

39

Collection
ÉTUDES ET ANALYSES

ORGANISATION
DES SERVICES
DE SANTÉ MENTALE
DANS LA COMMUNAUTÉ

Enseignements à tirer
de la recherche évaluative

PLANIFICATION-ÉVALUATION SANTÉ SERVICES SOCIAUX

Québec 

39

Collection
ÉTUDES ET ANALYSES

**ORGANISATION
DES SERVICES
DE SANTÉ MENTALE
DANS LA COMMUNAUTÉ**

**Enseignements à tirer
de la recherche évaluative**

Anne Gauthier

Avril 1998



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la planification et de l'évaluation

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document. Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**
1-800-707-3380 (sans frais)
Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1998
Bibliothèque nationale du Canada, 1998
ISBN 2-550-32808-6

Tous droits réservés pour tous pays.
Reproduction par quelque procédé que ce soit et traduction, même partielles, interdites sans l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux.
© Gouvernement du Québec

Avant-propos

La présente recension a été préparée pour alimenter la réflexion du Comité sur l'organisation des services de santé mentale, qui a reçu le mandat du ministre de la Santé et des Services sociaux de définir des orientations pour la transformation du réseau des services de santé mentale. Ces travaux ont mené à la publication, en avril 1997, du document de consultation sur la transformation des services de santé mentale.

Plusieurs personnes ont apporté leur aide à la préparation du document. J'aimerais souligner d'abord l'apport de Gilles-Yvon Picard et de François Allard, respectivement de la Direction de la recherche et de l'évaluation et du Service de la documentation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui ont effectué les recherches dans les banques de données bibliographiques et ont commandé et géré la documentation. De plus, Gilles-Yvon Picard a relu et corrigé le texte. Après un premier élagage des textes uniquement descriptifs, nous avons consulté deux chercheurs afin de vérifier si des sources importantes, plus anciennes ou non répertoriées, nous avaient échappées. Ces chercheurs, Céline Mercier (Centre de recherche de l'hôpital Douglas) et Alain Lesage (institut Fernand-Séguin et hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine), nous ont généreusement fait part de leurs connaissances et nous ont guidé dans le choix des documents. Enfin, la disponibilité et l'expérience de Roger Paquet et de Madeleine Breton, tous les deux du MSSS, ainsi que les discussions stimulantes que nous avons eues avec eux ont contribué grandement à la facture du texte, autant dans sa forme que dans son contenu. Sylvie Dillard, Robert Jacob, Yvon Brunelle et Pierre Joubert ont enrichi le texte de leurs commentaires toujours pertinents. Diane Parent-Beaulé en a patiemment refait les versions successives. Francine Laberge en a effectué la révision linguistique. Je remercie toutes ces personnes.

Table des matières

■	INTRODUCTION	1
■	CE QU’ON ENTEND PAR TROUBLES MENTAUX GRAVES ET PERSISTANTS	3
■	LE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ ET LA GESTION DE CAS	7
	<i>DIFFÉRENCES ET SIMILARITÉS</i>	7
	<i>L’APPORT RESPECTIF DES DIFFÉRENTS MODÈLES</i>	9
	<i>LES DIFFÉRENTES ÉVALUATIONS DU SUIVI INTENSIF DANS LA COMMUNAUTÉ</i>	11
	<i>LES COÛTS DU SUIVI INTENSIF DANS LA COMMUNAUTÉ</i>	15
	<i>FAITS SAILLANTS</i>	16
■	LA MISE EN PLACE D’AUTORITÉS LOCALES EN SANTÉ MENTALE : LE PROGRAMME DE LA FONDATION ROBERT WOOD JOHNSON (FRWJ)	19
	<i>LE PROJET DE LA FRWJ</i>	19
	<i>LES CHANGEMENTS PROVOQUÉS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE</i>	20
	<i>LA DÉCENTRALISATION FISCALE</i>	22
	<i>CONTINUITÉ DES SOINS ET EFFETS SUR LES USAGERS ET USAGÈRES</i>	23
	<i>L’ACCÈS AU LOGEMENT</i>	24
	<i>FAITS SAILLANTS</i>	25
■	LES CONSÉQUENCES DE LA FERMETURE D’HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES EN BANLIEUE DE LONDRES	27
	<i>LES RÉADMISSIONS, LA CRIMINALITÉ ET L’ITINÉRANCE UN AN APRÈS LA SORTIE</i>	27
	<i>LA SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE APRÈS CINQ ANS</i>	27
	<i>LES COÛTS DANS LA COMMUNAUTÉ</i>	29
	<i>LE DÉPLACEMENT DES RESSOURCES DE L’HÔPITAL VERS LA COMMUNAUTÉ</i>	31
	<i>FAITS SAILLANTS</i>	32
■	ENSEIGNEMENTS À TIRER DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE POUR LE QUÉBEC	35
	<i>LA DURÉE ET LA COMPLEXITÉ DU PROCESSUS DE CHANGEMENT</i>	35
	<i>LA FONCTION DE COORDINATION</i>	36
	<i>LES CHANGEMENTS DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE</i>	37
	<i>LA GESTION DU PROCESSUS DE CHANGEMENT</i>	38
	<i>EN GUISE DE CONCLUSION</i>	40
	BIBLIOGRAPHIE	41

Liste des figures et des tableaux

TABLEAU 1	RÉSULTATS DU SUIVI INTENSIF DANS LA COMMUNAUTÉ EN COMPARAISON AVEC LES AUTRES PROGRAMMES DANS LES ÉTUDES ÉVALUATIVES	13
TABLEAU 2	AUTORITÉS LOCALES DANS LE PROJET DE LA FRWJ	21
FIGURE 1	COÛT DU SUIVI COMMUNAUTAIRE ET DU SYSTÈME TRADITIONNEL DANS L'ÉTUDE ANGLAISE	16
FIGURE 2	COÛTS HEBDOMADAIRES MOYENS À L'HÔPITAL ET DANS LA COMMUNAUTÉ PAR COHORTE SORTIE DE L'HÔPITAL	31

■ Introduction

Le modèle institutionnel de traitement de la maladie mentale a été fortement remis en question au cours des trente dernières années. Sans aller jusqu'à l'abolition des hôpitaux psychiatriques par voie légale comme cela a été le cas en Italie en 1978, les pays développés ont privilégié dans leurs politiques l'accès à des services dans la communauté, la réintégration sociale et la réadaptation des personnes ayant des troubles mentaux chroniques et graves.

Toutefois, même s'il subsiste aujourd'hui peu de partisans des grands établissements qui logeaient autrefois des milliers de personnes, tous les effets de ce changement d'orientation n'ont pas encore été entièrement compris. Actuellement, environ 80 % des jours d'hospitalisation psychiatrique sont le fait des personnes ayant des troubles graves et persistants. La très grande majorité d'entre elles vivent la plupart du temps à l'extérieur des établissements hospitaliers. Les capacités individuelles qui sont nécessaires pour vivre dans la société sont plus importantes, variées et constantes que ce n'était le cas auparavant. L'organisation des services de santé mentale et la gestion du système de soins doivent donc tenir compte de ces nouvelles données alors que les ressources sont restées dans les établissements.

Dans le présent document, on rapporte les résultats de différentes recherches évaluatives afin d'indiquer les possibilités d'action, leurs effets (positifs ou négatifs) potentiels, les conséquences sur la santé et la qualité de vie et, enfin, le plus souvent possible, leurs coûts relatifs. Il peut être utile de rappeler que les effets d'un programme de santé, d'une organisation de services ou d'autres caractéristiques liées au traitement ou à la prise en charge se révèlent dans les faits difficiles à isoler. La méthodologie employée pour procéder à l'évaluation est donc importante à considérer.

Au départ, nous avons choisi de centrer notre attention sur la population ayant des troubles mentaux graves et persistants, car elle est la plus vulnérable et la plus touchée par la réduction des ressources hospitalières. Actuellement, cette population aux besoins multiples et complexes et pour laquelle les soins et les traitements sont longs, coûteux et ont des résultats incertains apparaît comme la plus vulnérable, mais aussi la moins bien servie dans les services ambulatoires. On en parle dans la section sur les troubles mentaux graves et persistants.

Une personne ayant des incapacités liées à la maladie mentale ou à un séjour dans un établissement et celle qui est désorientée ou désorganisée ont besoin de soutien pour affronter les exigences de la vie quotidienne et améliorer leur qualité de vie. C'est à ces besoins que tentent de répondre les différentes formules de gestion de cas (*case management*) et de suivi dans la communauté en permettant une aide individualisée. C'est le sujet de la partie sur le suivi dans la communauté et la gestion de cas.

La fragmentation et la discontinuité des services sont les problèmes les plus fréquemment soulevés à propos des systèmes de santé mentale. Ces problèmes se manifestent bien concrètement, par exemple, par l'absence d'un quelconque suivi à la sortie de l'hôpital après un épisode aigu de maladie. C'est le sujet abordé dans la section traitant de la mise en place d'autorités locales en santé mentale telle qu'elle a été expérimentée par la Fondation Robert Wood Johnson. Ces autorités ont la responsabilité, les ressources, les compétences et le financement nécessaires à la prise en charge d'une population affectée de troubles mentaux graves.

Le redéploiement des ressources matérielles et humaines du milieu hospitalier vers d'autres lieux constitue le fondement d'un système de services hors les murs des établissements. À cet égard, on rapporte les résultats de la fermeture de deux hôpitaux anglais de longue durée, Friern et Claybury, que les résidents et résidentes devaient quitter graduellement sur une période de dix ans. Le suivi de cette clientèle a donné lieu à la plus importante étude évaluative réalisée dans le monde à ce sujet. Elle a été menée par une équipe appelée TAPS : Team for the Assessment of Psychiatric Services.

On extrait enfin de cette recherche évaluative quelques enseignements que le système québécois de santé mentale peut en tirer.

■ Ce qu'on entend par troubles mentaux graves et persistants

Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfèrent de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base (MSSS, 1989). Ces troubles sont aussi habituellement persistants. Les maladies classées sous cette étiquette ne sont pas universellement reconnues, mais on y inclut généralement la schizophrénie et les psychoses ainsi que les troubles graves de la personnalité. On y inclut moins souvent les désordres affectifs majeurs et les dépressions majeures et rarement les troubles anxieux majeurs ainsi que les troubles alimentaires graves, même si rien ne s'oppose en principe à leur inclusion¹. Les troubles mentaux graves et persistants se caractérisent donc à la fois par un diagnostic, par la durée des troubles et par le niveau d'incapacité qu'ils entraînent (Wasylenki *et al.*, 1994).

Les personnes qui en souffrent étaient autrefois hospitalisées durant de longues périodes dans les établissements psychiatriques. Aujourd'hui elles sont, pour la plupart, en contact avec les services psychiatriques et elles représentent environ 2 % de la population (Wasylenki *et al.* 1994; Lesage *et al.*, 1996), soit 150 000 personnes au Québec. Il s'agit donc d'un petit nombre de personnes, mais ce sont celles qui risquent le plus de souffrir des ratés de la désinstitutionnalisation.

Parmi les troubles graves, la schizophrénie présente un défi majeur pour les systèmes de santé. L'incidence annuelle de cette maladie n'est, en moyenne, que de 25 pour 100 000 dans la population générale mais, parce qu'il s'agit d'une maladie très souvent chronique, sa prévalence est nettement plus élevée, soit en moyenne de 6,3 pour 1 000 en Europe et en Amérique du Nord (Warner et de Girolamo, 1995 : 42). Les coûts directs (c'est-à-dire n'incluant pas la perte de productivité) qui lui sont associés atteignent 0,5 % du produit national brut. Environ 20 % des personnes schizophrènes ne subiront qu'un seul épisode de la maladie et, pour une personne sur deux, les atteintes majeures s'étendront sur moins d'un an. Les cohortes les plus atteintes, soit celles qui subissent des épisodes d'une durée de plus de 2,5 ans, ou environ 40 % des personnes schizophrènes, utiliseront 97 % des ressources sociosanitaires consacrées à la schizophrénie au cours de leur vie (Davies et Drummond, 1994). En plus d'être fort importants, les coûts liés à la maladie sont concentrés dans un groupe très restreint.

Selon la revue des études épidémiologiques effectuée pour l'Organisation mondiale de la santé, on note très peu de variations de l'incidence de la schizophrénie entre les pays. L'hérédité constitue un facteur de risque important, mais d'autres facteurs jouent également dans l'apparition et l'évolution de la maladie. Ainsi, l'environnement social joue un rôle considérable comme le montre le pronostic nettement plus favorable dans les pays en voie de développement. De plus, le risque est plus élevé parmi la deuxième génération d'immigrants

1. Pour une description vulgarisée, voir, V. W. Jobidon, 1995.

et, comme pour les autres troubles mentaux, la schizophrénie est plus fréquente parmi les groupes défavorisés des milieux urbains que chez les pauvres des campagnes. Plusieurs explications de ce phénomène ont été avancées, mais aucune n'est entièrement satisfaisante. Entre les classes sociales divisées en trois catégories, on trouve dans les zones urbaines des pays développés un gradient de trois (classe inférieure) à un (classe supérieure) des taux de schizophrénie. Bizarrement, ce gradient ne se retrouve pas dans les milieux ruraux et pourrait même être inversé dans les pays en développement (Warner et de Girolamo, 1995 : 51-56).

Hommes et femmes en sont également atteints, comme c'est le cas pour l'ensemble des psychoses, mais la schizophrénie débute généralement plus tardivement chez les femmes que chez les hommes. Pour ce qui est des autres troubles mentaux graves, les études épidémiologiques montrent une prévalence moins grande des troubles de la personnalité chez les femmes et une prévalence plus importante des troubles affectifs et névrotiques (Lovell et R Fuhrer, 1996 : 258). Cela est un fait bien établi que les femmes souffrent davantage de dépression et de détresse psychologique que les hommes. Aucune explication sur l'origine de ces différences entre les sexes n'est vraiment satisfaisante (Guyon, 1996 : 79-82).

Le diagnostic à lui seul ne rend pas compte de la gravité de la maladie, d'autant plus que l'établissement de ce diagnostic est souvent hasardeux. La durée des atteintes est un autre point important à prendre en considération. Les critères définissant la chronicité varient selon les auteurs. Ils peuvent renvoyer à la durée depuis le début d'un épisode ou encore à la fréquence de l'utilisation des services telle l'admission psychiatrique (plus de deux dans l'année précédente, par exemple) ou le recours à des agences, à des professionnels ou professionnelles de la santé (Strathdee et Thornicroft, 1992). De 10 à 15 % des personnes atteintes de dépression souffriront de ce mal au moins deux ans, tel que l'a montré une étude longitudinale de dix ans effectuée à Basle, à Montréal, à Nagasaki, à Tokyo et à Téhéran (Thornicroft et Sartorius, 1993).

Outre le diagnostic et la durée, la comorbidité détermine aussi la gravité. Selon Santos *et al.* (1995), la plupart des personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants ont au moins un problème de santé physique et la moitié, une affection physique chronique qui a une influence sur leurs capacités fonctionnelles. Selon ces auteurs américains, de 25 à 75 % seraient aussi toxicomanes. Au Québec, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997) estime que du tiers à la moitié des usagers et usagères des services psychiatriques ont aussi une toxicomanie, tandis que de la moitié aux deux tiers des gens fréquentant les lieux de traitement de la toxicomanie présentent des troubles mentaux, persistants ou non.

Enfin, les taux standardisés de mortalité se révèlent nettement supérieurs pour les personnes atteintes de troubles graves, soit 2,5 fois ceux de la population générale et jusqu'à 10 fois chez les moins de 40 ans atteints de schizophrénie. Environ 15 % des personnes atteintes de psychose affective et 10 à 15 % des personnes schizo-phrènes se suicideraient (Jenkins, 1992 : 27). Dans l'étude longitudinale d'une durée de dix ans sur la dépression citée plus haut, 24 % des personnes dépressives ont fait une tentative de suicide et 11 % en sont décédés, et

ce, sans différence significative selon le lieu de résidence (Thornicroft et Sartorius, 1993). On retrouve plus de personnes schizophrènes ou, plus généralement, psychotiques dans les prisons et parmi la population itinérante (Fournier et Mercier, 1996; Santé Canada, 1996).

■ Le suivi dans la communauté et la gestion de cas

• *Différences et similarités*

Dans la littérature sur le sujet, on distingue habituellement quatre principaux modèles associés à la gestion de cas : la prise en charge complète, la réadaptation, le courtage et les forces personnelles. Ces modèles font référence à des philosophies et à des pratiques particulières, mais on peut y voir aussi, comme Kodner (1994), un continuum allant d'une responsabilité et d'un contrôle minimal des ressources à une intégration complète des services, incluant la prestation directe des services et un financement autonome basé sur la capitation. Dans ce continuum, le modèle de prise en charge complète représente la situation d'intégration complète des ressources et des services tandis que le courtage est celle de l'accès minimal aux ressources.

Une des premières tâches à accomplir dans l'étude des avantages respectifs de ces formules est de clarifier le vocabulaire et de préciser les réalités auxquelles il renvoie. En effet, selon une auteure aussi éminente que Bachrach (1993), une variété de termes et de définitions coexistent sans qu'il soit possible d'observer l'existence d'un consensus. Au Québec, l'appellation « gestion de cas » est peu utilisée au profit de personne pivot, de coordination et de suivi communautaire (Tessier, 1992).

Le modèle **de prise en charge complète** a été formalisé et mis au point au Wisconsin (Test, 1980; Stein 1980; Weisbrod, 1980) par une équipe pluridisciplinaire d'un hôpital. Cette équipe fournit directement tous les services cliniques et de réadaptation, et coordonne les services dans la communauté; c'est pourquoi ce modèle est nommé *Full Support*. Cependant, il a d'abord été appelé *Training in Community Living*, et est connu sous l'appellation de *Program for Assertive Community Treatment* ou PACT. En français, plusieurs préfèrent l'expression de « suivi intensif dans la communauté » ou « en milieu naturel ».

Ce programme a été conçu comme une alternative aux hospitalisations et a donné naissance à une foule d'initiatives différentes. Les principes de base en sont les suivants :

- Ä aider les personnes à obtenir les ressources matérielles de base : logement, nourriture, vêtements et soins médicaux;
- Ä soutenir, dans le milieu de vie même (*in vivo*), l'acquisition des aptitudes nécessaires pour vivre dans la communauté;
- Ä maintenir la motivation face à la vie et la persévérance;
- Ä encourager la croissance personnelle et remettre en question les relations de dépendance par rapport aux institutions et aux proches;

- Ä soutenir et éduquer les personnes en contact avec les personnes souffrant de troubles mentaux;
- Ä intervenir de façon proactive dans le milieu de vie afin de prévenir les crises (*assertive outreach*).

La gestion de cas centrée sur **la réadaptation** a été mise au point à Boston, puis appliquée et évaluée à Toronto par une équipe du Clarke Institute dirigée par Goering (Goering *et al.* 1988-A et 1988-B). L'évaluation a porté sur les malades hospitalisés dans l'un des dix établissements de la région. Dans ce modèle, la prestation et la planification des services sont destinées à déceler, à valider et à compenser les déficits fonctionnels des personnes souffrant de problèmes graves. Dans les faits, l'intervention se rapproche beaucoup de celle du suivi intensif dans la communauté, sauf qu'elle est moins englobante et intensive et qu'elle est assumée par une seule personne plutôt que par une équipe.

Le **courtage** (*Broker, Expanded Broker ou Generalist Model*) repose essentiellement sur la coordination de services et de ressources existantes, formelles ou informelles, sans prestation directe des services autres que l'évaluation et la planification individuelles. Évalué par Franklin (Franklin *et al.*, 1987), il a été instauré dans tout l'État du Texas où les gestionnaires de cas étaient rattachés aux services externes des hôpitaux et aux Community Mental Health Centers locaux. Ce modèle est aussi celui qui a été préconisé dans la plupart des villes ayant expérimenté la mise en place d'autorités locales de santé mentale dont nous parlerons plus loin, celui qui est sous-jacent au Plan de services individualisés dans la Politique de santé mentale du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989) et celui préconisé en Angleterre (Thornicroft, Ward et James, 1993).

La gestion de cas s'appuyant sur les **forces personnelles** (*Personal Strengths ou Developmental-Acquisition Model*), comme son nom l'indique, vise le développement des capacités personnelles plutôt que de se centrer sur la maladie, sur les ressources informelles et sur une relation privilégiée avec la personne. Selon les programmes où on a appliqué ce modèle, l'aspect d'autonomie et d'*empowerment* des personnes semble prendre plus d'importance que dans les autres modèles (Mordcin, Rapp et Poertner, 1988).

Selon Tessier et Clément (1992), les fonctions communes à tous les modèles sont :

- Ä le dépistage et l'identification des usagers et usagères,
- Ä l'évaluation individuelle,
- Ä la planification individuelle des services,
- Ä la coordination de services utilisés ailleurs que dans le programme,
- Ä la surveillance de la distribution des services,
- Ä la consultation pour les usagers et les usagères.

L'importance de chaque fonction varie cependant; certains programmes incluent l'intervention en cas de crise, la consultation auprès d'autres services, et ainsi de suite, alors que d'autres se limitent à évaluer les besoins et à coordonner les services. Les différences les plus marquantes entre le suivi intensif et les autres modèles de gestion de cas sont l'intégration verticale d'une grande partie des services pour le suivi intensif, le rapport personnels clients (1:10 à 1:15 en suivi intensif et 1:25 à 1:50 pour les autres), le travail d'équipe plutôt qu'individuel, l'attitude proactive, l'étendue de la responsabilité en ce qui concerne tant la durée que les types de services et les interventions dans le milieu de vie (ce qui est aussi habituel dans le modèle de réadaptation). Historiquement, la gestion de cas trouve son origine en service social, où elle a d'abord été conçue comme un mécanisme de coordination dans un système de soins morcelé (Gélinas, 1996).

Dans la réalité cependant, les pratiques diffèrent moins que ces énoncés pourraient le laisser entendre, et ce, même dans leurs applications « idéales » telles celles qui ont été faites à titre expérimental. Ainsi, selon une enquête effectuée sur 323 programmes américains de gestion de cas en vigueur dans 47 États, les valeurs sous-jacentes et les missions décrites ne paraissent pas véritablement liées aux activités rapportées par les gestionnaires de ces programmes. Quel que soit le programme, en effet, les activités principales consistaient essentiellement à effectuer la liaison et à intervenir en cas de crise (Ellison *et al.*, 1995). On retrouve ce même écart entre le modèle et la réalité dans les programmes de suivi intensif existants, du moins aux États-Unis. Ainsi, seulement le tiers des programmes américains se réclamant du suivi intensif correspondait à certaines normes minimales du programme de référence dans une enquête récente (Deci *et al.*, 1995 : 677).

- **L'apport respectif des différents modèles**

Des comparaisons directes des résultats de l'application de chaque modèle sont difficiles à cause de différences méthodologiques entre les études évaluatives (Chamberlain et Rapp, 1991). Par exemple, toutes les personnes considérées lors des évaluations souffraient de troubles graves, mais certaines divergences peuvent expliquer les écarts. Ainsi, on ne trouve pas de renseignements sur les diagnostics autres que primaires, alors qu'une forte proportion de personnes ayant des problèmes multiples affecte vraisemblablement les effets obtenus d'un programme. En outre, dans plusieurs cas, les personnes ont été jointes au moment de leur hospitalisation (comme dans le modèle de réadaptation évalué à Toronto) à un moment où leur état devait être stabilisé. Par contre, dans d'autres études (celle sur le courtage au Texas, par exemple), les gens étaient retracés dans la communauté, ne recevaient pas de traitement et présentaient des symptômes aigus au moment de leur entrée dans l'étude.

Les évaluations faites à partir de grands échantillons ont connu des taux d'attrition importants (par exemple, 36 % pour Franklin *et al.*, 1987). Dans la moitié des cas, les départs sont reliés à l'institutionnalisation ou à l'impossibilité de repérer les individus; ces motifs touchent

vraisemblablement les personnes dont les problèmes sont les plus graves. Outre les différences touchant les populations, les concepts et les instruments de mesure varient, en particulier ceux relatifs à la qualité de la vie et aux capacités fonctionnelles.

Dans les modèles autres que le suivi intensif, aucun effet de diminution de l'hospitalisation n'a pu être mesuré sur l'hospitalisation ; on a même conclu que l'hospitalisation avait augmenté dans le cas du courtage (Franklin *et al.*, 1987). Toutefois, comme mesure des effets des interventions, cette variable a fait l'objet de plusieurs critiques. En effet, la baisse des hospitalisations dans les évaluations du suivi intensif peut difficilement être séparée de la participation de l'équipe au processus d'admission et de sortie. Cette diminution n'est donc pas une conséquence naturelle de la disponibilité des services, mais le résultat d'une collaboration dans le processus de décision relatif à l'hospitalisation. Il en est de même du recours au système judiciaire, car les équipes de suivi intensif interviennent souvent auprès des autorités.

Selon Goering *et al.* : « [...] one of the deficiencies of rehospitalization as an outcome criteria is its relative independence from symptoms and social adjustments » (1988B). Ainsi, l'hospitalisation psychiatrique affiche une relative indépendance de l'état de santé et est fortement liée à des structures incitatives dans l'organisation même des soins et à des demandes sans lien direct avec la maladie. Cela pourrait expliquer, en partie, que le programme testé à Toronto a donné de très bons résultats sur le plan de l'adaptation sociale, mais aucun quant à l'utilisation des services hospitaliers. Par ailleurs, on n'y offrait pas de services de crise qui contribuent habituellement à éviter l'hospitalisation.

Dans l'étude de Toronto, la qualité de vie, les habilités, les contacts sociaux et l'autonomie ont tous fortement été augmentées, ce qu'on ne retrouve pas dans les autres modèles. Cependant, ce résultat n'est significatif qu'après deux ans; aucun effet n'apparaît en deçà de cette période. Or, dans la plupart des cas, les autres évaluations portent sur des périodes plus courtes et une durée d'observation plus longue aurait peut-être produit des effets positifs.

Selon Chamberlain et Rapp (1991), tous ces modèles présentent des résultats positifs surtout pour les variables qui en constituent l'objectif premier. C'est le cas pour le modèle axé sur les forces personnelles dont l'évaluation par Modrcin, Rapp et Poertner (1988) indique une amélioration significative (mais peu importante) dans les capacités et la qualité de la vie. Toutefois, lorsqu'on étudie des cibles précises (réhospitalisations, qualité de vie, symptômes, etc.), les effets sont variables et difficiles à comparer, même s'ils sont généralement positifs.

Cependant, le courtage semble peu avantageux et, parfois même, présente des effets négatifs. Selon Franklin *et al.* (1987), la plupart des services gérés par courtage étaient ceux du centre de santé mentale local, de sorte que le courtage n'a pas été d'une grande utilité. L'existence d'un lien significatif avec les usagers et usagères semble une condition importante du succès.

- ***Les différentes évaluations du suivi intensif dans la communauté***

Le suivi intensif ou PACT a été évalué à plusieurs reprises dans différents pays et pour des clientèles variées. Dès la première expérience, les effets et les coûts ont été rigoureusement établis et cette évaluation, connue depuis au moins une décennie, a marqué la pratique professionnelle et celle de la recherche en santé mentale. Étant donné son importance, nous en rappelons ici les principales caractéristiques.

Pour cette première étude, Stein (1980) et Test (1980) ont suivi 130 personnes pendant 28 mois. La moitié a été choisie au hasard au moment d'une demande d'admission à l'hôpital psychiatrique pour former un groupe expérimental (ci-après nommé E) recevant les services d'un programme appelé Assertive Community Treatment (PACT)² et que nous traduisons par suivi intensif dans la communauté, l'autre moitié formant un groupe contrôle ci-après nommé (C) recevant des services plus traditionnels. Il faut cependant remarquer que ce groupe contrôle avait accès à des services variés et de bonne qualité. En effet, le comté de Dane, où travaillait l'équipe, est considéré comme un modèle à bien des égards. L'âge moyen dans les deux groupes était de 31 ans. La moitié présentait un diagnostic de schizophrénie et le temps moyen passé en institution psychiatrique était de 14,5 mois au cours de cinq hospitalisations différentes.

L'équipe du PACT a quitté l'hôpital pour s'installer dans un immeuble du centre-ville pendant une période de quatorze mois. Elle y était disponible tous les jours de la semaine et 24 heures par jour. Après une évaluation des forces et des déficits des personnes suivies, elle soutenait et éduquait les participants et participantes pour qu'ils acquièrent les habiletés nécessaires dans la vie quotidienne, répondait aux demandes du voisinage et des proches, soutenait les personnes dans leur recherche d'emploi et assurait un suivi médical et des médicaments. Les membres de l'équipe visitaient ainsi les participants et participantes à domicile et faisaient des tournées dans les lieux qu'ils fréquentaient. La pratique professionnelle s'en est trouvée changée : d'après une étude ultérieure, 76 % du temps de travail est passé dans la communauté plutôt que dans un bureau (Test, 1992). De plus, contrairement à la pratique courante, l'équipe du PACT a adopté une approche proactive, par exemple en recherchant les personnes qui ne se présentaient pas à leurs rendez-vous.

Pendant ce programme, le groupe expérimental a connu une réduction très importante des hospitalisations sans recours accru au système pénal : alors que 58 % du groupe C a été réadmis au moins une fois à l'hôpital, c'était le cas de seulement 6 % du groupe E. De nombreux effets positifs étaient particuliers au PACT : augmentation du temps passé en emploi, des revenus d'emploi et des contacts avec des personnes de confiance, amélioration significative de l'observance de la prescription médicamenteuse, de l'estime de soi et de la satisfaction par rapport à la vie, baisse des symptômes psychiatriques.

2. Au départ, le programme s'appelait Training in Community Living (TCL).

Tous ces gains (sauf pour le revenu d'emploi et la participation à des groupes sociaux) ont disparu un an après la fin du PACT. En effet, la situation du groupe E était redevenue comparable à celle du groupe C, ce qui a fait dire à Stein et Test :

« The strategies of cure, preparing people for life after treatment, are not effective with patients suffering from chronic or lifelong illness. The TCL research suggests that the appropriate strategy accepts the reality that we do not know how to prevent or cure chronic mental illness but that the techniques developed in this program allow the disorder to be managed fairly well (Stein et Test, 1985). »

Ce résultat est l'un des plus significatifs de leurs études car, outre l'efficacité du PACT, on y a mis en évidence l'importance d'assurer l'accès continu au soutien, ce qui est maintenant considéré comme essentiel. En outre, l'étude de l'effet sur la communauté³ n'a pu montrer que la fréquence des gestes suicidaires et l'utilisation des salles d'urgence étaient moindres pour le groupe expérimental. Le taux d'arrestation pour des offenses mineures ou majeures ne montrait aucune différence significative entre les deux groupes, un résultat étonnant compte tenu de l'exposition plus grande à cette éventualité pour les personnes vivant dans la communauté.

Par la suite, de nombreuses autres études ont montré les effets positifs du suivi intensif avec des résultats toutefois plus pondérés pour certaines variables. On trouvera dans le tableau qui suit une synthèse qui mentionne les études pour lesquelles le suivi intensif s'est révélé supérieur, identique ou moins efficace en comparaison des autres services, le plus souvent l'hospitalisation suivie de consultations externes. Les études ayant une durée d'observation trop courte (moins d'un an, en général de trois à six mois), celles qui sont difficilement accessibles, car non publiées dans les revues scientifiques, celles dans lesquelles on ne trouve aucun groupe de comparaison et celles qui font état de résultats intermédiaires n'ont pas été retenues. Ce choix a exclu une douzaine d'études.

Des études ont été faites dans des systèmes de santé différents de la première expérimentation et très semblables à celui du Québec : l'étude de Houlton (Houlton et al., 1983) en Australie, celle de Lafave (Lafave, De Souza et Gerber, 1996) en Ontario et celle de Marks (Marks *et al.*, 1994) en Angleterre. Parmi la dizaine d'études retenues, certaines ont de très petits échantillons, en particulier celles de Lafave, une évaluation de Bond (Bond *et al.*, 1991) (effectuée auprès de gens ayant des problèmes de toxicomanie en plus des troubles mentaux graves) et enfin, l'évaluation de Jerrel et Hu (Jerrel et Hu, 1989). Une autre étude conduite par Bond (Bond *et al.*, 1990) a un taux d'attrition élevé, probablement parce qu'on y suivait des personnes itinérantes.

3. On a aussi analysé le fardeau des familles, mais le nombre de répondants et de répondantes ne permet pas de se fier aux résultats.

On peut constater que jamais, sauf pour les symptômes psychiatriques dans l'étude de Jerrel (1995) les groupes de comparaison n'ont obtenu des résultats supérieurs au suivi intensif. En règle générale, les résultats du suivi intensif sont soit supérieurs, soit semblables à ceux des groupes comparés ou montrent des différences non significatives sur le plan statistique. Cette conclusion est d'autant plus importante que les évaluations ont été faites dans des contextes très variés et avec des populations aussi variées.

Tableau 1
Résultats du suivi intensif dans la communauté en comparaison avec les autres programmes dans les études évaluatives

VARIABLES	SUIVI INTENSIF SUPÉRIEUR AU GROUPE DE COMPARAISON	GROUPE DE COMPARAISON SUPÉRIEUR AU SUIVI INTENSIF	AUCUNE DIFFÉRENCE OU DIFFÉRENCE NON SIGNIFICATIVE
Qualité de vie	Stein (1980) Test (1980) Lafave, De Souza et Gerber (1996)		Bond <i>et al.</i> (1990) Jerrel et Hu (1989)
Symptômes psychiatriques	Stein (1980) Test (1980) Hoult <i>et al.</i> (1983) Morse <i>et al.</i> (1997)	Jerrel (1995)	Jerrel et Hu (1989) Marks <i>et al.</i> (1994) Lafave, De Souza et Gerber (1996)
État mental général	Marks <i>et al.</i> (1994)		Bond <i>et al.</i> (1990) Jerrel et Hu (1989)
Fonctionnement social	Stein (1980) Test (1980)		Jerrel (1995) Marks <i>et al.</i> (1994) Jerrel et Hu (1989)
Fonctionnement occupationnel	Stein (1980) Test (1980)		Hoult <i>et al.</i> (1983) Bond <i>et al.</i> (1991)
Satisfaction des usagers et usagères	Hoult <i>et al.</i> (1983) Bond <i>et al.</i> (1990) Marks <i>et al.</i> (1994) Morse <i>et al.</i> (1997)		Bond <i>et al.</i> (1991)
Satisfaction de la famille	Lafave, De Souza et Gerber (1996) Hoult <i>et al.</i> (1983) Marks <i>et al.</i> (1994)		
Hospitalisation	Stein (1980) Test (1980) Bond <i>et al.</i> (1990) Hoult <i>et al.</i> (1983) Test (1992) Marks <i>et al.</i> (1994)		Bond <i>et al.</i> (1991)
Jours d'hospitalisation	Hoult <i>et al.</i> (1983) Bond <i>et al.</i> (1990) Test (1992) Marks <i>et al.</i> (1994)		Bond <i>et al.</i> (1991)

VARIABLES	SUIVI INTENSIF SUPÉRIEUR AU GROUPE DE COMPARAISON	GROUPE DE COMPARAISON SUPÉRIEUR AU SUIVI INTENSIF	AUCUNE DIFFÉRENCE OU DIFFÉRENCE NON SIGNIFICATIVE
Contacts avec le système judiciaire	Bond <i>et al.</i> (1990)		Stein (1980) Test (1980) Hoult (1983) Bond <i>et al.</i> (1991)
Suicides	Stein (1980) Test (1980)		Hoult <i>et al.</i> (1983) Marks <i>et al.</i> (1994)
Stabilité résidentielle	Bond <i>et al.</i> (1990) Test (1992) Lafave, De Souza et Gerber (1996) Morse <i>et al.</i> (1997)		

Adapté de M. Olfson, 1990.

Dans toutes les études, sauf celle de Bond (Bond *et al.*, 1991), effectuées auprès des toxicomanes, le nombre et la durée des hospitalisations sont réduites avec le suivi intensif. Toutefois, comme on l'a déjà souligné, cette baisse peut difficilement être considérée comme un effet naturel, puisque les équipes de suivi intensif provenaient de l'hôpital et conservaient un certain rôle relativement à l'admission. Cela est d'ailleurs souligné dans l'évaluation anglaise où l'écart entre le suivi intensif et le groupe de comparaison a rapidement diminué lorsque le groupe expérimental a perdu tout contrôle sur la décision d'hospitaliser. Cette étude a aussi montré que la durée d'hospitalisation peut être plus facilement diminuée que le nombre des hospitalisations, la presque totalité des usagers et usagères ayant dû séjourner à l'hôpital (Marks *et al.*, 1994 : 188).

Dans les études où elle a été mesurée, la satisfaction des usagers et usagères, de même que celle des proches, est plus grande avec le suivi intensif que dans les modèles de services plus traditionnels. Il en est de même du maintien dans un logement autonome.

Contrairement aux premières études de Test et Stein, les résultats concernant les autres variables sont moins clairement positifs. En effet, les effets sur les symptômes psychiatriques semblent identiques dans les évaluations récentes et même moins intéressants que dans les autres programmes dans l'étude de Jerrel (1995). Dans ce dernier cas, la comparaison a été faite avec de la gestion de cas en courtage et avec des services cliniques moins intensifs. Le rendement moindre du suivi intensif relativement aux symptômes psychiatriques est difficile à expliquer; il pourrait être lié à une plus grande conscience de ces symptômes, selon l'auteure de l'étude.

D'autre part, Jerrel et Hu (1989) ont obtenu des résultats positifs pour le suivi intensif pour toutes les périodes étudiées antérieures à deux ans mais pas aux dernières périodes, ce qui est surprenant et demeure inexpliqué. Cependant, le très petit nombre de personnes suivies nuit à la généralisation des résultats. De plus, et cela est le cas pour nombre d'études récentes, les groupes de comparaison bénéficiaient de services se rapprochant du suivi intensif tandis que le

groupe du suivi intensif ne reçoit pas toujours les services offerts dans la première expérience. Aucun écart significatif ne semble favoriser le suivi intensif pour ce qui est du suicide, du fonctionnement social et occupationnel, contrairement à ce que montrait les premières études de Test et Stein (1980).

Par ailleurs, pour le groupe de personnes ayant des problèmes de toxicomanie, surtout d'alcoolisme, suivi par Bond (Bond *et al.*, 1991), on n'a pu déceler d'avantage comparatif du suivi intensif sauf celui d'une plus grande fidélité aux activités de traitement. Cela pourrait être le cas de différentes populations, de sorte qu'on devrait chercher à préciser celles qui bénéficient le plus du suivi ainsi que les modalités les plus intéressantes.

L'étude de McFarlane (McFarlane *et al.*, 1996) ne figure pas au tableau, car elle compare deux variantes du suivi intensif, dont l'une consiste en une action précise auprès des familles. Cette variante a favorisé une meilleure intégration sociale de la clientèle.

• **Les coûts du suivi intensif dans la communauté**

Très peu d'évaluations présentent des données concernant les coûts et, parmi celles qui le font, un nombre infime seulement respectent certaines règles de base en économique. Une faiblesse des plus courantes est la non-exhaustivité du calcul des coûts; on comprendra aisément qu'un calcul partiel peut facilement montrer une baisse des dépenses alors qu'en réalité, on a simplement transféré les dépenses sur le compte d'autres agents payeurs. Parmi les études citées plus haut, seuls Weisbrod (1983 et Weisbrod, Test et Stein, 1980) pour l'évaluation économique de l'étude de Test et Stein (1980), et Knapp (Knapp *et al.*, 1994), rattaché à l'équipe anglaise de suivi intensif (Marks, *et al.*, 1994), ont respecté un cadre méthodologique rigoureux.

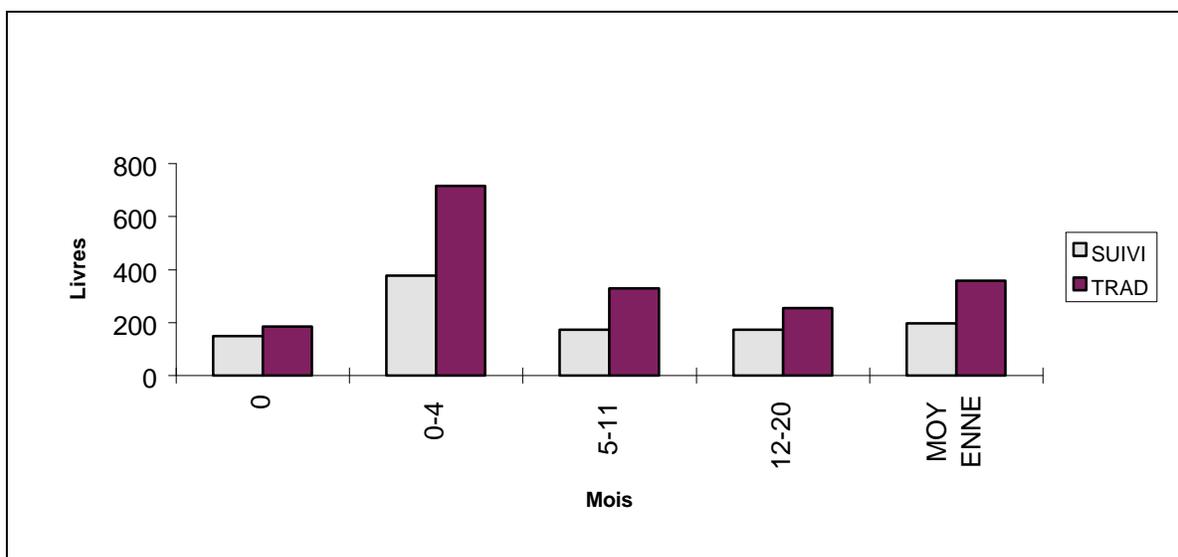
Dans ces deux études, le suivi intensif se révèle un programme onéreux, mais efficient comparativement aux services traditionnels. En effet, l'ensemble des coûts des services offerts aux personnes ayant des troubles graves et persistants demeure élevé, quel que soit le lieu d'intervention. Weisbrod a estimé ces coûts à 7 200 \$ par an par personne suivie par le PACT en 1980, dont seulement une proportion de 50 à 60 % peut être associée directement au traitement. Les dépenses liées au PACT étaient de 797 \$ plus élevées, mais les bénéfices nettement supérieurs à ceux du groupe contrôle. En particulier, les revenus de travail (que l'on peut traduire plus facilement en valeurs monétaires) étaient de 1 196 \$ de plus. En considération à la fois des coûts et des bénéfices, le suivi intensif présentait un avantage net d'environ 400 \$ à la fin de la première année. Dans les travaux ultérieurs, l'effet bénéfique du suivi intensif sur l'emploi s'est révélé plus petit, car on y a mieux contrôlé les écarts entre les caractéristiques de départ des groupes (Weisbrod, 1983).

Au contraire de ces résultats, l'étude anglaise de Knapp (Knapp *et al.*, 1994) montre des dépenses totales moindres dans le suivi intensif que dans un modèle traditionnel, la différence

provenant exclusivement des coûts de l'hospitalisation. On sait que le système de soins anglais est moins onéreux que celui en place aux États-Unis, mais un résultat contraire demeure difficile à expliquer. De plus, on n'a vu aucune différence significative sur l'emploi (et donc sur les revenus d'emploi) dans l'évaluation anglaise; dans ce cas, on semble toutefois avoir déployé un effort moins intense pour l'intégration au travail de la clientèle.

Quel que soit le type d'intervention, les coûts se montrent plus élevés au début de l'intervention que dans les mois qui suivent comme l'illustre la figure 1. Ainsi, les dépenses atteignent un pic au début et se stabilisent par la suite. Cette évolution des dépenses dans le temps est confirmée dans les deux études économiques tout comme l'est la redistribution des dépenses entre agents payeurs. En effet, le suivi intensif n'a pas augmenté le fardeau monétaire des personnes suivies et de leur famille; les dépenses privées ont au contraire subi une réduction dans l'étude de Weisbrod (1983). Les dépenses peuvent cependant se distribuer autrement entre les payeurs publics.

Figure 1
Coût du suivi communautaire et du système traditionnel dans l'étude anglaise



Source : Knapp, 1994.

Enfin, les dépenses sont très concentrées dans un petit nombre de personnes et sont variables selon les populations. Ainsi, 16 % seulement des personnes du groupe de suivi intensif de l'étude de Knapp (Knapp *et al.*, 1994) montraient des dépenses plus grandes que celles du groupe contrôle après la première année tandis que plus de la moitié du groupe contrôle affichait des coûts moindres. Dans l'étude de Weisbrod (1983), les avantages nets sont beaucoup plus importants pour les personnes souffrant de schizophrénie et de psychose que pour celles qui ont des diagnostics de troubles de la personnalité.

- **Faits saillants**

Bien qu'il soit difficile de comparer entre eux les effets respectifs de chaque modèle de gestion de cas, la recherche évaluative nous indique clairement des voies à suivre et des écueils à éviter. Les modèles que nous avons revus ont tous des effets positifs, sauf le modèle de courtage centré sur l'évaluation et la coordination des services. Le lien privilégié entretenu entre les intervenants et intervenantes et les usagers et usagères paraît être un facteur de succès de ces programmes. Les effets positifs sur la santé et la capacité fonctionnelle des personnes prennent un certain temps avant de se concrétiser : un an et parfois même deux.

Le suivi intensif dans la communauté ressort clairement comme une façon efficace d'offrir du soutien aux personnes ayant des problèmes mentaux graves et persistants. Dans les nombreuses études faites dans différents pays et pour des populations variées, aucun système de service ne s'est révélé supérieur à ce type d'intervention. Toutefois, ce programme ne convient pas nécessairement à tous les groupes présentant des problèmes graves; il semble moins efficace, par exemple, pour les personnes qui sont à la fois alcooliques et atteintes d'un trouble mental. De plus, ce programme étant exigeant en ressources, les modalités de sortie et de retour sont importantes dans un contexte où l'on a démontré la nécessité d'un accès continu au soutien.

Dans les études recensées, seul le suivi intensif a montré un effet significatif sur l'utilisation des services hospitaliers et, en ce sens, il peut constituer une solution de rechange à l'hospitalisation. Cependant, la baisse des hospitalisations ne suit pas automatiquement la mise en place de ce service mais résulte plutôt d'un certain contrôle sur les admissions et le traitement. Le suivi intensif a réduit la durée et le nombre des séjours hospitaliers, la durée d'hospitalisation étant une variable plus facile à modifier que la fréquence d'admission. Les coûts du suivi intensif se révèlent élevés, mais demeurent moindres que ceux engendrés par le modèle actuel de services.

■ **La mise en place d'autorités locales en santé mentale : le programme de la fondation Robert Wood Johnson (FRWJ)**

• ***Le projet de la FRWJ***

La fondation Robert Wood Johnson (FRWJ) est le bras philanthropique de la compagnie Johnson & Johnson. En collaboration avec le ministère américain du logement et du développement urbain, la fondation a réalisé un projet d'instauration d'autorités locales de santé mentale (Local Mental Health Authority) ayant la responsabilité financière et administrative d'offrir des services et de les coordonner. Ce type d'organisation a aussi été proposé par un comité expert canadien sur l'organisation des services (Wasylenki *et al.*, 1994).

Le projet de la FRWJ porte essentiellement sur une intervention dans le système de services et est basé sur une coordination à deux niveaux : au niveau individuel, auprès des usagers et usagères avec une gestion de cas suivant le modèle de courtage, et au niveau de l'organisation avec l'établissement d'autorités locales.

Toute ville américaine comptant au moins 250 000 personnes et ayant l'accord de tous les acteurs impliqués (soit l'État, le comté et les instances locales, les responsables des programmes de santé mentale, les prestataires de soins ainsi que des représentants des usagers et usagères) pouvait être choisie pour participer à l'expérience. Le succès du projet auprès des villes a été très important, car sur 60 villes admissibles, 56 ont posé leur candidature. Les villes choisies l'ont été pour leur diversité; il s'agit de Toledo, Columbus et Cincinnati (toutes trois en Ohio), de Charlotte, Austin, Denver, Baltimore, Honolulu et Philadelphie.

Ces villes ont pu se partager des subventions d'une valeur de 29 millions de dollars pour les cinq années du projet, ont obtenu des prêts de un million à taux d'intérêts préférentiels et des subventions au logement d'une valeur de 75 à 80 millions. De plus, pour l'implantation, chaque ville participante était soutenue et conseillée par une équipe technique rattachée à l'Université Harvard.

De leur côté, les villes participantes se sont engagées à créer ou à renforcer les autorités locales en santé mentale pour les rendre aptes à assumer la mise en place, la coordination et la fourniture de services pour les personnes ayant des troubles graves et persistants. Plus précisément, elles devaient : assurer la continuité des soins en désignant une personne ou une équipe responsable de la gestion de cas; créer un environnement financier où l'argent suit la personne; fournir une variété d'options de logement et améliorer les programmes de réadaptation. Le projet a été réalisé de 1987 à 1991, incluant deux années de planification (1987 et 1988) et une évaluation d'envergure. Les évaluations des effets de l'aide apportée par la FRWJ ont été faites par des équipes variées, chacune utilisant sa méthodologie propre.

- **Les changements provoqués dans le système de santé mentale**

Les formes d'organisation des autorités locales ont été diverses (voir tableau 2), allant de la corporation sans but lucratif au conseil élu d'un comté (Goldman *et al.*, 1990 et 1992). En général, on a recherché les organisations fournissant une plus grande flexibilité du personnel et des procédures d'approvisionnement que les agences gouvernementales. Lorsque de telles organisations avaient déjà un rôle similaire à celui des autorités locales, les villes ont ajouté des fonctions cliniques ou administratives à ces organisations; certaines ont créé des programmes spécialisés (services de longue durée, services de gestion de cas pour les itinérants) et des fonctions administratives (mesures financières incitatives et autres).

Morrissey et ses collaborateurs (Morrissey *et al.*, 1994) ont vérifié l'étendue du changement dans les villes en les comparant entre elles et avec une ville n'ayant pas participé au projet, Colorado Springs. Ils ont étudié la coordination et le leadership exercés par les autorités locales ainsi que les relations entre les différentes composantes du système de services de chaque ville. Pour ce faire, ils ont utilisé les rapports trimestriels soumis par les sites, les observations faites au cours de visites (trois par site soit une par dix-huit mois) et ont procédé à des entrevues avec le personnel des autorités locales de santé mentale et du réseau de services communautaires.

En général, le projet a permis d'améliorer le rendement des autorités locales, sauf exception, malgré l'investissement relativement faible et la courte période d'observation réservée à l'étude, soit deux ans. Toutefois, le rendement n'est en général pas très important : sur une échelle dont le maximum est de 5, les informateurs-clés interrogés le situent toujours sous la barre de 4 et le plus souvent autour de 3. Le rendement mesuré rend compte de l'utilité perçue, du leadership des autorités locales, de la coordination et des interactions entre les agences du réseau de services. Les villes où l'amélioration est la plus importante sont celles où il n'y avait pas d'organisme responsable de la santé mentale avant le projet de la FRWJ alors que, dans les autres, les changements ont été moins spectaculaires.

Cependant, la création et le renforcement des autorités locales n'ont pas donné lieu à une augmentation ou à une réorganisation systématique des services dans la communauté. Les services en trop faible quantité le sont demeurés. Il est possible que la durée du projet ait été trop courte (5 ans) pour permettre aux villes les plus peuplées de procéder à de véritables changements. De plus, les autorités locales n'ont pu exercer de contrôle véritable sur une bonne partie des ressources, surtout les hôpitaux qui dépendent du financement fédéral et de l'État. Les sites où l'on trouve la plus forte décentralisation des services n'ont pas changé autant que les autres, ce qui met en lumière l'existence d'un *trade-off* entre la décentralisation et l'intégration des services. Bien entendu, il est plus facile de fournir des services qui soient intégrés lorsque le nombre de dispensateurs est restreint.

Tableau 2
Autorités locales dans le projet de la FRWJ

VILLES	AVANT LE PROGRAMME	PENDANT LE PROGRAMME	PARTICULARITÉS
Austin (Texas)	Centre de santé mentale communautaire quasipublic; Offre les services directement.	Pas de changement.	Mesures financières incitatives pour réduire l'hospitalisation.
Baltimore	Département de santé de la ville; achat de services.	Corporation privée sans but lucratif; achat de services.	Gestion de cas spécialisée.
Charlotte (Caroline du Nord)	Conseil de commissaires du comté.	Retour au conseil de comté après un transfert aux responsables de l'hôpital; offre les services directement.	Section soins prolongés; gestion de cas.
Cincinnati (Ohio)	Conseil de santé mentale du comté; achat de services.	Pas de changement.	Gestion de cas dans tout le comté; gestion intégrée des services; redistribution des ressources de l'État.
Columbus (Ohio)	Conseil de santé mentale du comté; achat de services.	Conseil de santé mentale du comté avec nouvelle unité de soins de longue durée; achat de services.	Équipes de traitement dans l'ensemble du comté; spécialisation des centres communautaires de santé mentale; redistribution des ressources de l'État.
Denver	Aucune organisation locale, dépend de l'État; achat de services.	Corporation privée à but non lucratif; achat de services.	Gestion de cas dans l'ensemble de la ville; plafond de journées d'hospitalisation.
Honolulu	Aucune organisation locale, dépend de l'État; achat de services.	Comité du département d'État; achat de services.	Plafond de journées d'hospitalisation.
Philadelphie	Bureau de la santé et du retard mental de la ville; achat de services.	Nouvelle corporation privée à but non lucratif et Bureau de la santé et du retard mental de la ville; achat de services.	Capitation pour les prestataires de Medicaid; fermeture de l'hôpital psychiatrique et redistribution des ressources.
Toledo (Ohio)	Conseil de santé mentale du comté; achat de services.	Conseil de santé mentale du comté avec nouvelle unité de longue durée; achat de services.	Redistribution des ressources de l'État .

Source : GOLDMAN *et al.*, 1990 : 1224; 1992 : 57.

- **La décentralisation fiscale**

S'appuyant sur l'hypothèse que les soins sont mieux gérés localement, on a tenté de déplacer tous les revenus et les dépenses dans une seule organisation locale. Cela évite, de plus, les transferts de coûts, la duplication administrative et les frais de transaction. Cependant, le rôle exercé par l'État diminue alors; ce niveau de gouvernement contrôle aux États-Unis les deux tiers des revenus des Community Mental Health Centers. L'État doit donc choisir les mécanismes réglementaires et de financement permettant aux localités de fournir des services et, du même souffle, d'en assurer la pertinence et l'efficacité pour la population.

Frank et Gaynor (1994) ont examiné les mesures incitatives mises en place et la redistribution fiscale dans deux États où des villes ont participé au projet de la FRWJ : l'Ohio et le Texas. En Ohio, une taxe foncière peut être prélevée dans chaque comté et dédiée au financement exclusif des services de santé mentale. De plus, la subvention des centres hospitaliers a été réduite et l'argent transféré graduellement aux localités pendant une période de six ans. Le montant transféré a été fixé selon l'utilisation passée dans la section géographique de responsabilité du comté. Les autorités locales ont été tenues de payer le coût moyen d'hospitalisation pour chaque journée, en rapport avec la population de son territoire. Enfin, on a versé un bonus pour les personnes ayant des problèmes graves et chroniques (suivant des critères précis et homogènes pour tous les comtés), inscrites dans les programmes communautaires.

Les localités ont réagi rapidement à ces mesures incitatives, même si les montants transférés des hôpitaux étaient peu élevés dans les premières années (10 et 20 % au début, 40 et 60 % ensuite). Les journées d'hospitalisation ont baissé de 17,5 % dans les comtés ayant participé au programme et de 10,5 % chez les non-participants. De plus, les inscriptions aux programmes communautaires ont connu une forte augmentation par rapport à la population visée (19,4 % entre 1987 et 1988, soit la première année, et 34 % pendant les cinq premières années). Malheureusement, ces inscriptions n'ont pas été suivies d'offre de services d'une quantité minimale. En effet, 48 % avaient reçu moins que huit heures de services de santé mentale au cours de l'année et 23 %, moins de quatre heures en services médicaux. Les mesures incitatives ont donc eu un effet certain, mais contraire à celui recherché car les niveaux de soins ont été trop faibles.

Au Texas, chaque organisation locale s'est vu attribuer une somme de 35,50 \$ par journée d'hospitalisation se situant sous son utilisation antérieure, un montant ajusté par la suite afin de tenir compte des localités ayant des consommations économes. Aucune pénalité n'était prévue dans le cas d'une augmentation de l'hospitalisation et ce montant apparaît faible si on le compare aux coûts réels. Malgré cela, le nombre de journées d'hospitalisations *per capita* a diminué de 25 % dans les deux années qui ont suivi cette politique, soit deux fois le taux de diminution précédent. L'effet a cependant été variable entre les comtés et on remarque que la

consommation hospitalière n'a pas changé dans les comtés ayant une clinique financée par l'État.

La part des programmes de santé mentale financée par les localités a crû plus rapidement que celle financée par l'État. En Ohio, les dépenses locales *per capita* ont augmenté plus vite que l'ensemble des prix et que les dépenses assumées par l'État, intensifiant ainsi la pression fiscale locale. Cette croissance a été de deux fois supérieure dans les comtés aux revenus les plus faibles. Ces derniers comtés utilisant plus les ressources hospitalières, les transferts ont pu signifier une redistribution entre les classes de revenu. Au Texas, la part financée localement est nettement inférieure à celle de l'Ohio et a connu de grandes variations annuelles des dépenses dans les communautés. Le Texas a une moins grande capacité de financement local.

L'innovation locale peut difficilement se réaliser sans le soutien actif de l'État. Dans le projet de la FRWJ, le transfert des budgets des centres hospitaliers psychiatriques et les modifications à Medicaid qui devaient assurer les fonds nécessaires à la gestion de cas n'ont pas atteint les niveaux prévus au début du projet (Goldman *et al.*, 1992). C'est pourquoi les auteurs concluent que le transfert de la responsabilité vers les paliers locaux de gouvernement peut n'être qu'un simple transfert de coûts. Cela peut avoir des conséquences locales importantes, car les dépenses de santé mentale représentent une proportion plus large du budget des villes et leur capacité de taxer est plus limitée que celle des paliers supérieurs de gouvernement. Les villes réagissent aux mesures incitatives financières, mais leur réaction n'est pas toujours conforme aux buts poursuivis. Lorsqu'elles accroissent leur effort fiscal, l'État doit prendre en compte les écarts de revenus entre les localités. Aux États-Unis, il semble que l'inégalité ait augmenté plutôt que diminué.

- **Continuité des soins et effets sur les usagers et usagères**

Est-ce que la santé et la continuité des soins se sont améliorées dans les sites de démonstration ? Pour répondre à cette question, Lehman (Lehman *et al.*, 1994) a interrogé deux cohortes dans quatre villes différentes, deux mois et un an après une hospitalisation. Ces cohortes ont été choisies parmi les sous-groupes les plus susceptibles d'être affectés par le projet, soit les personnes ayant séjourné dans une unité de soins intensifs. La première cohorte a été choisie à un moment où le projet n'était pas totalement mis en place et la seconde, à mi-temps. L'hypothèse testée est, bien évidemment, que la seconde cohorte sera dans une meilleure situation que la première.

Les personnes interrogées souffraient en majorité de schizophrénie (63 %), avaient été hospitalisées en moyenne cinquante jours et un peu plus de deux fois l'année précédente. On n'a pu déceler aucune différence significative d'âge (autour de 35 ans), de sexe, de diagnostic ou de race entre les cohortes et les variables confondantes (dont le lieu) ont été contrôlées. La présence d'un gestionnaire de cas et le changement de gestionnaire sont les variables qui ont

servi à mesurer la continuité des soins. De plus, on a évalué les besoins de services et la réponse donnée ainsi que l'utilité perçue des services, la satisfaction par rapport à la vie et au logement, les nuits passées à l'hôpital chaque mois, les symptômes psychiatriques et le niveau de fonctionnement.

Deux mois après la sortie de l'hôpital, le nombre de personnes ayant un gestionnaire de cas a augmenté, mais aucune différence significative n'existe entre les cohortes après un an. On note moins de changements de gestionnaire après un an pour la deuxième cohorte, mais cette différence n'est significative que dans deux sites sur quatre. Aucune des autres variables examinées n'a montré de différences significatives, à l'exception des symptômes psychiatriques. Or, contrairement à l'hypothèse de départ, ces symptômes étaient moins graves dans la première cohorte que dans la deuxième.

Ces résultats ne peuvent s'expliquer par l'inexpérience ou le manque de formation des gestionnaires de cas embauchés (Ridgeley *et al.*, 1996 : 741). Certes, le nombre de gestionnaires de cas et, à un degré moindre, leur stabilité ont été relevés avec l'implantation du projet FRWJ; les changements les plus notables concerneraient la période suivant immédiatement l'hospitalisation (précisément, les deux mois qui suivent le séjour à l'hôpital). Toutefois, l'absence d'effets mesurables sur la santé et la qualité de la vie et, plus encore, la possibilité d'effets négatifs impliquent que la variété et la qualité des services qui sont coordonnés ont un rôle central. Dans les villes choisies pour le projet de la FRWJ, la gestion de cas représente le principal service offert, et on a suivi le modèle du courtage la plupart du temps. On a vu que la seule coordination est inefficace à modifier les résultats obtenus auprès des usagers et usagères. Les programmes qui sont coordonnés doivent aussi être suffisants et d'une bonne qualité.

- ***L'accès au logement***

Selon la philosophie des projets de la FRWJ, les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants devraient avoir la possibilité de vivre de la façon la plus normale possible dans des logements sécuritaires, abordables, décents et n'offrant pas nécessairement de services particuliers sur place. Les services nécessaires devraient être disponibles sans égard au lieu de résidence, contrairement à une approche où l'offre des services est liée à l'hébergement dans un établissement et où les gens déménagent dans différents lieux selon leurs besoins de services. La FRWJ a ainsi adopté les orientations des programmes de soutien au logement définies au Vermont (Curtis, Tanzman et McCabe, 1996).

Dans le programme de la Fondation, le ministère du Logement et du Développement urbain a réservé à la population ayant des troubles mentaux graves une subvention qui est offerte plus généralement aux gens disposant de revenus faibles. Cette subvention réduit le coût du logement à un maximum de 30 % du revenu. Pour obtenir cette subvention, le loyer doit être inférieur ou égal au prix du marché et le logement doit répondre à des normes de qualité. Pour

verser cette subvention, les gestionnaires de cas ont fait une première sélection et identifient les personnes considérées comme aptes à vivre de façon autonome, en excluant toutes celles ayant un comportement violent ou destructeur. Aucun avantage particulier n'est accordé aux personnes choisies pour ce qui est de l'obtention d'autres services.

Dans l'évaluation menée par Newman (Newman *et al.*, 1994), on a mesuré l'effet de ce programme sur l'hospitalisation, la stabilité du lieu de résidence et les besoins de services pendant trois ans chez trois cents personnes y ayant participé. L'effet le plus important a été d'encourager l'indépendance. En effet, on a pu remarquer une baisse radicale de la proportion des personnes pour lesquelles la supervision ou d'autres services étaient offerts dans leurs lieux d'hébergement. De plus, une grande partie de celles qui recevaient la subvention ont choisi de vivre seules, surtout celles qui partageaient un logement avec des personnes non apparentées. Cela confirme les résultats des enquêtes montrant que les gens ayant des troubles mentaux graves n'apprécient pas particulièrement la vie en foyer de groupes et préfèrent vivre seuls ou avec leur famille (Tanzman, 1993).

De plus, la stabilité du lieu de résidence était plus grande, bien que la très grande majorité des bénéficiaires (90 %) aient déménagé au cours d'une période d'observation de dix-huit mois, contrairement aux groupes subventionnés ne souffrant pas de troubles mentaux où 30 à 40 % restent généralement au même endroit. Les effets sur l'hospitalisation n'ont pas été significatifs pendant ces dix-huit mois, mais il semble que la durée des séjours hospitaliers ait diminué après cette période. La faiblesse de cette étude provient de ce qu'on n'a pas suivi de la même manière un groupe de comparaison. Cependant, on a vérifié l'hébergement d'une population semblable, mais n'ayant pas participé au programme. Au cours de la même période de trois ans, les conditions de logement de ce groupe s'étaient détériorées contrairement à celles des personnes suivies.

- **Faits saillants**

Avec un soutien technique et un apport modeste de fonds, des organisations locales responsables de populations atteintes de troubles mentaux chroniques se sont constituées sous des formes variant selon les conditions locales. Avec ces autorités locales de santé mentale, le réseau des services s'est consolidé et le leadership s'est affirmé. Toutefois, les améliorations sont modestes et plus rapides dans les sites où de telles autorités n'existaient pas avant l'expérience. Généralement, la mise en place a été plus longue que prévu, cinq ans paraissant une période relativement courte pour effectuer les changements envisagés. Dans certains lieux, les problèmes financiers ont retardé l'implantation. Les ressources en déficit au début du projet le sont demeurées par la suite.

L'intégration des services par l'instauration d'autorités locales ne semble pas suffire; les ressources adéquates en quantité et en qualité sont nécessaires, en particulier lorsque la création de services dépend d'un palier décisionnel et administratif local. Les localités

américaines ne disposent, en effet, que de très peu de sources autonomes et stables de financement et, sauf exception, ce financement provient surtout des paliers supérieurs du gouvernement fédéral et de l'État.

On a pu constater aussi que les responsables des programmes réagissent rapidement aux mesures incitatives financières mais, malheureusement, pas toujours dans le sens désiré. Les seuls transferts de fonds et mesures incitatives ne garantissent pas que des services adéquats seront mis en place dans les communautés. Dans plusieurs circonstances, ces transferts de responsabilités ont pris la forme de simples transferts de coûts des paliers supérieurs vers les paliers locaux.

La gestion de cas par courtage privilégiée au début des expériences a de nouveau montré de piètres résultats pour les usagers et usagères. Le programme de la FRWJ le plus apprécié a été son programme de logement, une initiative qui n'est pas directement liée aux soins de santé, relativement peu coûteuse, et qui a suscité des investissements nouveaux.

■ **Les conséquences de la fermeture d'hôpitaux psychiatriques en banlieue de Londres**

Dès les années 50, l'Angleterre décidait de la fermeture de ses hôpitaux psychiatriques dont la réputation avait été entachée à plusieurs reprises par la révélation de négligences et de mauvais traitements. Au début des années 80, 130 asiles fonctionnaient encore, 90 en 1995 et on prévoit en conserver une vingtaine au début du prochain millénaire. Parmi ces fermetures, on retrouve celle de deux grands hôpitaux de longue durée, Friern et Claybury, que les résidents et les résidentes devaient quitter graduellement sur une période de dix ans. En 1983, ces établissements dépendaient du North East Thames Regional Authority tout comme quatre autres hôpitaux psychiatriques répartis la région londonnienne. Les caractéristiques des sous-groupes de résidents et résidentes successivement déplacés, l'effet de ces transferts sur ces populations et les coûts des programmes communautaires ont fait l'objet d'importantes études évaluatives.

• ***Les réadmissions, la criminalité et l'itinérance un an après la sortie***

Dayson (1993) a révélé la trajectoire des 278 premières personnes qui ont quitté l'hôpital psychiatrique au cours de la première année qui a suivi leur départ.

Des personnes vivant désormais dans la communauté, 39 (14 %) ont été réadmis en centre hospitalier une ou plusieurs fois, la plupart souffrant d'une détérioration de leur état mental. Aucune association statistique n'a pu être faite entre ces réadmissions et le désir de quitter l'hôpital. La majorité sont retournées à leur logement, mais 4 sur 39 (10 %) ont déménagé dans un type de résidence offrant plus de services. Dayson note, en outre, qu'après deux ans, seize personnes ont été réhospitalisées sans retour prévu en milieu non institutionnel, ce qui indiquerait que, pour un petit groupe, le placement est difficile et les résidences disponibles ne semblent pas convenir. Comparativement à l'ensemble des personnes résidant toujours en institution, aucune différence n'a été notée dans le nombre de décès, en particulier par suicide.

Dans l'ensemble, 26 personnes sur 278, soit 9 %, ont eu des contacts avec l'appareil judiciaire. La plupart du temps, ces contacts ont été informels et, dans cinq cas, les ex-résidents et résidentes ont été des victimes. Neuf (3 %) ont agi comme agresseurs dans des méfaits d'une gravité variable. Par ailleurs, six personnes pourraient être devenues itinérantes, car on n'a pu les retracer. De ce nombre, quatre avaient été logées en chambre, un type de résidence paraissant peu approprié.

• ***La santé et la qualité de vie après cinq ans***

La première vague de départ de Claybury et de Friern a été constituée de personnes souffrant en très grande majorité (81 %) de schizophrénie. Le temps médian passé dans ces hôpitaux

était de 21 ans comparativement à 28 ans pour les gens restés à l'hôpital. Une première étude avait indiqué qu'un an après la sortie, on ne pouvait noter aucune modification significative de l'état clinique et du comportement social comparativement à un groupe semblable toujours à l'hôpital. Toutefois, l'attitude des ex-résidents et ex-résidentes dans un environnement moins restrictif était très positive et leur réseau social, plus riche. De plus, ce sous-groupe considérait la médication comme une aide moins importante que les gens toujours à l'hôpital (Knapp *et al.*, 1990 : 663).

Cinq ans après leur sortie, on a réévalué plus précisément leur état de santé, leur qualité de vie, leur réseau social, leur environnement et leurs habilités dans la vie quotidienne à l'aide d'une série d'indicateurs dont on a vérifié la fiabilité (Leff *et al.*, 1992). Il a été impossible de les comparer à un groupe contrôle puisque tous les résidents et résidentes avaient quitté l'hôpital psychiatrique. De la première vague de sorties, 114 personnes sur 161 ont été interrogées, les autres étant décédées (22, dont une seule de façon douteuse), ayant émigré (4), refusé de répondre (16) ou ont été impossibles à retracer (peut-être itinérantes)(5).

L'indice d'état psychiatrique (qui mesure les symptômes psychiatriques) montre une détérioration de l'état clinique après un an, mais une amélioration importante au cours des quatre années suivantes. Cette tendance est claire pour toutes les composantes (symptômes négatifs, langage, affect, symptômes neurologiques non définis, etc.), sauf pour une qui demeure constante : les hallucinations. Ce résultat indique qu'un environnement plus stimulant affecte positivement la santé mentale après un long délai, même chez des personnes ayant passé la majeure partie de leur vie dans un hôpital psychiatrique.

Aucun changement significatif n'a pu être observé dans le comportement social, à l'exception d'une hausse des problèmes d'anxiété au cours de la première année chez un petit groupe, hausse qui se résorbe par la suite. Le changement de milieu provoque un stress important et fort compréhensible si l'on songe au temps passé en institution.

Le degré de restriction dans le milieu de vie s'est grandement amoindri, passant d'une médiane de 24 au départ, à 9 la première année et à 7 la cinquième. Cette plus grande liberté est fort appréciée : alors que 75 % disaient vouloir quitter l'hôpital quand ils et elles y vivaient, 80 % désiraient continuer à vivre dans leur nouveau milieu un an après la sortie et 86 %, cinq ans après. En dépit des difficultés probables causées par cette nouvelle autonomie, le désir de vivre dans la communauté se maintient et se renforce. La taille du réseau social n'a pas changé, mais le nombre d'amis et d'amies augmente de façon significative dès la première année; le nombre des confidents ou confidentes ainsi que les contacts avec les commerçants et commerçantes du voisinage s'accroissent également après cette première année.

Cinq ans après la sortie de l'hôpital psychiatrique, environ 97 des 357 personnes suivies ont été réadmisées à un moment ou à un autre à l'hôpital, soit 27 % ou un pourcentage beaucoup moindre que ce que l'on a pu observer dans les études similaires aux États-Unis (Thornicroft,

Gooch et Dayson, 1992). De ce nombre, 31 personnes (9 %) y sont restées plus d'un an. De plus, un certain nombre n'ont pu s'adapter à la vie dans la communauté : environ 6 % étaient dans cette situation. Pour ces personnes, 18 places de longue durée par 100 000 personnes seraient nécessaires. Les facteurs de risque associés à la réhospitalisation sont : un niveau élevé de psychose, un diagnostic de psychose paranoïde, souffrir d'incontinence et être de sexe masculin. Par contre, la présence d'un réseau social important semble faciliter l'adaptation (Dayson, Gooch et Thornicroft, 1992).

- **Les coûts dans la communauté**

Dans leur étude sur les coûts, Knapp et ses collaborateurs (Knapp *et al.* 1990) ont estimé les coûts de l'ensemble des services dans la communauté selon leur niveau réel d'utilisation, les écarts associés aux caractéristiques des personnes transférées et les différences avec les dépenses d'hospitalisation. Leurs résultats ne sont pas toujours applicables directement à d'autres régions anglaises car le financement lié à la prise en charge des ex-patients et ex-patientes était plus généreux dans le cas de la fermeture de Claybury et de Friern qu'ailleurs.

L'estimation des coûts des services dans la communauté est basée sur la reconstitution rétrospective, un an après leur départ, de l'utilisation des services par 136 des 161 personnes constituant une première cohorte de sortie de l'hôpital. L'ensemble des dépenses comprend le logement, la nourriture, les frais de transport, l'utilisation de services professionnels (services éducatifs, médecine, psychiatrie, travail social, physiothérapie, thérapie occupationnelle, soins infirmiers, etc.) et hospitaliers de tout genre (consultations externes, hôpital de jour, hospitalisations), les services policiers et les injections. Le temps des bénévoles n'a pas été inclus car seulement quatre personnes ont pris contact avec eux, la plupart d'une manière irrégulière et peu intense. Les auteurs ne précisent pas si les familles ont aussi été mises à contribution et ne calculent pas les coûts afférents. Les prix en vigueur à Londres (salaires et coût du capital immobilier) ont servi de base de calcul à la fois pour les services dans la communauté et à l'hôpital, ce qui assure une uniformité dans l'analyse. Enfin, tous les coûts se rapportent à des individus, ce qui permet de comparer ultérieurement des groupes similaires.

En moyenne, les frais hebdomadaires dans la communauté s'élèvent à 270 livres et à l'hôpital, à 331. Toutefois, les coûts subissent de très grandes variations, allant d'un minimum de 47 (une personne partageant un logement d'une pièce) à un maximum de 568 livres (résidence de groupe avec personnel et soutien professionnel intense). Les trois quarts des coûts sont relatifs à des dépenses engagées dans la communauté pour l'hébergement et les activités de la vie quotidienne.

Dans la majorité des cas, le nouveau lieu de résidence est une maison achetée par le District Health Authority ou une organisation bénévole recevant le financement décrit plus haut. Un recensement des lieux de vie des sept premières cohortes ayant quitté l'hôpital montre que près

de 60 % logent dans les résidences d'au moins six personnes et ayant du personnel sur place. Seulement 15,7 % (92 des 584 personnes ayant quitté l'hôpital à cette époque) résidaient alors dans un logement indépendant n'offrant aucun service sur place (Hallam *et al.*, 1995 : 108). Dans les résidences avec services, le personnel travaille de jour, mais aussi de nuit quand les personnes ont plus d'incapacités; le rapport maximum personnel/clients est de 1:1 soit l'équivalent des unités hospitalières de courte durée (Leff, 1992 : 17).

L'ensemble des caractéristiques personnelles explique 38 % des écarts observés dans les coûts, ce qui implique qu'une évaluation individuelle détaillée à la sortie de l'hôpital peut servir à prédire plus du tiers des variations de coûts. Aucune des variables suivantes n'a un effet significatif sur les coûts dans la communauté : état matrimonial, origine ethnique, état de santé physique, diagnostic posé à l'entrée de l'hôpital, nombre de médicaments, hôpital d'origine et raison de l'admission. Par contre, certains effets ont été attribués à d'autres variables :

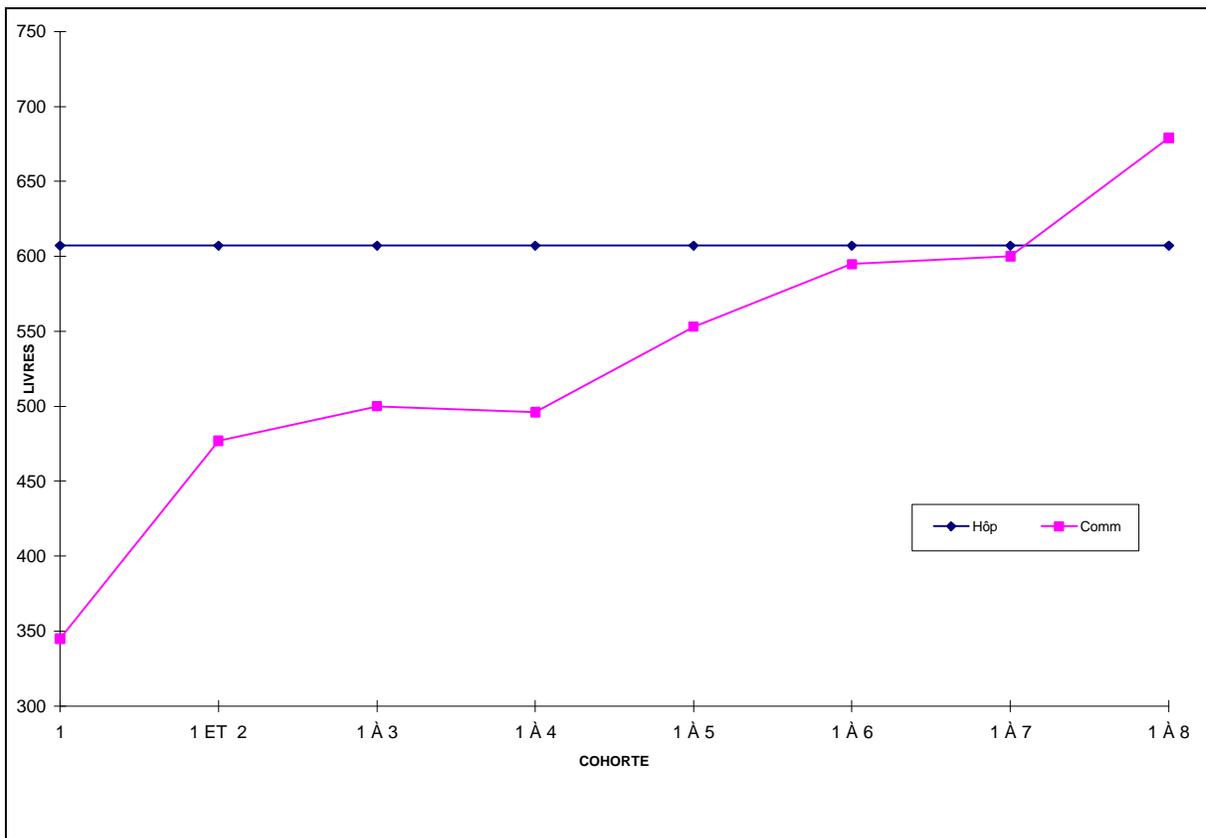
- le fait d'être un homme augmente les dépenses, les hommes se montrant moins aptes à prendre soin d'eux-mêmes;
- le fait d'être âgé diminue les coûts, les personnes âgées ayant moins d'activités de réadaptation;
- la proportion de la vie passée à l'hôpital influence positivement les dépenses tout comme la durée de séjour. Dans ce dernier cas cependant, l'accroissement des dépenses ne s'établit qu'après un séjour hospitalier d'au moins dix ans;
- des symptômes négatifs intenses, l'isolement social, la pauvreté du langage, les problèmes de comportement sont associés à des coûts plus élevés;
- des contacts sociaux nombreux diminuent les coûts.

Cette étude s'applique à la première cohorte un an après sa sortie. Les dépenses moyennes dans la communauté représentent un montant inférieur au budget de fonctionnement de l'hôpital. On a vu plus haut que l'état de santé mentale et le réseau social s'améliorent généralement entre la deuxième et la cinquième année. Ces tendances peuvent contribuer à alléger les dépenses à moyen terme, mais l'investissement dans les services communautaires au moment de la sortie reste important.

Chaque cohorte successive quittant l'hôpital était plus âgée, avait passé plus de temps à l'hôpital psychiatrique et affichait un plus grand nombre de problèmes de comportement en société en comparaison de la précédente. Leur déplacement est devenu plus difficile et les ressources exigées, plus importantes. Comme on le voit à la figure 2, les coûts moyens augmentent de plus en plus et dépassent même les dépenses engagées dans les hôpitaux voués à la fermeture (voir aussi Hallam *et al.*, 1995). Il faut signaler que les coûts hospitaliers moyens employés ici reflètent les coûts avant le départ des premières cohortes et non les dépenses moyennes réelles à l'hôpital au fur et à mesure que la population résidente a quitté. Ce résultat nous indique néanmoins que les ressources libérées par la fermeture de l'hôpital peuvent difficilement servir à l'établissement de services pour d'autres usagers et usagères.

L'utilisation des services par les gens déplacés s'est aussi modifiée, devenant beaucoup plus variée et dépendante de plusieurs sources de revenus. Ainsi, les individus eux-mêmes ont dû déboursier certains montants à partir, entre autres, de prestations de la sécurité sociale.

Figure 2
Coûts hebdomadaires moyens à l'hôpital et dans la communauté
par cohorte sortie de l'hôpital



Source : Beecham, 1996, données non publiées.

• ***Le déplacement des ressources de l'hôpital vers la communauté***

Le succès obtenu dans le North East Thames est largement dépendant de la planification serrée et du système de « dotation » appliqué dans cette région. Dans ce système, chaque organisme créant une place dans la communauté pour une résidente ou un résident de longue durée

recevait une somme équivalente aux coûts moyens de fonctionnement de l'hôpital de provenance pour autant que ce transfert corresponde à la fermeture d'un lit. En 1988, ce montant représentait 16 000 à 17 000 livres (32 à 34 000 \$CAN), soit un montant supérieur à la plupart des autres régions anglaises (Knapp *et al.*, 1990).

La dotation (ou *dowries*) a été introduite dans les années 70 pour plusieurs personnes hospitalisées pour des soins de longue durée. Elle vise le développement des services dans la communauté et permet un déplacement des ressources vers les autorités locales, les organismes bénévoles et même entre les autorités régionales dans la mesure où les organismes qui reçoivent la dotation acceptent la responsabilité de la distribution des services à la clientèle déplacée (voir Beecham et Knapp, 1990; Beecham et Lesage, 1997). Contrairement au Québec où les ressources demeurent en grande partie sous la responsabilité des établissements, la dotation permet de les déplacer en dehors des zones reconnues comme étant sous la responsabilité immédiate de l'hôpital et vers différents producteurs de soins, qu'il s'agisse d'organismes communautaires ou publics. Ce mécanisme assure la protection du budget de la santé mentale et un financement stable pour la création des services nécessaires dans la communauté. Il a cependant été critiqué car la dotation ne vise que les personnes déjà hospitalisées, laissant de côté les personnes ayant des besoins évidents mais vivant en dehors de ce circuit de services.

Cet arrangement financier n'aurait pu être efficace sans une politique de redéploiement de la main-d'œuvre ainsi qu'une planification des étapes à laquelle ont collaboré les hôpitaux devant fermer et les organisations devant recevoir les anciens résidents et résidentes de Friern et de Claybury. Ces établissements se sont engagés à créer de nouvelles places permanentes qui satisfassent les exigences cliniques de l'équipe soignante des hôpitaux. Les départs se sont effectués sur une période de dix ans et les responsables ont assuré aux établissements psychiatriques un revenu leur permettant d'offrir des services adéquats aux personnes encore en place. Pour cela, un financement concurrent a dû être accordé pour la mise en place de nouveaux services (surtout l'hébergement) avant la fermeture des hôpitaux; ces budgets de transition ont été utilisés au maximum (Beecham et Lesage, 1997 : 179). Après la fermeture, la vente du capital immobilier des hôpitaux psychiatriques devait permettre de recouvrer ces dépenses. On doit savoir que les fonds des hôpitaux ne peuvent être libérés en entier dès que les résidents et résidentes quittent. D'après les estimations faites dans une dizaine de régions, seulement 80 % du budget moyen d'un lit peut effectivement suivre la clientèle à moyen terme, et ce, dans la mesure où les gens qui restent à l'hôpital peuvent être regroupés, ce qui n'est pas toujours possible (Beecham et Knapp, 1990 : 3).

- **Faits saillants**

Les populations transférées de l'hôpital vers d'autres lieux de vie avaient passé en moyenne plus de vingt ans à l'hôpital. Malgré cette longue période, une fraction seulement (6 %) n'a pu s'adapter au changement de résidence. La plupart des personnes sorties de l'établissement ont

exprimé une plus grande satisfaction et ont développé un meilleur réseau social sans détérioration de leur état de santé mentale comparativement aux personnes encore hospitalisées. Aucun effet n'a pu être mesuré sur l'itinérance et la criminalité.

Pour les premières cohortes sorties, les coûts occasionnés par le nouveau mode de vie sont moindres qu'à l'hôpital. Une proportion importante de ces coûts peut d'ailleurs être prédite à partir de certaines variables individuelles. Au fur et à mesure que les personnes souffrant d'un niveau d'incapacité plus élevé quittent l'hôpital, le coût des services dans la communauté augmente et dépasse même le niveau moyen engagé auparavant à l'hôpital.

La qualité de vie dans la communauté des personnes qui résidaient à Friern et à Claybury a été garantie par un mécanisme financier particulier (un système de dotation ou *dowry*) qui permettait à l'argent de suivre les usagers et usagères où qu'ils ou qu'elles soient. La qualité de vie est aussi liée à la planification rigoureuse et à la responsabilité qu'ont dû accepter les régions et les organismes d'accueil par rapport aux soins et aux services à prodiguer aux gens déplacés.

■ Enseignements à tirer de la recherche évaluative pour le Québec

On trouve très peu de systèmes de santé répondant de façon satisfaisante aux difficultés que les personnes souffrant de troubles graves et persistants vivent dans leur milieu. Les programmes les meilleurs sont concentrés soit dans des régions, soit dans des segments du système de soins, mais sont rarement généralisés à l'échelle d'une province et encore moins d'un pays. À notre connaissance, le système de services qui s'en rapproche le plus au Canada est celui de la Colombie-Britannique, mais les réformes en cours pourraient modifier cette perception d'ici peu⁴.

Selon deux associations américaines regroupant des usagers, des usagères et leurs proches, les services offerts en Colombie-Britannique étaient, en effet, les meilleurs en Amérique du Nord au début de la décennie (Torrey, Bigelow et Saden-Dew, 1993). La Greater Vancouver Mental Health Society (ci-après GVMHS), une société à but non lucratif, dessert les populations de Vancouver et de Richmond, soit environ 600 000 personnes. Elle y joue le rôle d'une autorité locale responsable de tous les services offerts à la population de ce territoire, à l'exception de l'hospitalisation et des services médicaux. L'intervention vise la réadaptation et l'intégration sociale des personnes avec des troubles graves et persistants et s'effectue dans le milieu de vie des usagers et usagères (Beiser *et al.*, 1985; Bigelow Sladen-Dew et Russell, 1994). Si l'on se fie à cette expérience et à d'autres en cours, la réforme du système de santé mentale constitue un objectif réalisable.

Rappelons que le GVMHS a vu le jour dans les années 70 dans un contexte de pénurie de ressources de santé mentale et qu'elle a ainsi mis sur pied ses nouvelles équipes à partir de peu. Dans de nombreuses régions du Québec, en particulier dans les zones urbaines, la réforme des services de santé mentale doit s'appuyer sur une réorganisation des services existants, ce qui pose des difficultés qui ne sont pas insurmontables, mais qui sont certainement particulières. Il ne faut pas oublier que les programmes de suivi intensif dans la communauté dont nous avons fait état et la fermeture des hôpitaux anglais de Friern et de Claybury sont deux exemples de transformation des services psychiatriques existants et, dans le premier cas, cette transformation émane du milieu hospitalier lui-même. Cependant, la description des programmes et les résultats de l'évaluation nous montrent que l'étendue et la profondeur des changements amorcés étaient insoupçonnés au départ.

• ***La durée et la complexité du processus de changement***

Un des premiers enseignements à tirer de la recherche évaluative se rapporte à la façon de percevoir le changement dans le système de santé mentale. Comme on a pu le voir avec l'expérience de la FRWJ, la transformation d'un système de services exige un certain mûrissement et donc un certain temps. Les cinq ans prévus à l'origine par la Fondation ont

4. Un document sur les bonnes pratiques en santé mentale est en préparation à Santé Canada.

été trop courts pour implanter les aménagements désirés. L'évaluation menée sur la réforme des services de santé mentale dans l'Outaouais, dix ans après le début de sa mise en œuvre, nous avait déjà fourni une indication en ce sens (Renaud *et al.*, 1996). La fermeture de l'hôpital Friern s'est étalée sur dix ans, celle de Claybury a été retardée par rapport à l'échéancier initial. La reconfiguration des services, si elle a des moments forts, n'en est pas moins un processus plutôt qu'une opération-choc susceptible d'être finalisée à l'aide de quelques outils précis.

À ce titre, Vaillancourt (1997 : 203-245) fait un parallèle intéressant entre la désinstitutionnalisation dans le domaine de la déficience intellectuelle et celle qui a lieu en santé mentale. La première a commencé dans les années 70 et a été achevée à l'intérieur d'une douzaine d'années ; la seconde s'est effectuée par étapes successives à partir des années 60 et n'est toujours pas terminée. Parmi les différences entre les deux réseaux de service, mentionnons celles-ci : les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants sont plus nombreuses; les diagnostics sont posés plus tard dans la vie; le domaine psychiatrique est plus médicalisé ; il fait appel à un plus grand éventail de ressources humaines, professionnelles ou non; les écoles de pensée y sont abondantes et plus souvent en conflit.

Une autre façon d'illustrer la complexité de la réforme des services de santé mentale consiste à faire le parallèle entre les fonctions autrefois assumées par l'asile psychiatrique et celles qui le sont dans le système actuel. Henderson et Thornicroft (1997) ont dressé une liste assez exhaustive de ces fonctions, latentes ou manifestes, qui va de la protection des personnes les plus vulnérables à l'habillement, la nutrition, le revenu, l'hébergement, en passant par le répit pour les proches et la ségrégation des personnes les plus déviantes de la société. Aujourd'hui, ces fonctions sont fortement décentralisées, sinon éclatées et, malheureusement parfois, inexistantes. Ainsi, les données de l'évaluation de la fermeture des hôpitaux anglais (Knapp *et al.*, 1990) montrent clairement la diversité des services de santé et des services sociaux qui ont été utilisés une fois que des résidents et des résidentes ont été déplacés dans la communauté. Ces services engagent une foule d'acteurs sociaux et de services qui auparavant n'auraient pas été en contact avec les troubles mentaux : policiers, services de loisirs, système scolaire, etc.

- **La fonction de coordination**

Une leçon importante à tirer de la recherche évaluative concerne la fonction de coordination. Autant l'évaluation de la gestion de cas qui suit le modèle du courtage que l'évaluation de la coordination effectuée par les autorités locales montrent que la coordination a, en elle-même, peu d'effet sur la santé et la qualité de vie des usagers et usagères. Ainsi, qu'il s'agisse de la gestion des services de santé ou de l'intervention auprès des personnes, la disponibilité et la qualité de ce qui est coordonné s'avèrent bien plus importantes que la coordination elle-même. Cette conclusion semble tomber sous le sens, mais sa portée est réelle, car elle nous invite à privilégier certaines orientations. Il apparaît manifeste que la redistribution des ressources

hospitalières devrait viser des organismes qui donneront les services comme tels, plutôt qu'uniquement ceux qui ont une fonction de coordination, comme certains groupes le proposent au Québec.

Bien que la coordination ne soit pas l'enjeu principal de la transformation, la consolidation des réseaux est nécessaire pour garantir l'efficacité des services dans la communauté. L'étude de Marks (Marks *et al.*, 1994) montre en effet que, dès que l'équipe de suivi intensif anglaise a perdu la possibilité d'influencer la décision de sortie de l'hôpital, son avantage comparatif par rapport aux services plus traditionnels a rapidement diminué.

- ***Les changements de la pratique professionnelle***

Sur le plan de l'intervention, les études évaluatives indiquent clairement l'efficacité des équipes de suivi intensif dans la communauté. Le Program for Assertive Community Treatment (PACT) a été mis en place pour les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants à des moments de leur vie où elles ont besoin d'un soutien intense. Les personnes qui ont participé aux évaluations étaient fréquemment réhospitalisées et relativement jeunes; il ne s'agit donc pas de gens ayant fait de longs séjours dans un établissement, mais plutôt des nouvelles générations dont on remarque qu'elles se marginalisent de plus en plus.

Selon certaines données obtenues du Conseil d'évaluation des technologies de la santé, environ une personne sur 1 000 pourrait bénéficier d'un suivi intensif dans la communauté, soit environ 7 500 personnes. À un ratio personnel-clients de un pour dix, cela signifie que 750 personnes ou 70 à 75 équipes devraient, d'ores et déjà être affectées à de tels programmes. On ne connaît pas le nombre de personnes accomplissant ce travail au Québec mais il n'y a aucun doute qu'il soit grandement inférieur. De plus, selon les estimations du Clarke Institute (1993), environ 40 000 personnes souffrant de troubles moins graves devraient avoir accès à un suivi communautaire adapté à leur état.

Selon Marks *et al.*, (1994) et Vallée (1996), l'obtention d'un diplôme universitaire est moins importante que l'habileté à résoudre des problèmes et la familiarité avec des gens ayant des troubles mentaux graves de même que la connaissance des ressources existantes. Une bonne partie des nouvelles équipes de suivi communautaire proviendra probablement du réseau hospitalier, puisque la redistribution des ressources signifie surtout un déplacement et un changement de pratique pour le personnel qui travaille dans ces milieux. De plus, les psychiatres sont appelés à agir plus régulièrement à titre de consultants auprès des équipes. La reconfiguration des services de santé mentale exigera donc un effort soutenu de formation de la main-d'œuvre.

D'après certains experts, les éléments les plus importants du suivi intensif sont : la philosophie de responsabilité à l'égard de la clientèle, l'aide accordée pour répondre aux besoins de base, l'amélioration des capacités fonctionnelles des individus, la gestion des symptômes et de la

médication, l'assistance pour l'obtention de prestations sociales et l'intervention dans le milieu de vie des individus (Mc Grew et Bond, 1995). Cela représente une pratique et des problèmes nouveaux pour les intervenants et intervenantes qui se mêlent souvent pour la première fois, au milieu de vie de leurs malades.

Dans un milieu décroisé, des situations inattendues peuvent se produire et les comportements ne doivent pas perpétuer les rapports établis en milieu institutionnel. Selon Marks *et al.*, (1994), les exigences du travail dans la communauté sont plus grandes que dans les services traditionnels. En effet, l'effet positif des services chez les gens ayant des troubles graves et persistants prend du temps à se manifester et n'est pas toujours bien net, comparativement à des groupes ayant des problèmes moins graves. D'autre part, l'équipe de suivi intensif assume une responsabilité plus large que dans les programmes traditionnels qui ne suivent pas les usagers et les usagères en dehors de leur établissement. L'exercice de cette responsabilité rend les équipes de suivi communautaire plus vulnérables à la critique, un paradoxe qui doit être pris en compte par les gestionnaires du système de santé.

- ***La gestion du processus de changement***

Comme toute réforme, la reconfiguration des services de santé mentale ne s'est pas réalisée de façon spontanée, du moins dans les projets pilotes dont nous avons fait état. Qu'il s'agisse de la mise en place d'autorités locales ou de la fermeture des hôpitaux psychiatriques, une planification serrée, un partage des responsabilités, un soutien technique, des mécanismes de redistribution des ressources, des programmes d'adaptation de la main-d'œuvre, un suivi régulier, etc., toutes ces actions ont contribué à la réalisation des projets. De telles modalités de gestion sont d'autant plus nécessaires que les conséquences de la désinstitutionnalisation sont nombreuses et parfois très lourdes pour les usagers, les usagères et leurs proches.

La nécessité de la gestion du changement soulève l'intérêt de la mise en place des autorités locales telles que l'a expérimentée la FRWJ. Malgré des résultats mitigés, l'expérience de la FRWJ est riche d'enseignements car elle a été menée en dehors des conditions idéales des autres expériences. Les sites choisis montraient une grande variabilité sur tous les plans (intérêt démontré, dépenses effectuées, qualité et types de services, implantation, etc.) comme cela est d'ailleurs la réalité pour l'ensemble des États-Unis et du Québec.

Pour la mise en place d'autorités locales, la notion de responsabilité à l'égard d'une population est centrale, comme cela est aussi le cas pour l'ensemble des malades chroniques, que l'atteinte soit physique ou mentale (voir Shortell Gillies et Devers, 1995). La GVMHS, par exemple, assume la gestion de tous les services nécessaires en milieu communautaire pour toute la population ayant des problèmes graves de santé mentale, et non d'un service donné dans un lieu particulier (par exemple un atelier de travail). C'est pourquoi l'organisation des services est basée le plus souvent sur un découpage géographique qui permet de définir les limites des réseaux de services et de la population qu'ils servent. La pratique de l'*outreach* est aussi

facilitée par la définition de limites territoriales qui ne sont pas toujours faciles à déterminer, surtout dans les zones urbaines.

Le Québec semble disposer d'un système mieux intégré que les États-Unis, car les ressources hospitalières et ambulatoires de tous genres dépendent, en principe, d'une seule entité : les régions régionales. Il est intéressant aussi de voir que la taille des régies se compare aux lieux de démonstration de la FRWJ. Le but poursuivi par la FRWJ est de rendre les autorités locales de santé mentale responsables de l'ensemble des ressources consacrées à la santé mentale, qu'elles dépendent d'établissements, d'unités dans des établissements ou d'autres organisations.

Dans les villes choisies par la FRWJ comme au Québec, les ressources hospitalières n'ont pas été aisément déplacées et des mécanismes similaires à celui de la dotation seraient utiles pour l'implantation de services adéquats dans la communauté. Les grandes lignes du système de dotation anglais ont été tracées par le gouvernement national, chacun des districts régionaux les adaptant par la suite. On a pu noter une grande variabilité entre les régions quant à l'utilisation de ce mécanisme, Friern et Claybury faisant figure de modèles, mais les autres régions restant loin derrière (Henderson et Thornicroft, 1997). Au Québec, des règles de redistribution du budget des établissements vers les organisations recevant les usagers et usagères devraient sans doute être déterminées par un gouvernement central.

Le redéploiement des ressources vers des services dans la communauté implique la plupart du temps une décentralisation vers un niveau local. Le suivi et l'évaluation des résultats deviennent d'autant plus importants que le palier local peut se révéler inadéquat pour prendre en charge et gérer les instruments fiscaux et réglementaires. Cela met en lumière la difficile question de l'imputabilité dans une organisation de services fondée sur la communauté locale. Les gouvernements centraux y demeurent responsables des résultats tout en étant soumis à la variabilité de conditions et des ressources locales et à l'effet des actions d'une localité sur les autres. Comme certains observateurs l'ont fait valoir, ce déplacement vers le niveau local peut avoir comme effet négatif d'augmenter les inégalités.

La FRWJ propose aussi une gestion autonome des services de santé mentale dans le système de santé. Cette tendance va à contre-courant de la philosophie en vogue dans les années 70 et 80 voulant que les troubles mentaux soient des problèmes comme les autres et ne devraient pas nécessiter de lieux ou de structures de décision propres. Dans le modèle de la FRWJ, les services prennent la forme la plus « normalisante » possible pour les usagers et usagères mais l'intervention et les décisions s'effectuent dans des structures reconnues comme responsables de la santé mentale. Les failles dans les services offerts aux personnes ayant des troubles mentaux graves et la démonstration des effets positifs d'une gestion intégrée de services pour les maladies chroniques, qu'elles soient physiques ou mentales (Shortell, Gillies et Devers, 1995), renversent la façon de penser des dernières décennies.

- ***En guise de conclusion***

Ces commentaires n'épuisent pas tous les enseignements qui peuvent être tirés de la recherche évaluative et de l'expérience d'autres provinces ou pays pour le système de santé mentale. Les limites du présent document nous apparaissent ici de deux ordres. D'abord, les thèmes essentiels à une réforme des services de santé mentale ne sont pas (ou très peu) abordés ici : accès au logement, travail, formation, normes de qualité des différents services et programmes particuliers pour les gens ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. D'autres documents traitent de ces sujets plus en profondeur⁵.

Par ailleurs, la recherche évaluative circonscrit, par sa nature même, l'éventail des options qui seront mises en valeur. Elle est ainsi fortement dépendante du financement, de l'intérêt qu'elle suscite, de l'existence de groupes de recherche et de la publication de leurs résultats dans des documents qui sont accessibles. Quelques pays et organismes, habituellement américains et anglais, produisent une bonne part de la littérature disponible.

Malgré leurs limites, les enseignements que l'on peut tirer de la recherche évaluative permettent d'amoindrir les risques inhérents aux orientations et décisions prises dans le système de santé. On a pu voir dans ce texte que les évaluations ne confirment pas toujours la pertinence des façons de faire ou de la manière de définir les problèmes et de trouver des solutions. D'autre part, elles tracent des voies d'action relativement sûres et des zones où les connaissances actuelles ne permettent pas de définir l'apport possible et les effets délétères des décisions prises. L'utilisation des résultats d'évaluation avant la mise sur pied de programmes nous paraît relever de la prudence la plus élémentaire même si ces résultats ne sont pas les seules données utiles.

5. Voir, entre autres, Comité de la santé mentale du Québec, Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves, Québec, Gouvernement du Québec, (1997) et Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Avis sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale, Gouvernement du Québec, août 1997.

BIBLIOGRAPHIE

- BACHRACH, L.L. (1993). « Continuity of care approaches to case management for long term mentally ill patients », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, p. 465.
- BACHRACH, L.L. (1993). « Reflections on mental health service delivery in Canada : One American's view », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, n° 10, p. 931-933.
- BEECHAM, J. (1996). *Total weekly costs of community care*, données non publiées fournies lors d'une conférence à Montréal en septembre 1998.
- BEECHAM, J., et M. KNAPP (1990). *Dowries*, Report to the Cross Financing Review Group, Canterbury, University of Kent at Canterbury, Personal Social Services Research Unit, 14 p., (Discussion paper 711).
- BEECHAM, J., et A. LESAGE (1997). « Leçons britanniques d'un transfert de ressources : le système de dotation par patient », *Santé mentale au Québec*, vol. XXII, n° 2, 170-194.
- BEISER, M., *et al.* (1985). « Does community care for the mentally ill make a difference? A tale of two cities », *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, n° 9, p. 1047-1052.
- BIGELOW, D.A., N. SLADEN-DEW et J. S. RUSSELL (1994). « Serving severely mentally ill people in a major canadian city », *New Direction for Mental Health Services*, vol. 61 (Spring), p. 53-61.
- BOND, G.R., *et al.* (1991). « Assertive community treatment and reference groups : an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problem », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 15, n° 2, p. 30-43.
- BOND, G.R., *et al.* (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.
- BURNS, B.J., et A.B. SANTOS (1995). « Assertive community treatment : An update of randomized trials », *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 7, p. 669-672.
- CHAMBERLAIN, R., et C.A. RAPP (1991). « A decade of case management : A methodological review of outcome research », *Community Mental Health Journal*, vol. 27, n° 3, p. 171-188.

- CLARKE INSTITUTE CONSULTING GROUP (1993). *The Role of Community Mental Health Programs in a Reformed Mental Health System*, Submitted to Ministry of Health, Toronto, Clarke Institute Consulting Group, 16 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, gouvernement du Québec.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1997). *Avis sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*, gouvernement du Québec.
- CURTIS, L.C., B.H. TANZMAN et S.S. McCABE (1996). *Le soutien au logement pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants*, Traduction du rapport original « Change through Housing and Support » par C. VALLÉE, Québec, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 62 p.
- DAUNCEY, K., G. THORNICROFT et G. STRATHDEE (1992). « Setting mental health targets for England », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, n° 11, p. 1069-1072.
- DAVIES, L.M., et M. F. DRUMMOND (1994). « Economics and schizophrenia : trial cost », *British Journal of Psychiatry*, vol. 165, n° 25 (suppl.), p. 18-21.
- DAYSON, D. (1993). « The TAPS project 12 : Crime, vagrancy, death and readmission of long-term mentally ill during their first year of local reprovision », *British Journal of Psychiatry*, vol. 162, (suppl. 19), p. 40-44.
- DAYSON, D., C. GOOCH et G. THORNICROFT (1992). « The TAPS project 16 : Difficult to place, long term psychiatric patients : risk factors for failure to resettle long stay patients in community facilities », *British Medical Journal*, vol. 305, p. 993-995.
- DECI, P.A., *et al.* (1995). « Dissemination of assertive community treatment programs », *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 7, p. 676-678.
- ELLISON, M.L., *et al.* (1995). « Characteristics of mental health case management : Results of a National survey », *Journal of Mental Health Administration*, vol. 22, n° 2, p. 101-112.
- FELKER, B., J.J. YAZEL et D. SHORT (1996). « Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients : a review », *Psychiatric Services*, vol. 47, n° 12, p. 1356-1363.
- FOURNIER, L. et C. MERCIER (1996). *Sans domicile fixe - Au-delà du stéréotype*, Montréal, Éditions du Méridien, 341 p.

- FRANK, R.G., et M. GAYNOR (1994). « Fiscal decentralization of public mental health care and the Robert Wood Johnson Foundation program on chronic mental illness », *The Milbank Quarterly*, vol. 72, n° 1, p. 81-103.
- FRANKLIN, J.L., *et al.* (1987). « An evaluation of case management », *American Journal of Public Health*, vol. 77, n° 6, p. 674-678.
- GARANT, L., (1985). *La désinstitutionnalisation en santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Secrétariat à la coordination de la recherche, 74 p.
- GÉLINAS, D., (1996). *Travail social, suivi intensif dans le milieu et case management en psychiatrie*, Montréal, Université de Montréal, École de service social, 119 p.
- GOERING, P., D. WASYLENKI et E. MACNAUGHTON (1992). « Planning mental health services : II Current canadian initiatives », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 37, n° 4, p. 259-263.
- GOERING P.N., *et al.* (1988A). « What difference does case management make ? », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, n° 3, p. 272-276.
- GOERING, P.N, *et al.* (1988B). « Improved Functioning for Case Management Clients », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 12, n° 1, p. 3-17.
- GOLDMAN, H.H., *et al.* (1990). « Design for the National Evaluation of the Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 11, p. 1217-1221.
- GOLDMAN, H.H., J.P. MORRISSEY et M.S. RIDGELY (1990). « Form and Function of Mental Health Authorities at RWJ Foundation Program Sites : Preliminary Observations », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 11, p. 1222-1230.
- GOLDMAN, H.H., *et al.* (1992). « Lessons from the program on chronic mental illness », *Health Affairs*, vol. II, n° 3, p. 51-68.
- GREENLEY, J.R. (1992). « Neglected organization and management issues in mental health systems development », *Community Mental Health Journal*, vol. 28, n° 5, p. 371-384.
- GROVE, B., (1994). « Reform of mental health care in Europe - Progress and change in the last decade », *British Journal of Psychiatry*, vol. 165, p. 431-433.
- GUYON, L., (1996). *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

- HALLAM, A., *et al.* (1995). « Eight years of psychiatric reprovion : an economic evaluation », dans M. KNAPP, *The Economic Evaluation of Mental Health Care*, Canterbury, University of Kent, Centre for the Economics of Mental Health, p. 103-124.
- HENDERSON, C., et G. THORNICROFT (1997). « Le statut de la désinstitutionnalisation en Grande-Bretagne, *Santé mentale au Québec* », vol. XXII, n° 2, p. 88—114.
- HOGAN, M.F., (1992). « New futures for mental health care : the case of Ohio », *Health Affairs*, vol. 11, n° 3, p. 69-83.
- 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.
- HOLLOWAY, F., *et al.* (1995). « Case management : a critical review of the outcome literature », *European Psychiatry*, vol. 10, p. 113-128.
- HOULT, J., *et al.* (1983). « Psychiatric hospital versus community treatment : the results of a randomised trial », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 17, p. 160-167.
- JENKINS, R., (1992). « Health targets », dans G. THORNICROFT, C. BREWIN C. et J. WING (édit.), *Measuring Mental Health Needs*, Londres, Gashell and Royal College of Psychiatrists, p. 18-41.
- JERRELL, J.M., (1995). « Toward managed care for persons with severe mental illness : implications from a cost-effectiveness study », *Health Affairs*, vol. 14, n° 3, p. 197-207.
- JERRELL, J.M., et TEI-WEI HU (1989). « Cost-effectiveness of intensive clinical and case management compared with an existing system of care », *Inquiry*, vol. 26, n° 2, p. 224-234.
- JOBIDON, V., en coll. avec D. PAQUETTE et M.-C. PLANTE (1995). *Le suivi intensif dans le milieu des personnes itinérantes et atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. Un guide pour intervenants*, traduction et adaptation du manuel pour intervenants du programme THE BRIDGE, Québec, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- JOHNSON, S., et G. THORNICROFT (1995). « Emergency psychiatric services in England and Wales », *British Medical Journal*, vol. 311, p. 287-288.

- JOHNSON, S., et G. THORNICROFT (1993). « The sectorisation of psychiatric services in England and Wales », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 28, p. 45-47.
- KAVANAGH, S., *et al.* (1995). « Schizophrenia : shifting the balance of care », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 30, p. 206-212.
- KNAPP, M., (1995). *The Economic Evaluation of Mental Health Care*, Canterbury, University of Kent at Canterbury, Centre for the Economics of Mental Health, 253 p.
- KNAPP, M., *et al.* (1990). « The TAPS project 3 : Predicting the community costs of closing psychiatric hospital », *British Journal of Psychiatry*, vol. 157, p. 661-670.
- KNAPP, M., *et al.* (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.
- KODNER, D.L., (1994). *Case Management - Toward an Analytic Paradigm*, Genève, Institute for Applied Gerontology, 37 p.
- LAFAVE, H.G., H.R. DE SOUZA et G.J. GERBER (1996). « Assertive community treatment of severe mental illness : a canadian experience », *Psychiatric Services*, vol. 47, n° 7, p. 757-759.
- LAFAVE, H.G., H.R. DE SOUZA et G.J. GERBER (1996). *Assertive Community Treatment of Severe Mental Illness : A Canadian Experience*, Brockville, Ontario, Brockville Psychiatric Hospital, 12 p.
- LEFF, J. (1992). « Problems of transformation », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 38, n° 1, p. 16-23.
- LEFF, J., *et al.* (1994). « The TAPS project 22 : A five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community », *British Journal of Psychiatry*, vol. 165 (suppl. 25), p. 13-17.
- LEHMAN, A.F., *et al.* (1994). « Continuity of care and client outcomes in the Robert Wood Johnson Foundation program on chronic mental illness », *The Milbank Quarterly*, vol. 72, n° 1, p. 105-122.
- LESAGE, A.D., *et al.* (1996). « Estimating local-area needs for psychiatric care : a case study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 169, p. 49-57.

- LOVELL, A., et R. FUHRER (1996). « Troubles de la santé mentale - La plus grande fragilité des femmes remise en cause », dans M.-J. SAUREL-CUBIZOLLES et B. BLONDEL, *La santé des femmes*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, p. 252-283.
- MacNAUGHTON, E., (1991). *Community Reinvestment, Volume two : Towards Rebalancing Canada's Mental Health System*, under the direction of the Mental Health Services Work Group, Ottawa, Canadian Mental Health Association.
- MARKS, I.M., *et al.* (1994). « Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness », *British Journal of Psychiatry*, vol. 165, p. 179-194.
- McFARLANE, W.R., *et al.* (1996). « A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment », *Psychiatric Services*, vol. 47, n° 7, p. 744-750.
- McGREW, J.H., et G.R. BOND (1995). « Critical Ingredients of Assertive Community Treatment : Judgments of the Experts », *The Journal of Mental Health Administration*, vol. 22, n° 2, 113-125.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 62 p.
- MODRCIN M., C.A. RAPP et J. POERTNER (1988). « The evaluation of case management services with the chronically mentally ill », *Evaluation and Program Planning*, vol. 11, n° 4, p. 307-314.
- MORRISSEY, J.P., *et al.* (1994). « Local mental health authorities and service system charge : Evidence from the Robert Wood Johnson program on chronic mental illness », *The Milbank Quarterly*, vol. 72, n° 1, p. 49-80.
- MORSE, G.A., *et al.* (1997). « An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons », *Psychiatric Services*, vol. 48, n° 4, p. 497-503.
- NEWMAN, S.J., *et al.* (1994). « The effects of independent living on persons with chronic mental illness : An assessment of the section 8 certificate program », *The Milbank Quarterly*, vol. 72, n° 1, p. 171-198.
- OLFSON, M., (1990). « Assertive community treatment : an evaluation of the experimental evidence », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 6, p. 634-641.
- RENAUD, C., *et al.* (1996). *Évaluation des résultats de la mise en place des services de santé mentale dans l'Outaouais 2 - Rapport d'évaluation*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 338 p.

- RIDGELY, M.S., *et al.* (1996). « Characteristics and activities of case managers in the RWJ Foundation Program on chronic mental illness », *Psychiatric Services*, vol. 47, p. 737-743
- SANTÉ CANADA (1996). *Maladie mentale et violence : un lien démontré ou un stéréotype*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 167 p.
- SANTOS, A.B., *et al.* (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. 1111-1123.
- SHORE, M.F., et M.D. COHEN (1990). « The Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness : An Overview », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 11, p. 1212-1216.
- SHORTELL, S.M., R.R. GILLIES et K.J. DEVERS (1995). « Reinventing the american hospital », *The Milbank Quarterly*, vol. 73, n° 2, p. 131-160.
- 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.
- STEIN, L.I., (1992). « On the abolishment of the case manager », *Health Affairs*, p. 172-177.
- STEIN, L.I., R.J. DIAMOND et R.M. FACTOR (1990). « A system approach to the care of persons with schizophrenia » dans M.I. HERZ, S.J. KEITH et J.P. DOHERTY (édit), *Handbook of schizophrenia*, Vol.4, New York, Elsevier Science Publishers, p. 213-246.
- STEIN, L.I., et M.A. TEST (1985). « The Training in Community Living Model : A Decade of Experience “ Editors' Notes ” », *New Directions for Mental Health Services*, n° 26, p. 2.
- STEIN, L.I., et M.A. TEST (1980). « Alternative to mental hospital treatment : I - Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation », *Archives of General Psychiatry*, vol. 37, p. 392-397.
- STRATHDEE, G., et G. THORNICROFT (1992). « Community sectors for needs-led mental health services » dans G. THORNICROFT, C. BREWIN et J.WING (édit.), *Measuring Mental Health Needs*, Londres, Gaskell and Royal College of Psychiatrists, p. 140-161.
- SURLES, R.C., *et al.* (1992). « Case management as a strategy for systems change », *Health Affairs*, vol. 11, n° 1, p. 152-163.

- TANZMAN, B., (1993). « An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, n° 5, p. 450-455.
- TESSIER, L., et M. CLÉMENT (1992), avec le concours de Vesta Wagener-Jobidon du COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE. *La réadaptation psychosociale en psychiatrie - défis des années 90*, Québec, Gaëtan Morin Éditeur, 255 p.
- TEST, M.A., (1992). « Training in community living » dans R.P. LIBERMAN (édit.), *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, New York, Macmillan Publishing Company, p. 153-171.
- TEST, M.A., W.H. KNOEDLER et D.J. ALLNESS (1985). « The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program » dans L.I. STEIN et M.A. TEST (édit.), *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience*, San Francisco, Jossey-Bass Inc., 1985, p. 17-27.
- TEST, M.A. et L.I. STEIN (1980). « Alternative to mental hospital treatment III. Social cost », *Archives of General Psychiatry*, vol. 37, p. 409-412.
- THORNICROFT, G., C. BREWIN et J. WING (édit.) (1992). *Measuring Mental Health Needs*, Londres, Gashell and Royal College of Psychiatrists.
- THORNICROFT, G., C. GOOCH et D. DAYSON (1992). « Readmission to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community », *British Medical journal*, n° 3, p. 996-998.
- THORNICROFT, G. et N. SARTORIUS (1993). « The course and outcome of depression in different cultures : 10 year follow-up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders », *Psychological Medicine*, vol. 23, p. 1023-1032.
- THORNICROFT, G., P. WARD et S. JAMES (1993). « Care management and mental health » *British Medical Journal*, n° 306, p. 768-771.
- TORREY, E.F., D.A. BIGELOW et N. SLADEN-DEW (1993). *Quality and Cost of Services for Individuals with Serious Mental Illnesses in British Columbia Compared to the United States*, Victoria, British Columbia Ministry of Health, 33 p.
- TORREY, E.F., *et al.* (1990). *Care of the Seriously Mentally Ill - A Rating of State Programs*, Third edition, Washington, Public Citizen Health Research Group and National Alliance for the Mentally Ill, 192 p.

- VAILLANCOURT, Y., en coll. avec C. JETTÉ (1997). *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*, rapport de recherche n° 97-05, Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, UQAM, mai 1997.
- VALLÉE, C., (1996). *Le soutien au logement pour les personnes aux prises avec des troubles sévères et persistants. Une pratique communautaire fondée sur l'autodétermination et le pouvoir d'agir du client. Un guide pour intervenants*, Québec, traduction du manuel pour intervenants offrant du soutien au logement du Center for Community Change through Housing and Support, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- WARNER, R., et G. DE GIROLAMO (1995). *Schizophrénie*, Collection Épidémiologie des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux, Genève, Organisation mondiale de la santé, 146 p.
- WASYLENKI, D., *et al.* (1994). « Panel : Service delivery - To facilitate the development and application of knowledge to improve the delivery of mental health services », *Journal of Psychiatric Neuroscience*, vol. 19, n° 5 (suppl. I), p. 22-28.
- WASYLENKI, D., P. GOERING et E. MACNAUGHTON (1992). « Planning mental health services : I. Background and key issues », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 37, p. 199-206.
- WEISBROD, B.A., (1983). « A guide to benefit-cost analysis, as seen through a controlled experiment in treating the mentally ill », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 7, N° 4, p. 808-845.
- WEISBROD, B.A., M.-A. TEST et L. STEIN (1980). « Alternative to mental hospital treatment - II. Economic benefit-cost analysis », *Archive of General Psychiatry*, vol. 37, p. 400-405.
- WHITE, D., et C. MERCIER (1991). « Reorienting mental health systems : the dynamics of policy and planning », *International Journal of Mental Health*, Vol. 19, N° 4, p. 3-24.
- WHITE, D., *et al.* (1994). *The Development of Community Resources in Mental Health: A Study of Reform Processes*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention, 71 p.
- WING, J., C.R. BREWIN et G. THORNICROFT (1992). « Defining mental health needs » dans G. THORNICROFT, C. BREWIN et J. WING (édit.), *Measuring Mental Health Needs*, Londres, Gashell and Royal College of Psychiatrists, p. 1-17.

COLLECTION ÉTUDES ET ANALYSES

DERNIERS TITRES PARUS

- (DGPE* n° 38) **Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec.**
(A. LEBEAU, G. VERMETTE et C. VIENS – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- (DGPE n° 37) **Pour une aide adaptée aux besoins des personnes ayant des problèmes de toxicomanie et de leurs proches.**
(J. TENDLAND – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- (DGPE n° 36) **Synthèse du contexte structurel des pratiques intersectorielles en toxicomanie.**
(A. LEBEAU, C. VIENS et G. VERMETTE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- (DGPE n° 35) **Soutien à la transformation du réseau – Évaluation des besoins en lits pour les soins de courte durée physique – PHASE II.**
(J.-B. PERRY – Direction des normes et standards d'allocation et d'organisation des ressources, 1997)
- (DGPE n° 34) **La toxicomanie au Québec – Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990.**
(L. GUYON et Y. GEOFFRION – RISQ, Direction de la planification, 1997)
- (DGPE n° 33) **Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie.**
(R. HÉBERT *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- (DGPE n° 32) **Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission – Une mise à jour.**
(L. TRAHAN – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- (DGPE n° 31) **Les coûts directs de l'infection au VIH et du sida au Québec – Évolution et perspectives pour l'an 2000.**
(D. BOUCHARD – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- (DGPE n° 30) **La capitation régionale, une avenue d'intérêt ?**
(Y. BRUNELLE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- (DGPE n° 29) **L'allocation directe au Québec : des modes de fonctionnement variés à découvrir, des points de vue à faire connaître.**
(A. TOURIGNY *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- (DGPE n° 28) **Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH. Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes.**
(J. OTIS – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- (DGPE n° 27) **Évolution de la consommation de soins hospitaliers de courte durée par les personnes âgées : une mise à jour.**
(M. LEVASSEUR – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- (DGPE n° 26) **Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention.**
(M. CLERMONT – Direction de la planification, 1996)
- (DGPE n° 25) **Évaluation de l'impact de la tarification des médicaments sur le profil de consommation des personnes âgées.**
(S. RHEAULT *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1995)
- (DGPE n° 24) **Évaluation des modalités de financement dans le domaine sociosanitaire.**
(S. RHEAULT – Direction de l'évaluation, 1994)
- (DGPE n° 23) **La violence familiale : perspective systémique et essai de synthèse.**
(M. CLARKSON – Direction de la planification, 1994)

* DGPE : Direction générale de la planification et de l'évaluation.

- (DGPE n° 22) **L'évaluation économique des modes d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Recension des méthodes et des résultats.**
(S. RHEAULT – Direction de l'évaluation, 1994)
- (DGPE n° 21) **Impact des changements démographiques sur l'évolution des dépenses publiques de santé et de services sociaux.**
(M. ROCHON – Direction de la planification, 1994)
- (DGPE n° 20) **Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles.**
(L. GARANT – Direction de l'évaluation, 1994)
- (DGPE n° 19) **Une évaluation de la prestation de services dans les CLSC et les centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie.**
(L. TRAHAN, L. BÉLANGER et M. BOLDUC – Direction de l'évaluation, 1994)
- (DGPE n° 18) **L'état de santé perçu et les habitudes de vie des corésidents de personnes présentant des troubles mentaux.**
(D. ST-LAURENT – Direction de la planification, 1993)
- (DGPE n° 17) **Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie.**
(C. MOISAN et S. LAFLAMME-CUSSON – Direction de l'évaluation, 1993)
- (DGPE n° 16) **La qualité des soins et services : un cadre conceptuel.**
(Y. BRUNELLE – Direction de l'évaluation, 1993)
- (DGPE n° 15) **Les programmes de soutien familial : une alternative au placement des jeunes ?**
(L. GARANT – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 14) **Situation dans les salles d'urgence 1988-1991.**
(M. BRETON et F. CAMIRAND – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 13) **La mortalité au Québec et dans les régions socio-sanitaires ; évolution de 1976 à 1986.**
(P. LAFONTAINE – Direction de la planification, 1991)
- (DGPE n° 12) **Le système québécois d'aide aux jeunes en difficulté et à leurs parents : esquisse et questions.**
(P. ROBERGE – Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE n° 11) **Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission : description de la clientèle et évaluation du processus décisionnel.**
(L. BÉLANGER, M. BOLDUC et L. TRAHAN – Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE n° 10) **Évolution des interventions obstétricales au Québec 1981-1982 à 1987-1988.**
(M. LEVASSEUR – Direction de l'évaluation, 1990)
- (DGPE n° 9) **Évolution des indications de césariennes au Québec 1981-1982 à 1986-1987.**
(M. LEVASSEUR – Direction de l'évaluation, 1990)

La collection « Études et Analyses », publiée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation, prend la relève de la collection du même nom produite par la Direction de l'évaluation de 1982 à 1988 (n^{os} 1 à 32), ainsi que de la collection « Études de santé » du Service des études socio-sanitaires, publiée de 1986 à 1987 (n^{os} 1 à 4).

La liste complète des documents publiés peut être obtenue à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de la recherche et de l'évaluation
1075, chemin Sainte-Foy, 11^{ème} étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Tél. : (418) 646-8890

