles (personal strengths) Kansas Expérimental Modcrin <i>et al.</i> (1988)	exp. = 44 contr. = 44 (majorité de psychoses)	4 mois = amélioration	4 mois = amélioration	4 mois = amélioration

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur le fonctionnement social	Effets sur l'occupation du temps	Effets sur l'isolement social
<i>Modèle des forces personnelles (personal strengths)</i> Logan, Utah Expérimental (Macias <i>et al.</i> (1994))	n = 37 (majorité de psychoses, sx 46 %)	18 mois = amélioration	N.D.	N.D.

2.5 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR L'UTILISATION DE SUBSTANCES CHIMIQUES, SUR LES TROUBLES AVEC LA JUSTICE ET SUR LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Cette section concerne trois types de difficultés particulières et fréquemment associées aux troubles mentaux graves, soit les problèmes de toxicomanie, les troubles avec la justice et les comportements suicidaires.

Les effets du suivi systématique sur la consommation de drogues ou l'abus de substances chimiques ont été, somme toute, peu évalués et ils s'avèrent plutôt décevants. Trois études ont évalué les effets du suivi systématique de clientèles (modèle PACT) sur ce critère. L'étude Borland *et al.* (1989) démontre, à l'aide d'un devis pré-post test, que ce problème demeure stable après 5 ans. L'étude de Bond *et al.* (1989b) observe une diminution significative après 6 mois chez les sujets expérimentaux, alors que l'échantillon était constitué de personnes présentant un double diagnostic de psychose et de toxicomanie. Toutefois, des activités spécifiques furent développés afin de répondre aux besoins de cette clientèle. Pour sa part, l'étude de Arana *et al.* (1991) n'obtient aucune différence significative après six mois entre les sujets hospitalisés et ceux recevant le suivi systématique de clientèles.

Alors que souvent la population s'inquiète des conséquences du traitement des troubles mentaux en dehors du milieu hospitalier, les personnes vivant dans la communauté et recevant des services de suivi systématique ne semblent pas présenter plus de troubles avec la justice que les personnes traitées en milieu hospitalier. Au total, 7 études ont considéré ce critère auprès de personnes recevant un suivi systématique (modèle PACT). Quatre études expérimentales n'obtiennent pas de différences significatives. Par ailleurs, alors qu'une étude expérimentale obtient une diminution des troubles après six mois et une étude non expérimentale après 4 ans d'implantation. Ainsi, aucune étude ne rapporte des augmentations de troubles avec la justice.

Dans la section traitant des résistances aux alternatives à l'hospitalisation (section 1.2) le suicide avait été présenté comme un des facteurs pouvant limiter ou du moins ralentir l'implantation d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie. Bien que seulement trois

études aient considéré ce critère, leurs résultats nous indiquent qu'il n'y a pas d'augmentation des comportements suicidaires lors de l'implantation d'un programme de suivi systématique. L'étude expérimentale de Test et Stein (1980) n'obtient pas de différence entre les groupes hospitalisés ou recevant le suivi systématique. De plus, deux études non-expérimentales (Borland *et al.*, 1989; Wright *et al.*, 1989) obtiennent des diminutions de ces comportements, après plus de 4 ans, avec des programmes utilisant le modèle PACT.

2.5 EFFETS DU SUIVI SYSTÉMATIQUE SUR L'UTILISATION DE SUBSTANCES CHIMIQUES, SUR LES TROUBLES AVEC LA JUSTICE ET SUR LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'utilisation de substances chimiques	Effets sur les troubles avec la justice	Effets sur les comportements suicidaires
Modèle de soutien complet (PACT) Madison, WI. Expérimental Test & Stein (1980)	exp. = 65 contr. = 65 (admissions en psychiatrie)	N.D.	12 mois = pas de différence entre les groupes	12 mois = pas de différence entre les groupes
Modèle de soutien complet (PACT) Kent County, MI Expérimental Mulder (1982)	exp. = 59 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Sydney, Australie Expérimental Hoult <i>et al.</i> (1983)	exp. = 58 contr. = 62 (admissions en psychiatrie)	N.D.	12 mois = pas de différence entre les groupes	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Chicago, IL Test pré-post (non exp.) Witheridge et Dincin (1985)	n= 30 (multiples hospit., majorité schizophrènes)	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'utilisation de substances chimiques	Effets sur les troubles avec la justice	Effets sur les comportements suicidaires
Modèle de soutien complet (PACT) Dane County, WI Expérimental Test, Knedler & Allness (1985)	exp. = 46 contr. = 40 (Sx, moins de 12 mois en institution)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Indiana Expérimental Bond <i>et al.</i> (1988)	exp. = 80 contr. = 87 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	6 mois = pas de différence entre les groupes	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) CASA-St-Louis, MO Expérimental Morse <i>et al.</i> (1988)	exp. = 30 hôpital jour = 30 contr. = 30 (psychoses + itinérance)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Seattle, WA Non expérimental Wright <i>et al.</i> (1989)	n = 196 (résistants aux traitements)	N.D.	4 ans = diminution	4 ans = diminution
Modèle de soutien complet (PACT) Philadelphie, PA Comparaison Bond <i>et al.</i> (1989a)	n = 21+ n = 10 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'utilisation de substances chimiques	Effets sur les troubles avec la justice	Effets sur les comportements suicidaires
Modèle de soutien complet (PACT) Spokane, WA Test pré-post Borland <i>et al.</i> (1989) Mc Rae <i>et al.</i> (1990)	n = 72 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	5 ans = stable	N.D.	5 ans = diminution
Modèle de soutien complet (PACT) Anderson, Evansville, Indianapolis, IN Expérimental Bond <i>et al.</i> (1989b)	exp. = 48 contr. = 38 (toxico + psychoses et risque élevé de réhospit.)	6 mois = diminution	6 mois = pas de différence entre les groupes	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Atlanta, Georgie Expérimental Bush <i>et al.</i> (1990)	exp. = 14 contr. = 14 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Baltimore, Maryland Expérimental Arana <i>et al.</i> (1991)	exp. = 32 contr. = 36 (psychoses et risque élevé de réhospit., milieu défavorisé)	6 mois = pas de différence entre les groupes	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Hostel Outreach Program Toronto, Ont. Expérimental Wasylenki <i>et al.</i> (1993)	exp. = 59 contr. = 63 (psychoses et itinérance)	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'utilisation de substances chimiques	Effets sur les troubles avec la justice	Effets sur les comportements suicidaires
Modèle de soutien complet (PACT) Thresholds, Chicago, IL Expérimental Bond <i>et al.</i> (1990)	exp. = 45 contr. = 43 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	12 mois = diminution	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Londres, Angleterre Expérimental Knapp <i>et al.</i> (1994)	exp. = 97 contr. = 102 (psychoses sx = 49 %)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) Edmonton, Canada Expérimental De Cangas (1994)	exp. = 43 contr. = 42 (psychoses)	N.D.	6 mois = diminution	N.D.
Modèle de soutien complet (PACT) San Diego, California Expérimental Quinlivan <i>et al.</i> (1995)	exp. = 30 contr.1 = 30 contr.2 = 30 (psychoses, résistant aux traitements)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle de réadaptation Toronto, Ont., Canada Quasi-expérimental Goering <i>et al.</i> (1988)	exp. = 82 Contr.-pairés = 82 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'utilisation de substances chimiques	Effets sur les troubles avec la justice	Effets sur les comportements suicidaires
Modèle expanded broker Birmingham, Alabama Test pré-post Mueller (1981)	exp. = 40 comp. = 26 (chroniques, désorganisés)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle expanded broker Houston, Texas Test pré-post avec comparaison Franklin <i>et al.</i> (1987)	exp = 138 comp. = 126 (+ de 2 hospit. durant les 2 dernières années)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle expanded broker Oregon Non experimental avec comparaison Bigelow et Young (1991)	suivi syst. = 21 compar. = 21 (plus de 2 hospit. durant 2 dernières années)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle expanded broker Oregon Non expérimental avec comparaison Cutler <i>et al.</i> (1987)	suivi syst. = 10 clinique ext. = 10 progr.social = 10 (schiz.)	N.D.	N.D.	N.D.
Modèle des forces personnelles (personal strengths) Kansas, Expérimental (Modcrin <i>et al.</i> (1988)	exp. = 44 contr. = 44 (majorité de psychoses)	N.D.	N.D.	N.D.

Type de programmes, étude et type d'étude, chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Effets sur l'utilisation de substances chimiques	Effets sur les troubles avec la justice	Effets sur les comportements suicidaires
<i>Modèle des forces personnelles (personal strengths)</i> Logan, Utah Expérimental (Macias <i>et al.</i> (1994))	exp. = 37 contr. = 35 (majorité de psychoses, sx 46 %)	N.D.	N.D.	N.D.

2.6 ALTERNATIVES EXPÉRIMENTÉES AU CANADA

Très peu d'études ont porté sur l'implantation d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie au Canada. Nous avons relevé les études de Fenton *et al.* (1979), Goering *et al.*, (1988), Wasylenki *et al.* (1993), et De Cangas (1994). Dans les sections précédentes, nous avons présenté certains des résultats des études de Goering *et al.*, (1988), Waylenki *et al.* (1993) et de Cangas (1994). Toutefois, étant donné leur implantation au Canada nous présentons ici davantage d'informations concernant ces alternatives.

L'ÉTUDE DE FENTON, TESSIER ET STRUENING (1979)

Cette étude s'est déroulée à Montréal (Hôpital Général de Montréal) à partir de 1973, pour une durée de 20 mois. L'échantillon regroupait des personnes nécessitant des services de psychiatrie. Les personnes éligibles furent réparties aléatoirement entre les soins hospitaliers usuels (n = 79) et des soins à domicile (n = 76). Les personnes devaient avoir conservé des liens avec leur famille pour être incluses dans la recherche.

Une équipe multidisciplinaire (psychiatre, travailleur social, infirmière psychiatrique), disponible sur appel 24 heures par jour, offrait les services requis au domicile ou dans des services communautaires. Un traitement pharmacologique, des traitements physiques (si requis) ainsi que des interventions de psychothérapie étaient offerts aux participants. Les services offerts au centre hospitalier étaient disponibles au besoin. Le groupe contrôle recevait les services hospitaliers habituels des psychiatres, infirmières et ergothérapeutes. La durée moyenne de séjour pour une hospitalisation était à ce moment de 28,3 jours. Suite au congé, le malade recevait des services de la clinique externe.

Les deux groupes présentaient des caractéristiques sociodémographiques et cliniques similaires. L'échantillon comprenait davantage de femmes et la moitié de tous les sujets avait moins de 35 ans. En ce qui concerne le diagnostic, 72,2 % présentaient une psychose (schizophrénie 41,9 %) et 27,8 % une névrose. Au début du projet, les deux groupes présentaient une symptomatologie et un fonctionnement social sans différence significative. Toutefois, des différences marquées furent observées après un mois de

traitement, le groupe traité à domicile présentant une amélioration clinique significative. Après un an, aucune différence significative n'apparaissait entre les groupes, ce qui permet aux auteurs de conclure que le traitement à domicile est aussi efficace que celui à l'hôpital. Le fardeau familial fut également étudié, et il n'y avait pas de différence entre les groupes initialement. À court terme (1 an), le fardeau n'était pas plus considérable pour les familles des sujets du groupe expérimental que pour celles des sujets du groupe contrôle.

Les personnes traitées à domicile furent hospitalisées 14,5 jours en moyenne durant une année alors que celles recevant les traitements habituels le furent 41,7 jours ($t = 2,3$ $p = 0,02$). De plus, au cours de l'année, les personnes traitées à domicile eurent en moyenne 16,5 contacts externes, comparativement à 13 contacts pour les sujets du groupe contrôle durant la même période. En ce qui concerne les coûts associés au traitement, les soins offerts à l'hôpital coûtaient 64 % de plus pour une année que les soins à domicile (3 250 \$ contre 1,980 \$ par patient) durant la première année et 108,9 % de plus durant la deuxième année (6 750 \$ contre 3 230 \$ par patient) (Fenton *et al.*, 1982).

L'ÉTUDE DE GOERING *ET AL.* (1988)

Citée dans les précédents tableaux, cette étude s'est déroulée dans la ville de Toronto. Elle s'est intéressée aux effets d'un programme de suivi systématique utilisant un modèle de réadaptation auprès d'une clientèle atteinte de troubles mentaux chroniques, présentant une employabilité très limitée, de l'isolement social et de l'instabilité résidentielle. L'échantillon fut pairé à un groupe témoin comparable selon les critères suivants : sexe, hospitalisations (nombre et lieux), diagnostic et employabilité. L'échantillon comprenait 43 % d'hommes. Douze pourcent avaient un emploi, 60 % étaient célibataires, 77 % étaient atteints de psychose, 53 % avaient eu plus de 5 hospitalisations et 44 % avaient été hospitalisés contre leur gré. Les entrevues d'évaluation eurent lieu aux premier, sixième, douzième et vingt-quatrième mois après le début du programme, à l'aide du *brief follow-up rating scale* (Soskis, 1970). Les résultats montrent des différences qui ne sont pas significatives après six mois, mais qui le deviennent après 24 mois. Après deux années de suivi systématique, les résultats indiquent une amélioration du fonctionnement social, une augmentation de nombre de participants ayant un emploi et une plus grande indépendance au point de vue de leurs besoins relatifs à l'habitation. Les participants rencontrent davantage de gens et sont plus nombreux à avoir un confident. Toutefois, en regard des réhospitalisations, les deux sous-groupes ne présentaient aucune différence significative. Ces auteurs concluent que le suivi systématique permet d'observer une différence significative si l'on tient compte de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux. Ils ajoutent que la relation entre le *case manager* et la personne suivie pourrait être le facteur thérapeutique le plus puissant, permettant de développer une relation de soutien et favoriser l'apprentissage d'habiletés nouvelles. Les participants ont déclaré être très satisfaits du programme, mentionnant qu'ils appréciaient le partenariat avec le *case manager* et leur engagement dans le cadre du programme, ce qui se démarquait de façon importante de leurs attitudes avec les services habituels.

L'ÉTUDE DE WASYLENKI *ET AL.* (1993)

Le *hostel outreach program* est un service de suivi systématique de clientèle offert à Toronto à des personnes atteintes de psychoses et également itinérantes. Les *case managers* travaillent dans la rue et recrutent majoritairement la clientèle dans les refuges pour sans-

abri. Malgré les particularités de cette clientèle en comparaison avec celle des autres études, une étude a été réalisée auprès de 59 sujets expérimentaux et 63 sujets «contrôle», ceux-ci étant répartis aléatoirement entre les deux groupes. Un programme élaboré selon le modèle PACT fut offert aux sujets expérimentaux alors que les sujets contrôles recevaient les services habituels (hospitaliers, refuges, médicaments, traitements en externe...).

Après 9 mois, différentes variables furent évaluées. Ainsi la symptomatologie et le fonctionnement social du groupe expérimental étaient significativement améliorés par rapport au groupe contrôle, de même que le soutien social et la stabilité résidentielle, critères très importants compte tenu de la clientèle cible.

L'ÉTUDE DE DE CANGAS (1994)

Cette étude, réalisée à Edmonton, a évalué les effets d'un programme élaboré selon le modèle PACT après six mois d'implantation. Reprenant tous les éléments du modèle, ce programme a obtenu des résultats très significatifs. Ces résultats sont présentés dans les tableaux de ce texte. Il est à noter que l'auteur traduit le terme PACT par «suivi affirmatif de clientèle». Cet auteur a également évalué les coûts totaux des traitements offerts aux deux groupes : le traitement offert en milieu hospitalier (*per diem*) est de 212 \$ par jour alors qu'il n'est que de 15 \$ pour le suivi dans la communauté. Les coûts totaux annuels moyens sont de 7 732 \$ par sujet du groupe expérimental et de 12 868 \$ par sujet du groupe contrôle.

SECTION 3

EFFICACITÉ ET EFFICIENCE

3.1 EFFICACITÉ

Comme il est possible de le constater à la lecture de la section précédente, plusieurs études démontrent que le traitement communautaire par un service de suivi systématique de clientèle est aussi efficace, et même parfois plus efficace, que le traitement hospitalier, pour plusieurs des 17 critères retenus. Cette section propose une synthèse des résultats de chacune des 26 études de suivi systématique recensées, selon le modèle dont est inspiré le service.

MODÈLE DE SOUTIEN COMPLET (PACT)

Test & Stein (1980) : Cette étude expérimentale a été menée à Madison (Wisconsin) auprès de sujets se présentant pour une admission en psychiatrie. L'échantillon aléatoire comprenait 65 sujets dans le groupe expérimental et 65 sujets dans le groupe contrôle. Cette étude s'est intéressée à 9 critères d'efficacité, en comparant le service de suivi systématique de clientèles à l'hospitalisation en psychiatrie.

Les évaluations ont été effectuées après 12 mois d'implantation. Les effets du PACT se sont avérés plus efficaces que l'hospitalisation habituelle sur les réhospitalisations en psychiatrie, sur la qualité de vie, sur le fonctionnement social et sur l'assiduité médicamenteuse. La symptomatologie des participants du groupe expérimental était moins prononcée que celle des sujets du groupe contrôle. Enfin, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le fardeau familial, l'isolement social, les troubles avec la justice et les comportements suicidaires.

Mulder (1982) : Cette étude expérimentale s'est déroulée dans le Kent County (Michigan) auprès de sujets se présentant pour une admission en psychiatrie. L'échantillon aléatoire comprenait 59 sujets dans le groupe expérimental et 62 sujets dans le groupe contrôle. Cette étude s'est intéressée à 7 critères d'efficacité, en comparant le service de suivi systématique de clientèle à l'hospitalisation en psychiatrie.

L'évaluation a eu lieu après 30 mois d'implantation. Le service de type PACT a permis de réduire les réhospitalisations subséquentes pour le groupe expérimental. De plus, les sujets du groupe expérimental présentaient des résultats significativement supérieurs à ceux du groupe contrôle pour la qualité de vie, le revenu d'emploi, l'indépendance et la stabilité résidentielle des participants, le fonctionnement social, l'occupation du temps et l'isolement social.

Hoult et al. (1983) : Cette étude expérimentale réalisée à Sydney, en Australie, a évalué les effets de l'implantation d'un service de suivi systématique après 12 mois, auprès de personnes se présentant pour une admission en psychiatrie. Les effets du PACT furent comparés à ceux de l'hospitalisation régulière (exp. = 58, contr. = 62) selon 7 critères.

Le service de type PACT a permis de réduire les réhospitalisations subséquentes pour le groupe expérimental. De plus, les sujets de ce groupe présentaient des résultats significativement supérieurs à ceux du groupe contrôle au plan de la qualité de vie et une amélioration du point de vue de la symptomatologie. Le groupe expérimental ne présentait pas de différence significative avec le groupe contrôle pour les critères de fardeau familial, d'occupation du temps et de troubles avec la justice. Par contre, après 12 mois, les sujets recevant le PACT rapportaient significativement moins de satisfaction en regard du traitement que les sujets ayant reçu des services hospitaliers.

Witheridge et Dincin (1985) : Cette recherche non expérimentale a utilisé un devis «Test pré-post». L'implantation d'un PACT à Chicago (Illinois) fut destinée à 30 personnes atteintes de schizophrénie ayant été hospitalisées à de multiples reprises. Cette étude a considéré uniquement deux critères d'efficacité. Après 12 mois d'implantation, le PACT a diminué les réhospitalisations mais n'a pas modifié l'occupation du temps des participants.

Test, Knoedler & Allness (1985) : Cette recherche expérimentale a mesuré les effets du modèle PACT, six mois après son implantation, à l'aide d'un devis expérimental, dans le Dane County, au Wisconsin. Les sujets (exp. = 46, contr. = 40) étaient des personnes atteintes de schizophrénie qui avaient séjourné moins de 12 mois en institution. Cette étude n'a considéré que les effets du traitement sur les hospitalisations subséquentes en psychiatrie et ce dernier s'avère plus efficace que l'hospitalisation traditionnelle.

Bond et al (1988) : Cette étude expérimentale fut menée en Indiana auprès de personnes atteintes de psychoses et présentant un risque élevé de réhospitalisation. L'échantillon aléatoire (exp. = 80, contr. = 87) a été évalué après 6 mois d'implantation, en regard de 4 critères. Le modèle PACT a diminué davantage les hospitalisations subséquentes en psychiatrie que l'hospitalisation et le suivi traditionnels. Les sujets du groupe expérimental ne présentaient pas de différence significative en ce qui concerne la qualité de vie, l'assiduité médicamenteuse et les troubles avec la justice, après 6 mois de suivi.

Morse et al. (1988) : Cette étude expérimentale a mesuré les effets de l'implantation du modèle PACT, dans le cadre du programme CASA, à St-Louis (Missouri), et les a comparé à un hôpital de jour et à l'hospitalisation régulière. Chacun des groupes s'est vu attribuer aléatoirement 30 sujets, recrutés parmi des personnes se présentant à l'urgence et souffrant de psychose et d'itinérance.

Les évaluations ont été effectuées après 6 mois d'implantation. Le modèle PACT s'est avéré plus efficace que l'hospitalisation habituelle ou l'hôpital de jour en ce qui concerne la satisfaction du traitement, ainsi que l'indépendance et la stabilité résidentielle des participants. Les sujets du groupe expérimental ont obtenu des résultats similaires aux sujets des deux groupes contrôles en ce qui concerne l'assiduité médicamenteuse et le revenu d'emploi.

Wright et al. (1989) : C'est à Seattle, dans l'État de Washington, que cette étude non expérimentale a été menée auprès de 196 personnes atteintes de psychose et résistantes aux traitements habituels. Les sujets furent comparés à eux-mêmes sur une période de 48 mois d'implantation du modèle PACT. À la fin de ces 4 années de suivi systématique, les participants étaient réhospitalisés moins fréquemment, avaient moins de troubles avec la justice et moins de comportements suicidaires. Ils déclaraient avoir une meilleure qualité de vie et ils étaient davantage assidus à leurs médicaments.

Bond et al. (1989a) : Menée à Philadelphie (Pennsylvanie), cette étude a utilisé un devis de comparaison ($n = 21 + n = 10$), incluant des sujets atteints de psychoses et présentant un risque élevé de réhospitalisation. Le PACT fut comparé à l'hospitalisation après 24 mois d'implantation en utilisant 3 critères. Les sujets recevant le PACT ont visité moins fréquemment l'urgence, n'ont pas été davantage réhospitalisés et ne présentaient pas de différence significative dans l'utilisation d'autres services.

Borland et al. (1989) : À l'aide d'un devis «Test pré-post», cette équipe a évalué les effets d'un modèle PACT à Spokane, dans l'État de Washington, auprès de 72 personnes atteintes de psychoses et présentant un risque élevé de réhospitalisation, après 5 ans d'implantation.

Les participants avaient diminué leur nombre d'hospitalisations, en psychiatrie, leurs visites à l'urgence et, tel que souhaité, utilisaient davantage d'autres services. Leur assiduité médicamenteuse, leur fonctionnement social et leur utilisation de substances chimiques sont demeurés stables, alors que leurs comportements suicidaires ont diminué.

Bond et al. (1988) : Cette étude, qu'on ne doit pas confondre avec celle de Philadelphie ou celle du même auteur qui s'est déroulée en Indiana, a la particularité de relater une expérimentation dans trois sites de l'Indiana (Anderson, Evansville et Indianapolis). Un devis expérimental (exp.= 48, contr.= 38) a été utilisé auprès d'une clientèle toxicomane et atteinte de psychoses, présentant un risque élevé de réhospitalisation.

Après 6 mois d'implantation, 8 critères furent étudiés. Les sujets du groupe expérimental ne présentaient pas de différence significative en ce qui concerne les réhospitalisations et les troubles avec la justice. Par contre, leur qualité de vie, leur satisfaction du traitement, leur assiduité médicamenteuse, leur indépendance et leur stabilité résidentielle étaient significativement plus élevés que pour les sujets du groupe contrôle. Leur utilisation de substances chimiques et leurs troubles avec la justice avaient diminué. Ils ont aussi utilisé davantage d'autres services.

Jerrell et Hu (1989) : Cette recherche expérimentale menée à San José en Californie, auprès de sujets résistants aux traitements (exp. = 17, contr. = 18), a évalué les effets du modèle PACT après 18 mois d'implantation en utilisant 5 critères. Les sujets ont été répartis aléatoirement entre les 2 groupes. Ceux recevant les services du PACT ont utilisé davantage d'autres services, ont présenté des résultats supérieurs pour leur qualité de vie, leur soutien social et leur occupation du temps. Toutefois, aucune différence significative n'est apparue entre les 2 groupes en ce qui concerne le fonctionnement social.

Bush et al. (1990) : À l'aide d'un devis expérimental, cette recherche menée à Atlanta, en Georgie, auprès de sujets souffrant de psychoses et à risque élevé de réhospitalisation, a évalué les effets de l'implantation d'un modèle PACT après 12 mois auprès d'un petit

nombre de sujets (Exp. = 14, Contr. = 14). Les sujets du groupe expérimental furent réhospitalisés moins fréquemment que ceux qui recevaient les services habituels, ont visité moins fréquemment l'urgence, ont significativement augmenté leur assiduité aux médicaments ainsi que leur indépendance résidentielle, en comparaison avec le groupe contrôle.

Arana et al. (1991) : Cette étude s'est déroulée à Baltimore, au Maryland, à l'aide d'un devis expérimental. Les sujets étaient atteints de psychoses, à risque élevé de réhospitalisation, et provenaient de milieu défavorisé (exp. = 32, contr. = 36). Les sujets recevant le PACT furent réhospitalisés moins souvent et ont visité moins fréquemment l'urgence durant les 6 mois suivant le début de leur participation. Bien que leurs symptômes aient diminué et leur fonctionnement social augmenté, ils étaient moins satisfaits du service que les personnes hospitalisées. L'auteur propose que cette insatisfaction pourrait être associée au milieu défavorisé d'où ils provenaient, l'hôpital représentant alors un milieu de vie plus adéquat.

Wasylenki et al. (1993) : Les caractéristiques du projet *hostel outreach program* de Toronto, Ontario ont été présentées précédemment. Les auteurs ont utilisé un devis expérimental (exp. = 59, contr. = 63) auprès de sujets atteints de psychoses et présentant une problématique d'itinérance. Le modèle PACT s'est avéré efficace, après 9 mois, aux 4 critères considérés : la symptomatologie a diminué chez les sujets du groupe expérimental, leur soutien social et leur stabilité résidentielle ont augmenté, de même que leur fonctionnement social.

Bond et al. (1990) : Mené à Chicago, en Illinois, le projet *Thresholds* visait à implanter un modèle PACT auprès d'une clientèle atteinte de psychoses et présentant un risque élevé de réhospitalisation. Une étude expérimentale fut menée pour en évaluer les effets auprès de deux groupes de sujets répartis aléatoirement (exp. = 45, contr. = 43). Après 12 mois d'implantation, 8 critères furent évalués. Pour les sujets du groupe expérimental, les réhospitalisations ont diminué de même que les troubles avec la justice. La qualité de la vie, la satisfaction du traitement, l'indépendance et la stabilité résidentielle ont été significativement plus élevées pour le groupe recevant le PACT. Aucune différence significative n'est apparue entre les deux groupes pour l'assiduité médicamenteuse, la symptomatologie et l'occupation du temps.

Knapp et al. (1994) : Réalisée à Londres, en Angleterre, auprès d'une population atteinte de psychose, cette étude a comparé les effets d'un modèle PACT à ceux de l'hospitalisation traditionnelle (exp. = 97, contr. = 102). Un seul critère d'efficacité a été étudié, soit les effets du traitement expérimental sur l'hospitalisation en psychiatrie, et le modèle PACT s'est avéré plus performant sur ce point.

De Cangas (1994) : Ce projet a déjà été présenté dans la section traitant des alternatives implantées au Canada. Cette recherche s'est déroulée à Edmonton, en utilisant un devis expérimental (exp. = 43, contr. = 42) et comparait les effets du modèle PACT à l'hospitalisation auprès de sujets atteints de psychoses, après 6 mois d'implantation. Cet auteur a considéré 8 critères d'efficacité. Les sujets du groupe expérimental ont présenté moins de réhospitalisations en psychiatrie et de visites à l'urgence et ont utilisé, tel que favorisé par le modèle PACT, davantage d'autres services. Leur qualité de vie fut augmentée significativement, alors que leur symptomatologie avait diminué comparative-

ment au groupe contrôle, de même que leurs troubles avec la justice. Leurs proches déclaraient moins de fardeau familial. Également, leur fonctionnement social était significativement amélioré.

Quinlivan *et al.* (1995) : Utilisant un devis expérimental, cette étude a comparé 3 services différents dans la ville de San Diego en Californie : le modèle PACT, l'hôpital de jour et l'hospitalisation régulière. Au total, 90 personnes atteintes de psychoses résistant aux traitements furent réparties aléatoirement dans les 3 groupes. Les participants au modèle PACT ont eu à être réhospitalisés moins fréquemment et moins longtemps que les sujets des 2 autres groupes. Cependant, les sujets des 3 groupes ont eu recours aux services de l'urgence de façon identique.

MODÈLE DE RÉADAPTATION

Goering *et al.* (1988) : Ce projet a déjà été présenté dans la section traitant des alternatives implantées au Canada. Réalisé à Toronto, à l'aide d'un devis quasi-expérimental, cette étude a pairé 82 sujets recevant du suivi systématique à 82 sujets recevant les services habituels d'hospitalisation. Tous présentaient des diagnostics de psychoses et présentaient un risque élevé de réhospitalisation. Bien que les personnes recevant le suivi systématique n'aient pas été moins réhospitalisées durant les 24 mois suivant l'implantation, il faut noter qu'elles présentaient davantage de stabilité résidentielle, qu'elles avaient une meilleure occupation du temps ainsi que moins d'isolement social.

MODÈLE EXPANDED BROKER

Mueller (1981) : Cette étude, réalisée à Birmingham, en Alabama, a utilisé un devis «Test pré-post» avec un groupe de comparaison présentant des caractéristiques sociodémographiques et cliniques similaires (exp. = 40, comp. = 26; troubles mentaux chroniques avec désorganisation) afin d'étudier si le suivi systématique avait des effets différents de l'hospitalisation sur le fonctionnement social. Aucune différence significative n'est apparue à ce critère, après 6 mois d'implantation.

Franklin *et al.* (1987) : Réalisée à Houston, au Texas, cette étude au devis «Test pré-post» avec groupe de comparaison (exp. = 138, comp. = 126) a mesuré les effets d'un programme *expanded broker* auprès de sujets ayant eu plus de deux hospitalisations en psychiatrie durant les deux dernières années. Les auteurs ont comparé ce programme à un service communautaire bien établi et reconnu comme étant très performant. Les sujets des deux groupes présentaient des caractéristiques similaires (sociodémographiques et cliniques). Cette étude a utilisé 8 critères d'efficacité. Le suivi systématique du modèle *expanded broker* a augmenté, après 12 mois d'implantation, le nombre de réhospitalisations et de visites à l'urgence, de même que l'utilisation d'autres services. Il n'a pas eu d'effet significatif sur la qualité de vie et l'assiduité médicamenteuse, mais il a amélioré le revenu d'emploi, le fonctionnement social et l'occupation du temps des sujets recevant le nouveau service. Les auteurs soulignent que le service déjà en place et servant de comparaison était déjà reconnu comme étant très performant mais que le suivi systématique comporte certains avantages.

Bigelow et Young (1991) : Cette recherche a tenté de mesurer les effets d'un service de suivi selon le modèle *expanded broker* en Oregon, à l'aide d'un devis non expérimental et avec groupe de comparaison. Le groupe recevant le suivi systématique était composé de 21 sujets et le groupe de comparaison qui se voyait offrir l'hospitalisation traditionnelle avait la même taille. Ces personnes avaient été hospitalisées plus de deux fois durant les deux dernières années. Ces auteurs ont reconnu 4 critères d'efficacité pour une période d'implantation de 3 mois. Pour les sujets recevant les services de suivi systématique, les réhospitalisations furent diminuées, la qualité de vie et le soutien social furent augmentés, de même que l'isolement social fut diminué.

Cutler et al. (1987) : Il s'agit d'une seconde étude visant à évaluer les effets d'un service de suivi systématique du modèle *expanded broker* en Oregon. Utilisant un devis non expérimental avec deux groupes de comparaison, cette étude a comparé le suivi systématique (n = 10) aux services de clinique externe (n = 10) et à un programme de resocialisation (n = 10). Tous les sujets étaient atteints de schizophrénie. Après 3 mois d'implantation, les sujets recevant les services de suivi systématique présentaient des résultats similaires aux autres groupes de sujets pour ce qui est de la qualité de vie. Ils présentaient de meilleurs résultats pour le soutien social et l'isolement social. Par contre, les sujets du groupe de suivi systématique présentaient une symptomatologie plus importante comparativement aux sujets des deux autres groupes de comparaison.

MODÈLE DES FORCES PERSONNELLES (*PERSONAL STRENGTHS*)

Modcrin et al. (1988) : Il s'agit d'une étude expérimentale menée au Kansas et qui a comparé un service de suivi systématique du modèle des forces personnelles à l'hospitalisation (exp. = 44, contr. = 44) auprès d'une clientèle répartie aléatoirement. La majorité des sujets étaient atteints de psychose. Après 4 mois d'implantation, les auteurs ont évalué 6 critères d'efficacité. Les sujets du groupe expérimental présentent une fréquence de réhospitalisation similaire, mais utilisent davantage d'autres services. De plus, leur qualité de vie, leur fonctionnement social et leur isolement social ont été améliorés.

Macias et al. (1994) : Un service de suivi systématique du modèle des forces personnelles fut implanté à Logan, en Utah, auprès d'une clientèle majoritairement atteinte de psychose (schizophrénie = 46 %). À l'aide d'un devis expérimental, les sujets furent répartis aléatoirement entre le nouveau service (exp. = 37) et les services hospitaliers habituels (contr. = 35). L'efficacité fut mesurée après 18 mois d'implantation au moyen de 8 critères. Les réhospitalisations en psychiatrie, les visites à l'urgence, de même que la symptomatologie ont significativement diminué pour le groupe expérimental. Les sujets de ce groupe ne présentaient pas de différence significative pour ce qui est de leur soutien social, mais leurs soignants naturels rapportaient moins de fardeau familial. Par contre, même si le fonctionnement social était amélioré pour les sujets du groupe expérimental, ils rapportaient une diminution de leur qualité de vie et de leur satisfaction face au traitement.

3.2 EFFICIENCE

Comme il a été mentionné précédemment, l'efficacité est une mesure de la performance. On qualifie un traitement d'efficace lorsqu'il atteindra le but visé, au meilleur coût. C'est en quelque sorte cette façon de définir le concept d'efficacité qui permet aux 12 études qui proposent des résultats concernant l'efficacité d'en arriver à leurs conclusions. Parmi celles-ci, 11 recherches obtiennent des résultats significatifs confirmant leur efficacité et une rapporte que le suivi n'est pas efficace (Franklin *et al.*, 1987). Plusieurs informations relatives aux critères (parmi les 17) énumérés précédemment supportent ces résultats d'efficacité. En effet, les nouveaux programmes doivent produire des résultats similaires ou meilleurs que les traitements habituellement offerts, sur différentes variables du client, et ce, à moindre coût, avant d'être considérés efficaces. Les études rapportées concluent à l'efficacité parce les coûts du nouveau service ou programme sont inférieurs et les effets sur le client sont similaires ou supérieurs. Un service est aussi efficace lorsque les effets sur le client sont supérieurs pour des coûts similaires. En somme, lorsqu'un traitement est reconnu efficace, le rapport qualité-coût est avantageux.

Comme l'indique le tableau 3, présentant un aperçu des études sur l'efficacité, la période d'évaluation permettant de se prononcer sur les coûts est très variable selon les études, allant de 6 mois à cinq ans.

Deux études montrent l'efficacité de programmes de suivi systématique après 6 mois. Ce sont celles de Bond *et al.* (1988) et de Cangas (1994). Les études de Test et Stein (1980), de Hoult *et al.* (1983), de Witheridge et Dincin (1985) et de Bond *et al.* (1990) obtiennent des résultats significatifs d'efficacité lors d'un suivi de 12 mois. L'efficacité est aussi significative au delà d'un an pour 5 études. Lors d'une mesure après 2 ans, les études de Knapp *et al.* (1994) et de Quinlivan *et al.* (1989) rapportent que le suivi systématique de type PACT est efficace. Trois études obtiennent des résultats d'efficacité après plus de deux ans, soit celles de Mulder (1982), après 30 mois de suivi, celle de Wright *et al.* (1989), après 4 ans de suivi, et celle de Borland *et al.* (1989), après 5 ans de suivi. Toutes les études qui ont mesuré l'efficacité du suivi systématique, sauf une, sont de type PACT. La seule étude qui ne mesurait pas un suivi de ce type (Franklin *et al.*, 1987), s'intéressait à l'efficacité d'une expérience conçue selon le modèle *expanded broker*. Elle est également la seule pour laquelle ce type de traitement (suivi systématique de clientèle) s'est avéré moins efficace.

Comme il a été mentionné précédemment dans ce texte, certaines données peuvent être cruciales pour informer le lecteur au sujet de l'efficacité. L'étude de Franklin *et al.* (1987) met en évidence que le suivi systématique est moins efficace que les soins offerts habituellement. Puisqu'il s'agit de la seule étude fournissant une telle conclusion, une élaboration s'impose. Un texte de Borland (1989) nous permet de mieux en saisir le contexte. L'étude de Franklin (1987) a utilisé un devis pre-post test avec groupe de comparaison. Tous les sujets étaient atteints de troubles mentaux graves et avaient eu au moins 2 hospitalisations en psychiatrie durant les deux dernières années, avant l'implantation d'un service de suivi systématique. Ce suivi, élaboré selon le modèle *expanded broker* fut offert durant 12 mois à 138 sujets vivant à Houston, au Texas. Des résultats sont disponibles à 9 des critères recensés pour les sujets recevant le suivi et également pour 126 sujets bénéficiant d'une autre forme de traitement communautaire que

l'auteur qualifié de très performant. Il faut mentionner ici que le suivi systématique n'est pas comparé à l'hospitalisation ou à des traitements conventionnels, mais bien à un modèle non défini clairement de suivi communautaire. Les résultats indiquent donc que le suivi systématique implanté à Houston n'est pas efficient en comparaison avec le suivi communautaire déjà en vigueur. L'étude de Franklin (1987) rapporte que le suivi selon le modèle *expanded broker* entraîne une augmentation des hospitalisations, des visites à l'urgence et de l'utilisation d'autres services, comparativement aux services communautaires de psychiatrie en vigueur (voir tableau 2.1). La qualité de vie est demeurée stable, de même que l'assiduité médicamenteuse (voir tableau 2.2), mais le revenu d'emploi s'est amélioré (voir tableau 2.3), de même que le fonctionnement social et l'occupation du temps (voir tableau 2.4). Comparativement à l'autre type de suivi communautaire offert, dans le cas de l'étude de Franklin (1987), le suivi selon ce modèle «Expanded Broker» n'a pas présenté un avantage coût-bénéfice, et n'est donc pas efficient.

Au tableau suivant, nous présentons les résultats d'études qui ont pris en considération les coûts des services offerts aux sujets et qui ont mesuré l'efficacité du suivi systématique de clientèle.

3. EFFICIENCE DU SUIVI SYSTÉMATIQUE

Type de programmes, étude et type d'étude chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Efficacité
Modèle de soutien complet (PACT) Madison, WI. Expérimental Test & Stein (1980)	exp. = 65 contr. = 65 (sujets se présentant pour admission)	12 mois = plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) Kent County, MI Expérimental Mulder (1982)	exp. = 59 contr. = 62 (sujets se présentant pour admission)	30 mois = plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) Sydney, Australie Expérimental Hoult <i>et al.</i> (1983)	exp. = 58 contr. = 62 (sujets se présentant pour admission)	12 mois = Plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) Chicago, IL Test pré-post (non exp.) Wetheridge et Dincin (1985)	n = 30 (multiples hospitalisations, majorité schizophrènes)	12 mois = plus efficient

Type de programmes, étude et type d'étude chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Efficiencie
Modèle de soutien complet (PACT) Indiana Expérimental Bond <i>et al.</i> (1988)	exp. = 80 contr. = 87 167 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	6 mois = Plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) Seattle, WA Non expérimental Wright <i>et al.</i> (1989)	n = 196 (résistants aux traitements)	4 ans = plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) Spokane, WA Test pré-post Borland <i>et al.</i> (1989)	n = 72 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	5 ans = plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) Threshold, Chicago, IL Expérimental Bond <i>et al.</i> (1990)	exp. = 45 contr. = 43 (psychoses et risque élevé de réhospit.)	12 mois = plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) Londres, Angleterre Expérimental Knapp <i>et al.</i> (1994)	exp. = 97 contr. = 102 (psychoses sx = 49 %)	24 mois = plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) Edmonton, Canada Expérimental De Cangas (1994)	exp. = 43 contr. = 42 (psychoses)	6 mois = plus efficient
Modèle de soutien complet (PACT) San Diego, California Expérimental Quinlivan <i>et al.</i> (1995)	exp. = 30 contr.1 = 30 contr.2 = 30 (psychoses, résistants aux traitements)	24 mois = plus efficient

Type de programmes, étude et type d'étude chercheurs	Échantillon (description des sujets)	Efficienc
Modèle <i>expanded broker</i> Houston, Texas Test pré-post avec comparaison Franklin <i>et al.</i> (1987)	exp. = 138 comp. = 126 (plus de 2 hospit. durant les 2 dernières années)	12 mois = moins efficent

3.3 COÛTS ET EFFICIENCE

Comme le montre ce tableau, le suivi systématique de clientèle selon le modèle PACT est, dans tous les cas, décrit par les chercheurs comme étant plus efficace que l'hospitalisation en psychiatrie. Toutefois, peu d'études publient les coûts associés au traitement ainsi que leur méthode de calcul des coûts.

Borland (1989) explique cette situation en décrivant que la mise en place d'un service de suivi systématique engendre des coûts qui n'existaient pas auparavant dans le système. De plus, comme le suivi systématique de clientèle engendre une diminution des hospitalisations durant la même période où le suivi est implanté, les coûts fluctuent. En outre, plusieurs centres expérimentent des transferts de budget de l'hôpital vers la communauté, durant la même période. Selon cet auteur, il en coûte de 12 209 \$ à 13 043 \$ annuellement (en dollars américains de 1979) pour offrir des services à une personne vivant dans la communauté. Ces sommes incluent : les services hospitaliers (3 313 \$), les évaluations psychiatriques (73 \$), les ressources résidentielles (2 245 \$), le suivi systématique de clientèle (4 192 \$), les traitements psychiatriques (1 382 \$), les allocations de sécurité sociale (1 838 \$). Comparativement, une journée d'hospitalisation en psychiatrie dans un hôpital d'État coûte 111 \$, et 225 \$ dans un hôpital privé, soit une dépense annuelle variant de 40 515 \$ à 82 125 \$ (en dollars américains de 1979).

De Cangas (1994) a également évalué les coûts totaux des traitements offerts aux deux groupes (PACT et hospitalisation) de son étude expérimentale : le traitement offert en milieu hospitalier (*per diem*) est de 212 \$CAN par jour alors qu'il n'est que de 15 \$CAN pour le suivi dans la communauté. Les coûts totaux annuels moyens sont de 7 732 \$CAN par sujet du groupe expérimental et de 12 868 \$CAN par sujet du groupe contrôle.

Quinlivan *et al.* (1995) fournissent des informations récentes concernant les coûts pour les 3 services comparés dans son étude : le PACT, l'hôpital de jour et l'hospitalisation régulière. Ces coûts comprennent beaucoup de données afin d'inclure tous les services offerts et toutes les sommes versées par les différents organismes payeurs. À titre informatif, une journée d'hospitalisation au San Diego County Psychiatric Hospital coûte 478 04 \$ par jour. Des données sont disponibles pour la moyenne annuelle des coûts pour les sujets de chacun des groupes. Par exemple, les services pour les sujets du groupe contrôle «hôpital de jour» coûtent en moyenne annuellement 26 085 \$, alors que les services pour les sujets du groupe contrôle «traditionnel» (hospitalisés) coûtent en moyenne annuellement 42 094 \$. Pour les sujets expérimentaux recevant des services selon

le modèle PACT, il en coûte en moyenne annuellement 18 943 \$, ce qui représente, de façon brute, la moitié des coûts des soins inhérents à l'hospitalisation.

Compte tenu du fait que la plupart des études recensées démontrent l'efficacité du suivi systématique de type PACT (voir section précédente) et que toutes ces études décrivent le modèle PACT comme étant davantage efficient, il est possible de croire en son efficience, même si les études disponibles n'exposent pas clairement leurs calculs de coûts.

Selon Goldberg (1994), le modèle PACT entraîne généralement des dépenses moins élevées lorsqu'il est implanté dans une société où l'on dispense des soins traditionnels. Par ailleurs, d'autres modèles de suivi systématique de clientèles fournissent aussi des résultats similaires à meilleur coût que l'hospitalisation, ce qui revient à dire que les économies proviennent de la diminution du séjour en centre hospitalier. Les jours-soins dans la communauté, souvent précédés par une courte admission lors de la période de crise, proposent des coûts efficients et sont une alternative valable à l'hospitalisation traditionnelle. Selon Goldberg (1994), ils coûtent souvent moins du quart de ce que coûtent les soins traditionnels et ont un effet négatif significatif sur la réadmission. De plus, les effets des soins offerts dans la communauté sont davantage marqués lorsque la clientèle vit dans une ressource résidentielle que pour ceux qui vivent avec leur famille, et aucun effet n'est significatif pour ceux qui vivent seuls. Enfin, plusieurs études indiquent que des coûts élevés de suivi dans la communauté sont associés avec de meilleurs résultats cliniques. Ces coûts demeurent la plupart du temps moins élevés que l'hospitalisation traditionnelle (Goldberg, 1994).

Même si les études d'efficience fournissent déjà des indications suffisamment claires quant aux approches et services permettant une meilleure rationalisation des dépenses en santé mentale, peu de données sont disponibles pour évaluer les avantages financiers et cliniques découlant du transfert des soins hospitaliers à la communauté. C'est pourquoi il est apparu intéressant de relater l'expérience de l'ouest du Massachusset (pop. 850 000), où les services communautaires ont complètement remplacé l'hôpital psychiatrique, par suite d'un ordre de la cour, en 1978. Cette région dépensait alors 10 millions \$ pour l'hôpital et 1,8 million \$ pour les services communautaires. L'étude de Okin (1995) compare les résultats obtenus par les services communautaires (accompagnés d'unités de psychiatrie dans des hôpitaux généraux) implantés dans l'ouest de l'État (services offerts à la clientèle, financement) à ceux du reste de l'État où des services hospitaliers psychiatriques de longue durée ont été maintenus. Depuis sa fermeture en 1993, 472 patients ont quitté l'hôpital psychiatrique. Depuis sa fermeture en 1993, les services offerts depuis la fermeture comprennent : l'hospitalisation dans des hôpitaux généraux régionaux, l'intervention de crise, le suivi systématique de clientèles selon le modèle PACT, des programmes ciblant le développement des habiletés et de l'employabilité, des services de clinique externe ainsi que des services de ressources résidentielles.

Selon Okin (1995), l'ouest de l'État dépensait 15 % de son budget pour les services communautaires en 1978 et 74 % en 1992. Les services hospitaliers étaient fournis uniquement par un centre psychiatrique alors qu'ils sont maintenant offerts par des unités psychiatriques des hôpitaux régionaux. La plus grande partie du budget supporte les résidences (34,9 %), qui regroupent des foyers de groupes supervisés, alors que 26,4 % des ressources sont allouées à l'hospitalisation, 15,5 % du budget au *case management*, 12,1 % aux centres de crise et 3,4 % aux services de clinique externe. Il en coûte pratiquement la

même somme pour offrir des services dans l'ouest (64,67 \$) et dans le reste de l'État (61,96 \$) per capita.

Selon Okin (1995), on peut retenir 5 leçons de cette expérience :

- 1- Un ensemble de ressources efficaces et bien distribuées peut remplacer complètement un hôpital psychiatrique. Les dépenses d'hospitalisation dans le reste de l'État sont plus élevées de 93 % et utilisent 53 % de toutes les ressources. Cette allocation avantage les personnes hospitalisées au détriment des personnes vivant dans la communauté, qui sont plus nombreuses et qui reçoivent peu de services.
- 2- Malgré l'ordre de cour, le développement des ressources communautaires s'est fait selon la bonne volonté des différentes instances, sans une planification d'ensemble.
- 3- La formation du personnel est primordiale, non seulement en ce qui concerne la nouvelle tâche, mais également au sujet des droits des personnes et de l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes. Il s'agit d'une condition essentielle au développement de services communautaires intégrés.
- 4- Des fonds sont nécessaires, même si l'on utilise tout le budget alloué au centre psychiatrique pour développer les services communautaires. Puisque l'hôpital de l'ouest était très peu subventionné, tout comme les autres qui demeurent, il n'y avait pratiquement pas de ressources disponibles au développement. Le système communautaire coûte plus cher que l'ancien hôpital psychiatrique, mais il dessert une plus grande partie de la population atteinte de troubles mentaux.
- 5- Dans l'ouest de l'État, peu de patients se sont retrouvés en prison ou dans des centres d'accueil (*nursing homes*), comme c'est le cas dans le reste de l'État.

DISCUSSION

Malgré l'intérêt des résultats présentés, il est essentiel de prendre en considération certains éléments de discussion permettant de les nuancer et de saisir les complexités inhérentes à l'évaluation et à l'implantation de ces alternatives. Ils concernent entre autres, la proportion des programmes évalués, les caractéristiques des clientèles, la durée des programmes, les caractéristiques des équipes de suivi systématique, les particularités régionales et les difficultés liées à l'implantation et à la généralisation de tels services.

PROPORTION DES PROGRAMMES ÉVALUÉS

À la lumière des résultats obtenus, il semble que le suivi systématique de clientèle utilisant le modèle PACT offre les meilleurs résultats, mais certaines nuances s'imposent. En premier lieu, il faut considérer le nombre imposant d'études qui ont mesuré les effets de ce modèle, comparativement aux autres modèles. Il faut aussi examiner comment ces mesures furent prises et quelles sont les caractéristiques des populations utilisées pour fins de comparaisons. De plus, si l'on considère l'ensemble des programmes de suivi systématique, selon le modèle PACT, implantés en Amérique ou ailleurs, comparativement à ceux qui ont fait l'objet d'évaluation systématique, il y a lieu de nuancer les résultats observés. En effet, il existe 340 programmes de ce modèle répartis dans 33 États américains selon Deci, Santos, Hiott, Schoenwald et Dias (1995). Cette situation s'explique, en partie du moins, par la faiblesse des subventions accordées pour la recherche dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, malgré les lourdes charges sociales imposées par les troubles mentaux aux sociétés. Moscarelli (1994) mentionne que les fonds disponibles pour les recherches sur la schizophrénie correspondent à beaucoup moins du 1 % du coût du traitement, ce qui complique l'obtention des mesures d'efficience requises.

CARACTÉRISTIQUES DES CLIENTÈLES

Bien que la sélection des sujets soit aléatoire pour quelques études, il faut considérer que, dans la plupart de ces recherches, la majorité des participants sont des personnes atteintes de schizophrénie et résistantes aux traitements offerts avant l'implantation du nouveau programme. Souvent, les sujets sont les personnes qui sont les plus sévèrement atteintes de la communauté et pour lesquelles toutes les autres ressources se sont avérées inefficaces (Goering *et al.*, 1988). Ces sujets ne représentent qu'une catégorie de personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. En outre, plusieurs des sujets présentent des problèmes importants sur l'axe II en plus de problématiques complexes comme l'itinérance et la polytoxicomanie. Par ailleurs, on ignore encore les avantages et les coûts du suivi systématique pour les clientèles qui sont encore institutionnalisées et dont on vise à favoriser la réadaptation et l'intégration sociale au cours des prochaines années.

DURÉE DES PROGRAMMES

La durée et la persistance des programmes devraient également être prises en compte dans la comparaison des diverses recherches entre elles. Des évaluations réalisées après 3 ou 4 mois d'implantation méritent questionnement, la courte période limitant les possibilités d'adaptation des sujets participants. Ainsi Goering *et al.* (1988) n'obtiennent pas de

changement significatifs après 6 mois, mais commencent à observer des changements intéressants après 24 mois. Il serait également important d'évaluer quels sont les acquis des sujets qui se maintiennent dans le temps, surtout dans le contexte de programmes qui se sont avérés relativement prolongés, notamment ceux qui ont été offerts sur plus de 24 mois. Ces évaluations pourraient aussi permettre d'identifier quel(s) type(s) de services pourraient favoriser le maintien des acquis.

COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE DE SUIVI SYSTÉMATIQUE

L'efficacité des services est fortement dépendante de la qualité du personnel de l'équipe de *case managers* et étroitement associée à leur habiletés et connaissances. Ces informations sont rarement disponibles dans les études, bien que quelquefois les auteurs mentionnent la composition de l'équipe de suivi systématique de clientèles (Lehman *et al.*, 1995).

L'étude de Borland, Mc Rae et Lycan (1989) décrit bien le fonctionnement d'un programme de suivi systématique affirmatif (PACT). L'équipe offrant des services aux participants comprenait 8 *case managers*, une infirmière coordonnatrice et superviseuse du programme et un directeur de programme (psychiatre). Chaque *case manager* avait une formation d'infirmière, possédait une grande expérience dans le domaine de la psychiatrie ainsi qu'auprès des clientèles atteintes de troubles mentaux graves. Les critères de sélection pour ces *case managers* comprenaient la capacité de collaborer à la solution de problèmes, d'utiliser le sens commun dans un contexte quotidien, d'offrir du soutien et de travailler selon une approche beaucoup moins directive. En moyenne, chaque *case manager* assurait le suivi de 9 clients. Les *case managers* étaient pairés afin de se remplacer durant les absences. Ils assumaient des responsabilités auprès de la clientèle concernant la nourriture, l'habillement, le lieu de résidence, les soins médicaux, la gestion des finances. Ils coordonnaient également leur recours au soutien naturel ainsi que professionnel. Les clients recevaient divers types de services de la part des *case managers* : rencontres individuelles variant d'une fois à plusieurs fois par semaine.

Les *case managers* assuraient un service de garde 24/7, capable de répondre aux situations de crise et d'offrir un ensemble d'interventions susceptibles d'éviter une réhospitalisation. Le programme affirmatif (*assertive*) prenait en charge différents domaines où le participant présentait des lacunes précises à corriger afin de poursuivre son maintien dans la communauté. Par exemple, devant des problématiques de toxicomanie ou lorsqu'un participant était fréquemment victime d'abus financiers, son argent de poche était alors contrôlé par le *case manager*. De même, lorsqu'un participant était peu assidu à ses rendez-vous ou à ses médicaments, les rendez-vous avaient lieu à domicile de même que l'administration de médicaments. Lorsqu'un participant se trouvait un domicile dans un quartier dangereux, où fourmillaient les piqueries et les revendeurs de drogue, le *case manager* pouvait louer et payer un appartement dans un quartier moins risqué pour le participant. À la fin de la journée, les *case managers* se rencontraient en compagnie de la coordonnatrice et du directeur médical afin de mettre à jour l'évolution des participants.

Le programme a permis la création de divers services requis pour la clientèle. Un commis-comptable offrait ses services aux participants afin de leur permettre d'apprendre à dresser et gérer un budget, à rédiger leurs chèques et à faire les démarches nécessaires pour obtenir diverses réductions ou divers bénéfices nécessitant du travail clérical. Afin de permettre aux participants de travailler, et malgré que la majorité d'entre eux ne pouvait

maintenir un emploi dans un atelier protégé en raison de leur incapacité à affronter le stress, un programme d'entretien ménager fut mis sur pieds. Les participants ont été rémunérés pour de menus travaux d'entretien offerts à diverses résidences ou dans des appartements supervisés. Afin de pouvoir répondre aux situations de crise potentielles des participants, deux lits furent réservés dans un centre de soins psychiatriques. De plus, afin de répondre aux urgences quant aux besoins en hébergement, deux chambres furent réservées dans une maison de chambres afin d'accueillir temporairement les participants devant quitter leur lieu d'habitation.

Le *case manager* doit assurer, selon Sands et Rapp (1994), le contact avec la clientèle, l'évaluation des besoins de services, le suivi du cas, les références aux dispensateurs offrant les services requis, la défense des droits (*advocacy*), le développement du réseau de soutien, la réévaluation des besoins, la défense des droits afin de développer les ressources requises (*advocacy for resource development*), l'évaluation constante de la qualité des services offerts, l'éducation communautaire et l'intervention de crise.

Selon Pyke et Apa (1994), le service devrait comprendre un directeur médical, une coordonnatrice des soins, ainsi que des *case managers* capables d'aider les personnes dans tous les domaines pouvant favoriser leur adaptation communautaire. Ils doivent posséder les connaissances requises à la gestion des symptômes de la maladie et de la médication neuroleptique (symptômes, assiduité, administration des médicaments), condition essentielle au maintien des acquis. Ils doivent être capables de déceler les détériorations associées et établir les contacts avec les ressources requises. Une grande connaissance de la clientèle est souhaitable, sinon le risque d'épuisement professionnel peut compromettre la continuité du suivi (Solomon, 1992). Souvent, les *case managers* sont pairés afin de se remplacer durant leurs absences. Ils doivent orienter les clients vers l'amélioration de leur occupation du temps (ressources à créer ou à contacter) et développer des contextes permettant le développement du réseau de soutien. Ils doivent pouvoir intervenir efficacement en situation de crise, de manière autonome, ayant les ressources nécessaires à cette fin.

Un autre exemple d'une équipe de suivi systématique est le *Community Resources Consultants of Toronto*, qui offre des services de suivi systématique de clientèles aux personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées ou vivant dans la communauté, ainsi qu'aux personnes itinérantes. Les services offerts en milieu hospitalier visent à préparer le retour à la communauté des personnes hospitalisées dans divers centres psychiatriques ou dans des unités de psychiatrie, et le suivi leur est offert par la suite dans la communauté. Le *Community Resources Consultants of Toronto* emploie 25 *case managers* et 3 superviseurs. Chaque responsable de suivi (*case manager*) assure le suivi de 15 à 20 personnes. Il en coûte 17,00 \$ par jour pour offrir du suivi à une personne atteinte de troubles mentaux alors qu'il faut compter entre 400,00 \$ et 500,00 \$ par jour pour une hospitalisation en psychiatrie à Toronto. Selon Pyke (1995), les personnes reçoivent des services de suivi durant une durée moyenne de 4 ans.

L'équipe est composée de 60 % d'infirmières ayant une expertise en psychiatrie, de 25 % de travailleurs sociaux et de 15 % de *consumers survivors*, terme que l'on traduit ici par ex-psychiatisés. Les infirmières et les travailleurs sociaux détiennent une formation universitaire au niveau du baccalauréat ou du second cycle. Les *consumers survivors* sont des anciens usagers qui possèdent les connaissances et les habiletés nécessaires pour

effectuer le travail. Tous les responsables de suivi reçoivent une formation spécifique et accompagnent un autre *case-manager* pour une période variant selon les acquis accomplis durant le programme de formation (1 à 3 mois environ). Les coordonnateurs de programme (*supervisors*) sont des infirmières possédant un diplôme de second cycle universitaire et une spécialité en soins psychiatriques. Deux raisons justifient un nombre aussi élevé d'infirmières : l'importance de l'évaluation et de la gestion des symptômes, et les connaissances spécifiques requises concernant l'administration et la gestion des médicaments psychiatriques (Pyke, 1995).

Dans toutes les études présentant des expériences de suivi systématique, l'équipe est composée d'infirmières psychiatriques et de travailleurs sociaux. Un directeur médical est habituellement directeur du service ou associé aux coordonnateurs dans la gestion du suivi (Solomon, 1992).

PARTICULARITÉS RÉGIONALES

Selon les résultats de l'étude qualitative de Pulice, Mc Cormick et Dewees (1995), la désinstitutionnalisation se fait différemment selon la région, les zones rurales étant moins bien desservies. Le système ne tient pas compte des difficultés de transport dans ces zones rurales. Les services de crise sont souvent efficaces en centre urbain mais présentent des délais d'attente importants en région. Les ressources d'habitation et de centre de jour sont moins disponibles en région. Par contre, le prix du logement dans les centres urbains sont de plus trop élevés pour les usagers et les logements sont de mauvaise qualité. Les ressources de logement adaptées comportent de longue listes d'attente.

DIFFICULTÉS ASSOCIÉES À L'IMPLANTATION ET À LA GÉNÉRALISATION DU SUIVI SYSTÉMATIQUE DANS LA COMMUNAUTÉ

Lehman *et al.* (1995) mentionne que les conditions administratives dans lesquelles sont implantés de nouveaux traitements peuvent faire varier considérablement leur efficacité. Il suggère que les administrateurs mettent en place des politiques qui clarifient les objectifs des traitements retenus afin d'obtenir les résultats attendus. Les administrateurs doivent également favoriser la formation continue au sein de leur service ainsi que le travail d'équipe sur lequel repose le succès de la majorité de ces traitements (Lehman *et al.*, 1995). Goering et Wasylenki (1993) suggèrent les rôles multiples pour les cliniciens-chercheurs et les administrateurs, afin que leur collaboration soit plus efficace et moins conflictuelle. Ainsi, le clinicien devrait s'impliquer dans la gestion du programme plutôt que de se concentrer uniquement sur l'aspect clinique et sur la recherche. Les modalités d'implantation d'un nouveau programme sont cruciales (Goldman *et al.*, 1992; McGrew *et al.*, 1994). Sans la mise en place de conditions préalables, des projets efficaces devront être abandonnés, non pas en raison de leur pertinence clinique ou encore de leur coûts, mais bien en raison de leurs difficultés administratives et politiques (Torrey, 1990). Certains résultats de recherches sur les effets du *case management* ne sont pas concluants, parce que les modèles n'ont pas été respectés dans leur intégrité. Ainsi, l'étude de San Jose ne fut pas concluante, mais il est important de noter que le suivi à domicile, qui s'inscrit dans le modèle PACT, fut remplacé par un suivi composé de rendez-vous au bureau des *case managers* (Solomon, 1992).

Pulice, Mc Cormick et Dewees (1995) décrivent, dans les résultats d'une recherche qualitative, diverses difficultés associées à l'implantation et au fonctionnement du suivi systématique dans la communauté. Les plus importantes sont résumées ici. Ces auteurs soulignent que la stigmatisation apparaît toujours comme une variable centrale. À titre d'exemple de stigmatisation, ils mentionnent que, souvent, l'accès aux services médicaux est limité pour les personnes atteintes de troubles mentaux, puisque ces personnes ne sont pas toujours prises au sérieux hors des services psychiatriques. Leurs possibilités d'emploi sont également limitées, les rares emplois disponibles étant souvent trop «stressants» pour elles. Leur sécurité n'est pas toujours assurée dans la communauté et les personnes atteintes de troubles mentaux, en raison de leur faible revenu, doivent vivre dans les endroits les moins sécuritaires. De plus, les services de police ne sont pas toujours sensibilisés à leur condition. Plusieurs des familles de ces personnes les prennent en charge et s'épuisent.

Enfin un aspect peu souvent abordé dans les écrits recensés, mais qui devrait être considéré sérieusement lorsque l'on s'intéresse à l'efficacité dans le domaine de la psychiatrie, est le dépistage précoce de la maladie. Le dépistage précoce représente, selon Goldberg (1994), un moyen efficace de réduire les coûts associés à la maladie en réduisant les détériorations (productivité, réseau social, hospitalisations répétées, manque de suivi disponible, itinérance, incarcération, etc.) associées aux épisodes graves. Selon Moscarelli *et al.* (1994), la rapidité avec laquelle débute le traitement de la schizophrénie influence les coûts associés à la maladie. Ces auteurs ont effectué une étude rétrospective des coûts de traitement pour 20 patients atteints de schizophrénie. Le temps s'étant écoulé entre le premier épisode de crise et la première prescription de neuroleptiques constitue un déterminant majeur de la rechute. En effet, lorsqu'un sujet recevait un traitement moins de 6 mois après le premier épisode, le traitement de la schizophrénie ne coûtait que le quart du prix du traitement dispensé à une personne recevant la première prescription six mois ou plus après le premier épisode psychotique.

Bien que l'étude de Moscarelli *et al.* (1994) n'inclue que 20 sujets, il semble opportun de prendre en compte ces données et d'élaborer des mécanismes d'action afin de procéder au dépistage précoce des troubles mentaux. Ce dépistage précoce permettrait d'introduire le traitement le plus rapidement possible et d'assurer un service de suivi systématique dans la communauté lorsque nécessaire.

CONCLUSION

L'ensemble des écrits recensés présente des alternatives efficaces aux hospitalisations en psychiatrie, telles qu'elles se pratiquent encore au Québec pour plusieurs personnes atteintes de troubles mentaux. De plus, des études proposent des alternatives plus efficaces et moins dispendieuses que l'hospitalisation. Comme le mentionne Wallace (1993), ne rien offrir comme service serait l'alternative la plus économique immédiatement après la prise de décision, mais les conséquences sociétales qui découleraient de cette décision seraient innombrables et certainement plus coûteuses, à long terme.

Le suivi systématique de clientèles (*case management*) offre un mode de prestation de services souple et complet. Les services appropriés sont identifiés selon les besoins de la clientèle. Lorsque ces services sont disponibles, la clientèle est mise en contact avec eux. Lorsque les services sont offerts, mais s'adressent à d'autres clientèles que celle des personnes atteintes de troubles mentaux, le responsable du suivi (*case manager*) intervient auprès du service et plaide la nécessité d'offrir ses ressources à la clientèle (rôle *d'advocacy*). Lorsque le service requis n'existe pas, il peut être développé par le service de suivi systématique, ou encore par une autre instance, afin de l'offrir à la clientèle. La majorité des modèles étudiés permettent cette flexibilité et cette autonomie. Il est possible d'inclure pour certains clients des traitements efficaces de réadaptation tels que ceux décrits à la section 1.2.2. Le Modèle de Soutien Complet (PACT) est celui qui offre les possibilités les plus larges puisqu'il favorise un engagement constant des intervenants dans les divers aspects du traitement, afin d'offrir les ressources requises à la clientèle. Ses constituantes sont flexibles tout en étant «affirmatives». Il s'agit du modèle le plus répandu et son efficacité ainsi que son efficience sont démontrés par plusieurs études.

Il est intéressant de constater les qualités cliniques et scientifiques de ces études. Les chercheurs ont étudié l'efficacité du traitement, ses effets sur la qualité de vie et le bien-être des participants, tout en s'intéressant à l'efficience. Ces résultats fournissent un tableau assez complet des enjeux associés à l'implantation d'un programme de suivi systématique de clientèles. En s'intéressant à des critères tels que la satisfaction du traitement, la symptomatologie du client ou l'assiduité médicamenteuse, ces études se sont intéressées à l'efficacité du nouveau service et ont obtenu des résultats supérieurs à ceux des services traditionnels. Ces alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie présentent des avantages cliniques supérieurs dans la plupart des cas et diminuent certains risques associés à l'hospitalisation prolongée, tel l'institutionnalisme.

Certaines études ont également considéré des critères comme la qualité de vie, le soutien social, le revenu d'emploi, la stabilité résidentielle, le fonctionnement social, l'isolement et l'occupation du temps. Elles ont ainsi évalué les effets directs de ces traitements sur la vie des clients et les résultantes sont très encourageantes. La clientèle vit mieux, se sent mieux, et ceci semble avoir un effet positif sur le fardeau familial. Les perspectives du client et de sa famille ont été prises en compte par certains chercheurs. Ils arrivent ainsi à proposer des alternatives moins coûteuses que le système actuel et qui comportent des effets favorables sur la situation des personnes atteintes de troubles mentaux.

Quoique les effets sur l'utilisation de substances chimiques, sur les troubles avec la justice et sur les comportements suicidaires ne soient pas très prononcés, et même parfois inexistants, il n'en demeure pas moins que la situation est, au pire, similaire à ce que propose l'hospitalisation en psychiatrie. En ce qui concerne les problèmes judiciaires ou de toxicomanie, il serait possible de développer des alliances avec des ressources ou encore de créer des programmes plus spécifiques qui permettraient à la clientèle présentant ces problèmes de recevoir des services adaptés.

Malgré que, dans la plupart des études, les sujets étaient des personnes gravement atteintes par une maladie mentale, souvent résistantes aux traitements ou fréquemment réhospitalisées, les hospitalisations ainsi que les visites à l'urgence ont été réduites, ce qui est particulièrement prometteur. Tel que le mentionnait Okin (1995), ce qui coûte cher, c'est l'hospitalisation. Ces traitements, en réduisant les durées de séjour en milieu hospitaliser, réduisent de fait les coûts associés aux troubles mentaux. Ils sont donc efficaces, car ils permettent d'améliorer la condition psychosociale des personnes atteintes, et ce, à moindre coût.

Il est difficile de transposer un projet dans une autre localité, comme il est difficile de garantir, hors de tout doute, qu'un modèle en particulier sera la voie efficace par excellence. Il faut s'assurer d'une volonté à la fois administrative et clinique pour réussir le projet d'implantation d'une alternative à l'hospitalisation. Il est également souhaitable de mesurer, par des projets de recherche rigoureux, chacun des changements associés à ces réformes. Les recherches devaient aussi permettre d'identifier ce qui contribue aux résultats obtenus. Plusieurs cliniciens et chercheurs s'entendent sur le fait qu'il faut traiter les troubles de santé mentale autrement que par l'hospitalisation en psychiatrie, du moins telle que nous la connaissons actuellement. Il suffit de leur offrir l'opportunité de le faire. Les alternatives proposées exigeront des transformations importantes dans la philosophie et l'organisation du système de soins actuellement en vigueur au Québec. Elles représentent également, pour la clientèle visée, un avenir meilleur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANDREASEN, N.C.(1991). «Assessment issues and the cost of schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 17, N° 3, p. 475-481.
- ANTHONY, W.A. (1993). «Managed care : a misnomer?» *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 44, N° 8, p. 794-795.
- ANTHONY, W.A. (1992). «Psychiatric rehabilitation : key issues and future policy», *Health Affairs Perspectives*.
- ARANA, J.D., HASTINGS, M.D. et E. HERRON (1991). «Continuous care teams in intensive outpatient treatment of chronic mentally ill patients», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol 42, N° 5, p. 503-507.
- BACHRACH, L.L. (1994). «Reflexions on mental health service delivery in Canada : one American's view», *New Directions for Mental Health Services*, Vol. 61, p. 87-95.
- BACHRACH, L.L. (1992). «Case management revisited», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 43, p. 209-210.
- BAKER, F. et T. VISCHI (1989). «Continuity of care and the control of costs : can case management assure both?», *Journal of Public Health Policy*, Vol. 10, N° 2, p. 204-213.
- BECKER, F.W. (1993). «The politics of closing state mental hospitals : a case of increasing policy», *Community Mental Health Journal*, Vol. 29, N° 2, p. 103-117.
- BELCHER, J.R. (1993). «The trade-offs of developing a case management model for chronically mentally ill people», *Health & Social Work*, Vol. 18, N° 1, p. 20-31.
- BELLACK, A.S. et K.T. MUESER (1993). «Psychosocial treatment of schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*; Vol. 19, N° 2, p. 317-336.
- BELLACK, A.S., TURNER S.M., HERSEN, M. et R.F. LUBER (1984). «An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 35, p. 1023-1028.
- BENEDICT, R.H.B., HARRIS, A.E., MARKOW, T., MCKORMICK, J.A., NEUCHTERLEIN, K.H. et R.F. ASARNOW (1994). «Effects of attention training on information processing in schizophrenia. Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*; Vol. 20, p. 537-546.
- BENTALL, R.P., HADDOCK, G. et P.D. SLADE (1994). «Cognitive therapy for persistent auditory hallucinations : from theory to therapy», *Behaviour Therapy*, Vol. 25, p. 51-66.
- BERTSCH, E.F. (1991). «Barriers to individualized community support services : the impact of some current funding and conceptual models», *Community Mental Health Journal*, Vol. 27, N° 5, p. 337-345.

- BIGELOW, D.A. et B.H. MCFARLAND (1989). «Comparative costs and impacts of canadian and american payment systems for mental health services», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 40, N° 8, p. 805-808.
- BIGELOW, D. et D. YOUNG (1991). «Effectiveness of case management program», *Community Mental Health Journal*, Vol. 27, p. 115-123.
- BOND, G.R. (1986). «Psychiatric vocational programs : a meta-analysis. Presented at the Annual Conference of the International Association of Psychosocial Rehabilitation Services», *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services*.
- BOND, G.R., MCGREW, J.H. et D.M. FEKETE (1995). «Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals : a meta-analysis», *Journal of Mental Health Administration*, Vol. 22, N° 1, p. 4-16.
- BOND, G.R., MILLER, L.D., KRUMWIED, R.D. et R.S. WARD (1988). «Assertive case management in three CMHCS : a controlled study», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 39, p. 411-418.
- BOND, G.R., WHITERIDGE, T.F., WASHMER, D., DINCIN, J., MCRAE, S.A., MAYES, J. et R.S. Ward (1989). «A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 40, p. 177-183.
- BOND, G., WHITERIDGE, T., DINCIN, J., WASMER, D., WEBB, J. et R. DEGRAAF-KASER (1990). «Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city : a controlled study», *American Journal of Community Psychology*; Vol. 18, N° 6, p. 865-891.
- BORLAND, A., MCRAE, J. et C. LYCAN (1989). «Outcomes of five years of continuous intensive case management», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 40, No 4, p. 369-376.
- BUCK, J.A. et C. KOYANAGI (1994). «The Medicaid Program and the Clinton Plan : implications for mental health services», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 45, N° 9, p. 883-887.
- BURKE, K.C., MEEK, W.J., KRYCH, R., NISBET, R. et J.D. BURKE JR. (1995). «Medical services used by patients before and after detoxification from benzodiazepine dependance», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 2, p. 157-160.
- BURNS, B.J. et A.B. SANTOS (1995). «Assertive community treatment : an update of randomized trials», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 7, p. 669-675.
- BURNS, T. et J. RAFTERY (1991). «Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 17, N° 3, p. 407-410.
- BURNS, T., RAFTERY, J., BEADSMOORE, A., MCGUIGAN, S. et M. DICKSON (1993). «A controlled trial of home-based acute psychiatric services. II : Treatment patterns and cost», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 163, p. 55-61.

- BUSH, C., LANGFORD, M.W., ROSEN, P. et W. GOTT (1990). «Operation Outreach : intensive case management for severely psychiatrically disabled adults», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 41, p. 647-649.
- CATON, C.M., WYATT, R.J., FELIX, A., GRUNBERG, J. et B. DOMINGUEZ (1993). «Follow-up of chronically homeless mentally ill men», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 150, N° 11, p. 1639-1642.
- CHAMBERLAIN, R. et C.A RAPP (1991). «A decade of case management; A methodological review of outcome research», *Community Mental Health Journal*, Vol. 27, p. 171-188.
- CORRIGAN, P.W. et M.S. KAYTON-WEINBERG (1993). «Aggressive and problem-focused models of case management for the severely mentally ill», *Community Mental Health Journal*, Vol. 29, N° 5, p. 449-458.
- CULTER, D., TATUM, E. et J. SHORE (1987). «A comparison of schizophrenia patients in different community support treatment approaches», *Community Mental Health Journal*; Vol. 23, p. 103-113.
- CURTIS, L.C. et M. HODGE (1994). «Old standards, new dilemmas : ethics and boundaries in community support services», *Psychosocial Rehabilitation Journal*; Vol. 18, N° 2, p. 13-17.
- DAVIS, J.M. et Z. WANG (1994). «Psychiatric medication compares favorably to drugs used in internal medicine : a power analysis», *33rd Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology*, Puerto Rico..
- DE CANGAS, J.P.C. (1994). «L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du *case management* et de la réhabilitation psychosociale», *Santé Mentale au Québec*; Vol. 19, N° 1, p. 59-74.
- DE CANGAS, J.P.C. (1994). «Le *case management* affirmatif : une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier», *Santé Mentale au Québec*; Vol. 19, N° 1, p. 75-92.
- DECI, P.A., SANTOS, A.B., HIOTT, D.W., SCHOENWALD, S. et J.K. DIAS (1995). «Dissemination of assertive community treatment programs», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 7, p. 676-683.
- DICKEY, B., BERREN, M., SANTIAGO, J. et J.A. BRESLAU (1990). «Patterns of service use and costs in model day hospital-inn programs in Boston and Tucson», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 41, N° 4, p. 419-424.
- DINCIN, J., WASMER, D., WITHERIDGE, T.F., SOBECK, L., COOK, J. et L. RAZZANO (1993). «Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatient bed-days», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 44, N° 9, p. 833-838.
- DIXON, L.B. et A.F. LEHMAN (1995). «Family interventions for schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 21, N° 4, p. 631-643.

- DOBSON, D.J.G., MCDUGALL, G., BUSHEIKIN, J. et J. ALDOUS (1995). «Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 46, p. 376-380.
- DOCKRELL, J.E., GASKELL, G.D., NORMAND, C. et H. REHMAN (1995). «An economic analysis of the resettlement of people with mild learning disabilities and challenging behaviour», *Social Science & Medicine*, Vol. 40, N° 7, p. 895-901.
- DONAHUE, S.A., JOSEPH, G.R., et C. FELTON (1993). *Adult intensive case management evaluation : fifth year final report*, Bureau of Evaluation and Services Research, New York State Office of Mental Health.
- DRAKE, R.E. et B.J. BURNS (1995). «Special section on assertive community treatment : an introduction», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 7, p. 667-668.
- DURBIN, J., GOERING, P., WASYLENKI, D. et J. ROYH (1997). «Who gets how much of what : a description of intensive case management», *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 20, N° 3, p. 49-56.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R. et J. FLEISS (1976). «The global assessment scale», *Archives of General Psychiatry*, Vol. 33, p. 766-771.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., MCGILL, C.W., RANZANI, J., MOSS, H.B. et A.M. GILDERMAN (1982). «Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia : A controlled study», *New England Journal of Medicine*, Vol. 306, p. 1437-1440.
- FEINSON, M.C. et M. POPPER (1995). «Does affordability affect mental health utilization? A United States-Israel comparison of older adults», *Social Science & Medicine*, Vol. 40, N° 5, p. 669-678.
- FRANK, R.G., MCGUIRE, T.G. et D.S. SALKEVER (1991). «Benefit flexibility, cost shifting and mandated mental health coverage», *The Journal of Mental Health Administration*, Vol. 18, N° 3, p. 264-271.
- FRANKLIN, J., SOLOVITZ, B., MASON, M., CLEMONS, J. et G. MILLER (1987). «An evaluation of case management», *American Journal of Public Health*, Vol. 77, p. 674.
- GINSBERG, S. (1991). «Managed care's paradoxical effect», *International Journal of Partial Hospitalization*, Vol. 7, N° 2, p. 171-177.
- GLAZER, W.M. (1993). «Psychiatric treatment programs : the continuous services model», *Employee Benefits Journal*, Vol. 18, N° 2, p. 30-36.
- GLICK, I.D., CLARKIN, J.F., SPENCER, J.H., HAAS, G.L., LEWIS, A.B., PEYSER, J., DEMANE, N., GOOD-ELLIS, M., HARRIS, E. et V. LESTELLE (1985). «A controlled evaluation of inpatient family interventions : I. Preliminary results of the six-month follow-up», *Archives of General Psychiatry*, Vol. 42, p. 882-886.

- GOERING, P. et D.A. WASYLENKI (1993). «Promoting the utilization of outcome study results by assuming multiple roles within an organization», *Evaluation and Program Planning*, Vol. 16, p. 329-334.
- GOERING, P.N., WASYLENKI, D.A., FARKAS, M., LANCEE, W.J. et R. BALLANTYNE (1988). «What difference does case management?», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 39, N° 3, p. 272-276.
- GOLDBERG, D. (1994). «Cost-effectiveness in the treatment of patients with schizophrenia», *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, Vol. 382, p. 89-92.
- GOLDSTEIN, M.J., RODNICK, E.H., EVANS, J.R. et P.R. MAY (1978) «Steinberg M. R. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics», *Archives of General Psychiatry*, Vol. 35, p. 1169-1177.
- GREEN, M.F. (1993). «Cognitive remediation in schizophrenia : is it time yet?», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 150, p. 178-187.
- HADLEY, T.R., MCGURRIN, M.C., PULICE, R.T., EDWARD, J. et B.S. HOLOHEAN (1990). «Using fiscal data to identify heavy service users», *Psychiatric Quarterly*, Vol. 61, N° 1, p. 41-48.
- HARRIS, W.S. et L.L. BACHRACH (1988). *Clinical Case Management, New Directions for Mental Health Services*, San Francisco : Jossey-Bass Inc, 40 p.
- HARRON, B., BURNS, B.J. et M.S. SWARTZ (1993). *Hospital without walls. A videotape presentation on a program for assertive community treatment*, Duke University Medical Center, Department of Psychiatry, Division of Social and Community Psychiatry.
- HAYES, R.L., HALFORD, W.K. et F.T. VARGHESE (1995). «Social skills training with schizophrenic patients : effects on negative symptoms and community functioning», *Behavior Therapy*, Vol. 26, p. 433-449.
- HELLWING, K. (1993). «Psychiatric home care nursing : managing patients in the community setting», *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 31, N° 12, p. 21-24.
- HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBLITH, S.J., GREENWALD, D.P., JAVNA C.D. et M.J. MADONIA (1986). «Family psycho-education, social skills training and maintenance chemotherapy, 1 : one year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion», *Archives of General Psychiatry*, Vol. 45, p. 797-805.
- HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBLITH, S.J., GREENWALD, D.P., ULRICH, R.F. et M. CARTER (1991). «Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia : II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment», *Archives of General Psychiatry*, Vol. 48, p. 340-347.
- HOLLINGSWORTH, E.J. (1992). «Falling through the cracks : care of the chronically mentally ill in the United States, Germany, and the United Kingdom», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 17, N° 4, p. 899-928.

- HOLOHEAN, E.J., PULICE, R.T. et S.A. DONAHUE (1991). «Utilization of acute inpatient psychiatric services : heavy users in New York State», *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 18, N° 3, p. 173-181.
- HOOPER, C. et F. GOODWIN (1989). «Psyching out ADAMHA», *Journal of NIH Research*, Vol. 1, p. 42-47.
- HOULT, J., REYNOLDS, I., CHARBONNEAU-POWIS, M., WEEKES, P. et J. BRIGGS (1983). «Psychiatric hospital versus community treatment : the results of a randomized trial», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 101, p. 160-167.
- INTAGLIATA, J. (1982). «Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled : the role of case management», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 8, No 4, p. 655-671.
- JERREL, J. et T. HU (1989). «Cost-effectiveness of intensive clinical and case management compared with an existing system of care», *Inquiry*, Vol. 26, p. 224-234.
- JONES, K., COLSON, P., VALENCIA, E. et E. SUSSER (1994). «A preliminary cost effectiveness analysis of an intervention to reduce homelessness among the mentally ill», *Psychiatric Quarterly*, Vol. 65, N° 4, p. 243-256.
- JORDAN, D.D. et M. HERNANDEZ, (1990). «The Ventura Planning Model : a proposal for mental health reform», *The Journal of Mental Health Administration*, Vol. 17, N° 1, p. 26-47.
- KANTER, J. (1989). «Clinical case management : definition, principles, components», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 40, N° 4, p. 361-368.
- KATES, N., ADSETT, A., BELLISSIMO, T., LEVINE, L. et B. HUMPHREY (1993). «The Hamilton (McMaster) psychiatric network : the evolution of an integrated network of psychiatric services». *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 38, N° 5, p. 315-318.
- KEITH, S.J. et S.M. MATTHEWS (1993). «The value of psychiatric treatment : its efficacy in severe mental disorders», *Psychopharmacology Bulletin*, Vol. 29, N°4, p. 427-430.
- KERN, R.S., GREEN, M.F., et M.J. GOLDSTIEN, (1995). «Modification of performance on the span of apprehension, a putative marker of vulnerability to schizophrenia», *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104, p. 385-389.
- KNAPP, M., BEECHAM, J., ANDERSON, J., DAYSON, D., LEFF, J., MARGOLIUS, O., O'DRISCOLL, C. et W. WILLIS (1990). «The TAPS project. 3 : Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 157, p. 661-670.
- KNAPP, M., BEECHAM, J., FENYO, A. et A. HALLAM (1995). «Community mental health care for former hospital in-patients. Predicting costs from needs and diagnoses», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 27, p. 10-18.

- KNAPP, M., BEECHAM, J., KOUTSOGEORGOPOULOU, V., HALLAM, A., FENYO, A., MARKS, I.M., CONNOLY, J., AUDINI, B. et M. MUIJEN (1994). «Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 165, p. 195-203.
- KORR, W.S. et L. CLONINGER (1991). «Assessing models of case management : an empirical approach», *Journal of Social Service Research*, Vol. 14, p. 129-146.
- KOYANAGI, C., MANES, J., SURLES, R. et H.H. GOLDMAN (1993). «On being very smart : the mental community's response in the health care reform debate», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 44, N° 6, p. 537-542.
- KURZ-CRINGLE, R., BLAKE, L.A., DUNHAM, D., MILLER, M.J. et C. ANNECILLO (1994). «A nurse-managed inpatient program for patients with chronic mental disorders», *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 8, N° 1, p. 14-21.
- LALONDE, P. (1995). *Démystifier les maladies mentales : la schizophrénie*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- LAMB, H.R. (1993). «Lessons learned from deinstitutionalisation in the US», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 162, p. 587-592.
- LEFF, J. P., BERKOWITZ, R., SHAVIT, N., STRACHAN, A., GLASS, I. et C. VAUGHN (1990). «A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia : two-year follow-up», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 157, p. 571-577.
- LEFF, J.P., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R. et D. STURGEON (1985). «A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients : two-year follow-up», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 146, p. 594-600.
- LEHMAN, A.F., CARPENTER, W. T., GOLDMAN, H.H. et D.M. STEINWACHS (1995). «Treatment outcomes in schizophrenia : Implication for practice, policy and research», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 21, N° 4, p. 669-675.
- LEHMAN, A.F. (1995). «Vocational rehabilitation in schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 21, N° 4, p. 645-656.
- LESAGE, A.D. et M. TANSELLA (1993). «Comprehensive community care without long stay beds in mental hospital : trends from an italian good practice area», *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 38, N° 3, p. 187-194.
- LIBERMAN, R.P. (1988). «Coping with chronic mental disorders : a framework for hope» dans *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, édité par R.P. Liberman, Washington, DC, American Psychiatric Press, p. 1-28.
- LIBERMAN, R.P. (1994). «Psychosocial Treatments for Schizophrenia», *Psychiatry*, Vol. 57, p. 104-114.

- LIBERMAN, R.P., MUESER, K.T. et C.J. WALLACE (1986). «Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 143, p. 523-526.
- MACIAS, C., KINNEY, R., WILLIAM, FARLEY, O., JACKSON, R. et B. VOS (1994). «The role of case management within a community support system : partnership with psychosocial rehabilitation», *Community Mental Health Journal*, Vol. 30, N° 4, p. 323-339.
- MANDARINO, M.A. et V.M. BZDEK (1989). «Social-skill building with chronic clients», dans *Chronic Mental Illness : Coping Strategies*, édité par J.T. Maurin, Thorofare (NJ), Journal of Psychosocial Nursing Book Club.
- MARDER, S.R., LIBERMAN, R.P., WIRSHING, W.C., MINTZ, J., ECKMAN, T.A. et K. JOHNSTON-CRONK (1992). «Technology for training schizophrenic patients in illness self-management», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 149, p. 1549-1555.
- MAURIN, J.T. (1989). *Chronic mental illness : coping strategies*, Thorofare (NJ), Journal of Psychosocial Nursing Book Club.
- MCDANIEL, C. (1990). «Reorganization of community services by professional nurses», *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 11, N° 4, p. 397-405.
- MCFARLANE, W.R. (1994). «Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia», *New Directions in Mental Health Services*, Vol. 62, p. 13-22.
- MCFARLANE, W.R., LUKENS, E., LINK, B., DUSHAY, R., DEAKINS, S.A., NEWMARK, M., DUNNE, E.J., HOREN, B. et J. TORAN (1995). «Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, Vol. 52, p. 679-687.
- MECHANIC, D., SCHLESIGNER, M. et D.D. MC ALPINE (1995). «Management of mental health and substance abuse services : state of the art and early results», *The Milbank Quaterly*, Vol. 73, N° 1, p. 19-55.
- MERCIER, C. et G. RACINE (1995). «Case management with homeless women : a descriptive study», *Community Mental Health Journal*, Vol. 31, N° 1, p. 25-37.
- MODRCIN, M., RAPP, C. et J. POERTNER (1988). «The evaluation of case management services with the chronically mentally ill», *Evaluation & Program Planning*, Vol. 11, p. 307-314.
- MOFFETT, M.J. (1988). «What obligations does the 20th century nursing profession have to the mentally ill?», *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 26, N° 7, p. 17-21.
- MORSE, G., MUETHER, R., HARMANN, L., CALSYN, R. et M. DANNELET (1988). *Community services for the homeless : preliminary experimental results. Presented at the 141st annual meeting of the American Psychiatric Association*, American Psychiatric Association..

- MOSCARELLI, M. (1994). «Health and economic evaluation in schizophrenia : implications for health policies», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl, Vol. 382, p. 84-88.
- MOUND, B, GYULAY, R., KHAN, P. et P. GOERING (1991). «The expanded role of nurse case managers» *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 29, N° 6, p. 18-22.
- MULLER, J. (1981). «Alabama community support project evaluation of the implementation and initial outcomes of a model case manager system», *Community Support System Journal*, Vol. 6, p. 1-4.
- NADON, M. et C. THIBAUT (1993). *Suivi systématique de clientèles : expériences d'infirmières et recension des écrits*, Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.
- NORQUIST, G.S. et K.B. WELLS (1991). «How do HMOs reduce outpatient mental health care costs?», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, N° 1, p. 96-101.
- O'CONNOR, F.W. (1991). «Symptom monitoring for relapse prevention in schizophrenia», *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 5, N° 4, p. 193-201.
- OKIN, R.L. (1995). «Testing the limits of deinstitutionalization», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 6, p. 569-574.
- OLFSON, M. (1990). «Assertive community treatment : an evaluation of the experimental evidence», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 41, N° 6, p 634-641.
- PENN, D.L. et K.T. MUESER (1996). «Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 153, N° 5, p. 607-617.
- PHYLLIS, S. (1992). «The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients», *Community Mental Health Journal*, Vol. 28, N° 3, p. 163-180.
- PITTMAN, D.C. (1989). «Nursing case management : holistic care for the deinstitutionalized chronically mentally ill», *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 27, N° 11, p. 23-27.
- PLANTE, T.G. (1989). «Social skills training». *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 27, N° 3, p. 7-10.
- PULICE, R.T., MC CORMICK, L. L. et M. DEWEES (1995). «A qualitative approach to assessing the effects of system change on consumers, families and providers», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 6, p. 575-579.
- PYKE, J. (1995). *Community resources consultants of Toronto*, Rapport annuel.
- PYKE, J. et J. APA (1994). «Evaluating a case management service. A family perspective», *Journal of Case Management*, Vol. 3, N° 1, p. 21-26.
- PYKE, J. et V. ATCHESON (1993). «Social recreation services : issues from a case management perspective», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 17, N° 2, p. 121-130.

- PYKE, J., SAMUELSON, G.P., SHEPPERD, M. et N. BROWN (1991). «Shaping mental health services, Health care professionals, administrators and governments are talking about caring for people with mental illness. But is anyone listening to the client?», *The Canadian Nurse*.
- PYKE, J. et M.J. STEERS (1992). «Suicide in a community based case management service», *Community Mental Health Journal*, Vol. 28, N° 6, p. 483-489.
- QUINLIVAN, R., HOUGH, R., CROWELL, A., BEACH, C., HOFSTETTER, R. et K. KENWORTHY (1995). «Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 4, p. 365-371.
- RANDOLPH, E. A., ETH, S., GLYNN, S. M., PAZ, G.G., LEONG, G.B., SHANER, A.L., STRACHAN, A., VAN VORTH, W., ESCOBAR, J.L. et R.P. LIBERMAN (1994). «Behavioral family management in schizophrenia : outcome of a clinic-based intervention», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 164, p. 501-506.
- RAPP, C.A. et R. WINTERSTEEN (1989). «The strengths model of case management : results from twelve demonstrations», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 13, N° 1, p. 23-32.
- REDING, G.R. et M. RAPHelson (1995) «Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention : another effective alternative to psychiatric hospitalization», *Community Mental Health Journal*, Vol. 31, N° 2, p. 179-187.
- REED, S.K., HENNESSY, K.D., MITCHELL, O.S. et H.M. BABIGIAN, (1994). «A mental health capitation program : II. Cost-benefit analysis», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 45, N° 11, p. 1097-1103.
- REPPER, J., FORD, R. et A. COOKE (1994). «How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long-term mental health problems? Experiences of case managers and their clients», *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 19, p. 1096-1104.
- RICARD, N. et F. FORTIN (1993). *Étude des déterminants du fardeau et de ses conséquences sur la santé de soignants naturels d'une personne atteinte de trouble mental*, Rapport de recherche, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale.
- RICARD, N., FORTIN, F. et J.P. BONIN (1995). *Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission*, Rapport de recherche, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale.
- RICE, D.P. et L.S. MILLER (1995). «The economic burden of affective disorders», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 27, p. 34-42.
- ROWLAND, L.A., ZEELAN, J. et L.C. WAISMANN (1992). «Patterns of service for a long-term mentally ill in Europe», *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 31, p. 405-417.
- RUBIN, A. (1992). «Is case management effective for people with serious mental illness? A research review», *Health and Social Work*, Vol. 17, p. 138-150.

- RUFFIN, J.E., SPENCER, H.R., ABEL, A., GAGE, J. et L. MILES (1993). «Crisis stabilization services for children and adolescents : a brokerage model to reduce admissions to state psychiatric facilities», *Community Mental Health Journal*, Vol. 29, N° 5, p. 433-440.
- SANDS, R.G. et R. A. CNAAN (1994). «Two modes of case management : assessing their impact», *Community Mental Health Journal*, Vol. 30, N° 5, p. 441-457.
- SANTOS, A.B., HENGGELER, S.W., BURNS, B.J., ARANA, G.W. et N. MEISLER (1995). «Research on field-based services : models for reform in the delivery of mental health care to populations with complex clinical problems», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 152, N° 8, p. 1111-1122.
- SAYLE JIMERSON, S. (1986). «Expanded practice in psychiatric nursing», *Nursing Clinics of North America*, Vol. 21, N° 3, p. 527-535.
- SCHARFSTIEN, S.S. (1991). «Prospective cost allocations for the chronic schizophrenic patient», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 17, N° 3, p. 395-400.
- SCHOOLER, N.R., KEITH, S.J., SEVERE, J.B., MATHEWS, S.M., BELLACK, A.S., GLICK, I.D., HARGREAVES, W.A., KANE, J.M., NINAN, P.T., FRANCES, A., JACOBS, M., LIEBERMAN, J.A., MANCE, R., SIMPSON, G.M. et M.G. WOERNER (1997). «Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia : the effects of those reduction and family treatment», *Archives of General Psychiatry*, Vol. 54, N° 5, p. 453-463.
- SCHUSTER, J. (1991). «Ensuring highest-quality care for the cost : coping strategies for mental health providers», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 42, N° 8, p. 774-776.
- SCHUSTER, J.M., KERN, E.E., KANE, V. et L. NETTLEMAN (1994). «Changing roles of mental health clinicians in multidisciplinary teams», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 45, N° 12, p. 1187-1189.
- SCHWARTZ, S.R., GOLDMAN, H.H. et S. CHURGIN (1980). «Case management for the chronic mentally ill : models and dimensions», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 33, N° 12, p. 1006-1009.
- SCOTT, J.E. et L.B. DIXON (1995). «Assertive community treatment and case management for schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 21, N° 4, p. 657-668.
- SCOTT, J.E. et L.B. DIXON (1995). «Psychological interventions for schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 21, N° 4, p. 621-630.
- SEMKE, J. et D. HANIG (1995). «A state management planning system for addressing high levels of use of inpatient psychiatric services», *Psychiatric Services*, Vol. 46, No 3, p. 238-242.
- SOLOMON, P. (1992). «The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients», *Community Mental Health Journal*, Vol. 28, N° 3, p. 163-180.

- SOSKIS, K. (1970). «A brief follow-up rating scale», *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 11, p. 445-449.
- SPAULDING, W.D., STORMS, L., GOODRICH, V. et M. SULLIVAN (1986). «Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, p. 560-577.
- STEIN, L.I. (1990). «Comments by Leonard Stein», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 41, N° 6, p. 649-651.
- STEIN, L.I. (1993). «A system approach to reducing relapse in schizophrenia», *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 54, N° 3 Suppl., p. 7-12.
- STURM, R. et K.B. WELLS (1995). «How can care for depression become more cost-effective», *JAMA*, Vol. 273, N° 1, p. 51-58.
- SWIDLER, R.N. et J.V. TAURIELLO (1995). «New York State's Community Mental Health Reinvestment Act», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 5, p. 496-500.
- TARREL, J.D. (1989). «Self-regulation of symptoms in schizophrenia : psychoeducational interventions for clients and families», dans *Chronic Mental Illness : Coping Strategies*, édité par J.T. Maurin, Thorofare (NJ), Journal of Psychosocial Nursing Book Club.
- TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., PORCEDDU, K. et E. FITZPATRIK (1994). «The Salford family intervention project : relapse rates of schizophrenia at five and eight years», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 165, p. 829-832.
- TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., VAUGHN, C., BAMRAH, J.S., PORCEDDU, K., WATTS, S. et H.L. FREEMAN (1988). «The community management of schizophrenia : a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 153, p. 532-542.
- TARRIER, N., BECKETT, R., HARWOOD, S., BAKER, A., YUSOPOFF, L. et I. UGAREBURU (1993). «A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, I : outcome», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 162, p. 524-532.
- TARRIER, N., HARWOOD, S., YUSOPOFF, L. et R. BECKETT (1990). «Coping strategy enhancement : A method of treating residual schizophrenic symptoms», *Behavioral Psychotherapy*, Vol. 18, N° 4, p. 283-293.
- TAUBE, C. A., MORLOCK, L., BURNS, B. J. et A. B. SANTOS (1990). «New directions in research on assertive community treatment», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 41, N° 6, p. 642-647.
- TEAGUE, G.B., DRAKE, R.E. et T.H. ACKERSON (1995). «Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse», *Psychiatric Services*, Vol. 46, N° 7, p. 689-701.

- TEST, M.A., KNOEDLER, W. et D. ALLNESS (1985). «The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program», dans *The training in community living model : a decade of experience*, édité par Stein, L. et M.A. Test, New Directions in Mental Health Services, Vol. 26.
- TEST, M.A. et L. STEIN (1980). «Alternative to mental hospital treatment III. Social cost», *Archives of General Psychiatry*, Vol. 37, p. 409-412.
- THOMPSON, J.W. (1994). «Trends in the development of psychiatric services», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 45, N° 10, p. 987-992.
- THORNICROFT, G. (1993). «L'évaluation de la fermeture des grands hopitaux psychiatriques en Angleterre», *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 41, No 4, p. 292-297.
- TORREY, E.F. (1990). «Economic barriers to widespread implementation of model programs for the seriously mentally ill», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 41, N° 5, p. 526-531.
- TORREY, E.F., BIGELOW, D.A. et N. SLADEN-DEW (1993). «Quality and cost of services for seriously mentally ill individuals in British Columbia and the United States», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 44, N° 10, p. 943-950.
- VAN DONGEN, C.J. et J. JAMBUNATHAN (1992). «Pilot study results : the Psychiatric RN Case Manager», *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 30, N° 11, p. 11-14.
- WALLACE, C.J. (1993). «Psychiatric rehabilitation», *Psychopharmacology Bulletin*, Vol. 29, No 4, p. 537-548.
- WASYLENKI, D.A. (1994). «The cost of schizophrenia», *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 39, N° 9 Suppl.2, p. S65-S69.
- WASYLENKI, D.A., GOERING, P.N., LEMIRE, D., LINDSEY, S. et W. LANCEE (1993). «The Hostel Outreach Program : assertive case management for homeless mentally ill persons», *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 44, N° 9, p. 848-853.
- WIEDL, K.H. et B. SCHOTTNER (1991). «Coping with symptoms related to schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 17, N° 3, p. 525-538.
- WIERSMA, D., KLUITER, H., NIENHUIS, F.J., RUPHAN, M. et R. GIEL (1991). «Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients», *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 17, N° 3, p. 411-419.
- WITHERIDGE, T. et J. DINCIN (1985). «The bridge : an assertive outreach program in an urban setting», dans *The training in community living model : A decade of experience*, édité par Stein, L. et M.A. Test, New Directions of Mental Health Services, Vol. 26.
- WRIGHT, R., HEIMAN, J., SHUPE, J. et G. OLVERA (1989). «Defining and measuring stabilization of patients during four years of intensive community support», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 146, p. 1293-1298.

YANK, G.R., BENTLEY, K.J. et D. S. HARGROVE (1993). «The vulnerability-stress model of schizophrenia : advances in psychosocial treatment», *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 63, N° 1, p. 55-69.

ZAPPE, C. et D. EPSTEIN (1987). «Assertive training», *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 25, N° 8, p. 23-25.

ZASTOWNY, T.R., LEHMAN, A.F., COLE, R.E. et C. KANE (1992). «Family management of schizophrenia : a comparison of behavioral and supportive family treatment», *Psychiatric Quaterly*, Vol. 63, p. 159-186.