

Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves

Points of reference to distinguish Case Management from Assertive Community Treatment

Puntos de referenda para diferenciar la gestión de casos del seguimiento intensivo en el medio, para personas que sufren de desordenes graves

Daniel Gélinas

Volume 23, Number 2, Fall 1998

Le suivi communautaire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032452ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032452ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gélinas, D. (1998). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 17–47. <https://doi.org/10.7202/032452ar>

Article abstract

The author proposes a synthesis of the essential elements to distinguish Case Management from Assertive Community Treatment with people suffering from severe mental illness. By situating these two approaches in their social context, the author identifies points of reference that allow to distinguish them one from the other on both practical and conceptual levels. This exercise allows to dissipate the widespread confusion in the literature as well as give clinical workers the necessary tools to identify the appropriate models to meet the needs of the clientele. This also implies taking into consideration the characteristics of the system in which they intervene for its configuration exerts a considerable influence on their work.



Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves

Daniel Gélinas*

L'auteur propose une synthèse des éléments essentiels qui permettent de différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. En situant le développement de ces deux approches dans leur contexte social, l'auteur identifie les points de repère qui permettent de les distinguer à la fois au plan conceptuel et pratique. Cet exercice permet de dissiper la confusion répandue dans les écrits et d'outiller les cliniciens afin qu'ils puissent identifier les modèles les plus appropriés pour répondre aux besoins de leur clientèle. Cela implique de prendre en considération les caractéristiques du système dans lequel ils interviennent car sa configuration exerce une influence considérable sur leur travail.

De façon générale, nous utiliserons les expressions *gestion de cas* et *suivi intensif dans le milieu* pour désigner les vocables américains de *Case Management* et *Assertive Community Treatment*. Cet article cherchant à identifier des points de repère pour dissiper une confusion largement répandue dans les écrits, il importe de surmonter la problématique des appellations pour saisir les éléments conceptuels à la base de ces deux approches qui s'opposent mais dont les diverses applications rapportées dans les écrits s'entrecroisent et parfois se confondent¹. En réalité, certaines applications de gestion de cas incorporent des principes du suivi intensif tandis que d'autres reprennent l'étiquette du suivi intensif tout en pratiquant la gestion de cas, de sorte qu'il n'est pas toujours évident de les distinguer. Or, l'expérience américaine exerce une forte influence sur la désignation des modalités d'intervention à mettre en place pour transformer nos services psychiatriques au Québec

* M. Sc., psycho-éducateur et travailleur social, l'auteur travaille à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine au Centre de recherche Fernand-Seguin.

Remerciements

L'auteur tient à remercier le personnel du service de prêt entre bibliothèques de la bibliothèque des lettres et des sciences humaines de l'Université de Montréal pour le soutien qu'il a reçu pour obtenir plusieurs documents inédits ou disponibles seulement à l'extérieur du pays.

(Tessier et al., 1992; CSMQ, 1997). L'idée d'établir une distinction majeure entre gestion de cas et suivi intensif dans le milieu est donc essentielle pour tirer les leçons de la recherche effectuée à partir de ces approches ces 25 dernières années. Pour y arriver, il faut aborder la question à partir d'une vision d'ensemble de la mise en place de ces approches aux États-Unis, cerner leur logique conceptuelle et dégager des points de repère qui permettent de les différencier.

Une mesure de correction au sein d'un système défaillant

Le système de soins psychiatriques aux États-Unis est gouverné par la loi du marché, qui favorise le morcellement et la spécialisation des services. Il s'élabore à partir de transactions complexes effectuées entre des entreprises privées et des organisations publiques; les programmes sociaux sont régis par le principe de l'assurance; et plusieurs paliers de gouvernement interviennent dans le champ des politiques sociales (Torrey, 1997). Or, 86 % des lits des hôpitaux psychiatriques publics ont été coupés aux États-Unis au cours des quatre dernières décennies (Bachrach, 1997). De puissantes considérations financières y ont incité les États à transférer leurs obligations au gouvernement fédéral, qui a créé des programmes sociaux d'assurance qui ont soutenu ces fermetures de lits et l'utilisation de ressources privées d'hébergement et de soins de longue durée (*Nursing Homes*) (Torrey, 1997). De plus, les services offerts par les centres communautaires de santé mentale (*Community Mental Health Centers*) sont axés sur la prévention, les traitements à court terme et la psychothérapie auprès des personnes qui éprouvent des difficultés psychologiques, et les soins psychiatriques sont désormais assumés dans une perspective à court terme par les hôpitaux généraux (Torrey, 1988).

Dès 1972, à Madison au Wisconsin, Stein et Test avaient mis en place un programme complet de traitement, de réadaptation et de suivi qui s'articulait totalement en milieu naturel. Et leurs travaux ont influencé la politique du système de soutien communautaire (*Community Support System*) formulée en 1978 qui suggérait la mise en place d'un « éventail complet de traitements, de supports sociaux et de services de réadaptation requis pour permettre aux personnes présentant des troubles mentaux de fonctionner à un niveau optimal dans la société » (Stroul, 1989, 5). Cette politique identifiait dans chaque sphère les services requis pour répondre aux besoins des personnes, et la clé pour obtenir tous ces services reposait sur leur coordination (Baker et Intagliata, 1992). Or, les concepteurs admettaient qu'il fallait éviter de mettre l'accent sur la gestion de cas parce que l'efficacité du soutien était liée

directement à la présence de ressources adéquates, en milieu naturel, pour répondre aux besoins des personnes (Turner et Shifren, 1979). Pour leur part, Stein et Test ont toujours préconisé que le pivot central du système de soutien communautaire doit reposer sur un suivi intensif assumé par une équipe et non simplement sur la référence et la liaison à des services (Test, 1979 ; Test et Scott, 1990 ; Stein, 1992a).

À la même époque, une commission d'enquête américaine statuait que « *les problèmes liés à la désinstitutionnalisation étaient attribuables au manque de coordination et de continuité au sein du système de services* » (Miller, 1983, 4). En fait, la proposition d'utiliser la gestion de cas à une large échelle s'explique par une volonté politique de corriger les failles d'un système sans remettre en cause ses assises profondes (Torrey 1988). Ainsi, l'argent débloqué à l'époque par Washington était versé aux États pour coordonner les services existants et la gestion de cas était perçue comme « *le service clé qui manquait dans le modèle original des centres communautaires de santé mentale* » (Miller, 1983, 5). Dans cette optique, les autorités responsables des programmes étaient invitées par le gouvernement fédéral à développer un système de gestion de cas à l'intérieur des États et à identifier des agences pour accomplir cette tâche (Baker et Intagliata, 1992).

Bien que les paramètres des systèmes de soutien communautaire sont largement flexibles et permettent aux États de définir la configuration des services (Torrey, 1986), « *la gestion de cas est maintenant une facette commune des soins apportés aux malades mentaux mais elle est typiquement isolée d'une structure financière et organisationnelle qui assurerait que les besoins de cette population soient couverts* » (Mechanic et Searles, 1992, 36). En fait, ces 20 dernières années, le suivi intensif dans le milieu n'a pas été adopté largement par les agences comme pilier organisateur des systèmes de soutien communautaire sur l'ensemble du territoire américain (Meisler et al., 1995).

Le point de départ de la gestion de cas

Pierre angulaire sur laquelle reposent tous les modèles de gestion de cas, l'accès aux ressources sociales tire son origine du travail social américain (Austin et McClelland, 1996; Weil et Karls, 1985). Loin d'être une pratique réservée à une seule profession (Rothman, 1991), elle s'inscrit également dans l'histoire des soins infirmiers américains, qui ont développé des mécanismes de coordination pour assurer aux populations défavorisées l'accès aux services de santé (Netting, 1992). A priori, il s'agit d'un processus d'interaction entre un réseau ayant à dispenser des services de façon efficace et des clients ayant à les recevoir de manière

efficente (Weil et Karls, 1985). La connotation administrative de cette définition illustre que la gestion de cas est d'abord une technique de gestion sociale qui vise à coordonner les services pour résoudre la problématique de la fragmentation des services (dans le système) face aux besoins complexes d'une personne (au niveau individuel).

Cette approche repose d'abord sur les épaules d'un gestionnaire de cas (*case manager*) dont la responsabilité n'est pas d'offrir un service direct mais de s'assurer que le système réponde adéquatement aux besoins de chaque client (Rubin, 1992 a). Son rôle premier est celui d'un courtier dont les fonctions de base sont l'évaluation des besoins du client, le développement d'un plan de services individualisé, la liaison, la référence et la négociation auprès des services, le suivi continu du client dans son cheminement et la défense de ses droits dans le système (Baker et Intagliata, 1992). Ainsi devenu le point de référence pour la personne, ce gestionnaire de cas voit alors son imputabilité le conduire inévitablement à des contradictions qui l'entraînent dans une impasse.

En effet, sa responsabilité ultime à l'égard du bien-être du client l'amène à combler les écarts qui surgissent entre les services et à s'adapter aux particularités de la personne qui peuvent exiger qu'il s'implique dans des tâches éducatives (Rubin, 1992 a). Lorsque la situation l'exige, il peut être appelé à gérer une situation de crise, comme l'expulsion d'une ressource d'hébergement liée à des troubles de comportement. De plus, il lui est souvent nécessaire d'accompagner la personne à l'agence sociale pour réclamer un subside auquel elle a droit. Toutes ces fonctions d'assistance, de résolution de problèmes et d'accompagnement vont généralement s'ajouter à ses fonctions de base. Enfin, une disponibilité à répondre aux appels en tout temps est requise dans plusieurs programmes, de sorte que l'élargissement de ses fonctions peut le conduire à l'épuisement professionnel (Intagliata et Baker, 1983). C'est pourquoi, la plupart des tenants de cette approche insistent toujours sur la nécessité pour le gestionnaire de cas de déléguer ces tâches ajoutées, de s'appuyer sur du personnel auxiliaire (*case aides*) pour les tâches routinières d'accompagnement auprès des services, et de concevoir les tâches d'entraînement aux habiletés sociales comme des services spécialisés à dénicher (Baker et Intagliata, 1992 ; Kanter, 1989).

Le talon d'Achille de la gestion de cas

Les caractéristiques de la clientèle, la nature des services disponibles et le lieu de résidence des clients façonnent l'orientation de la gestion de cas. Ainsi, « *l'augmentation des charges de travail d'environ quinze clients à trente ou cinquante clients a un impact significatif sur le*

style de travail des gestionnaires de cas » (Baker et Intagliata, 1992, 228). Ces auteurs rapportent à partir d'évaluations réalisées lors de l'implantation de cette approche dans l'État de New York, que les gestionnaires de cas ont cessé progressivement d'assister directement leurs clients en milieu naturel, qu'ils ont concentré leurs efforts à répondre aux situations de crise, et qu'ils se sont finalement repliés sur des tâches administratives (Intagliata et Baker, 1983). Détail important, Baker et Intagliata (1983, 1992) notent que le type d'hébergement où les clients vivent exerce un impact majeur sur la nature de leur travail. Dans la mesure où la clientèle est référée à des formes variées d'hébergement protégé, les activités reliées à la gestion de cas s'orientent d'abord vers « *la planification et l'arrangement de placements résidentiels qui s'ajustent aux besoins et aux capacités du client* » (Rubin, 1989, 51). Si la tâche du gestionnaire de cas se définit principalement par la coordination des services, il ne peut répondre aux besoins de son client qu'en s'appuyant sur le travail des autres, ce qui le rend objectivement dépendant des caractéristiques du système dans lequel il travaille. C'est la principale leçon qu'avaient tirée Franklin et al. (1987) d'une étude expérimentale réalisée au Texas à partir du modèle de courtier de services. Ces auteurs ont observé que la coordination des services à elle seule n'a pas d'impact significatif sur la réduction de l'hospitalisation ou l'amélioration de la qualité de la vie pour la clientèle. En fait, selon eux, « *la gestion de cas ne peut être dissociée de son cadre d'opération et son efficacité est liée à la disponibilité des ressources* » (p. 677).

En général, les études décrivant les caractéristiques des activités des gestionnaires de cas aux États-Unis montrent un écart substantiel avec les modèles théoriques et trahissent la fragilité inhérente au concept qui peut conduire, une fois actualisé, à deux types de situation : le repli sur soi ou la bureaucratie. Dans le cadre d'une vaste démonstration de réforme assumée conjointement par des fonds publics et une fondation philanthropique (*Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness*), la gestion de cas était envisagée comme la principale stratégie pour assurer la continuité, l'intégration et la bonification des services. En 1989 et en 1991, Ridgeley et al. (1996) ont recolté des données sur 41 programmes développés dans cinq grandes agglomérations urbaines rejoignant au-delà de 18 000 clients. Des données ont alors été recueillies auprès de 414 gestionnaires de cas. Leur charge de travail moyenne tournait autour de 25 clients chacun pour 11 programmes intensifs et autour de 35 pour les programmes axés sur la coordination des services. Quels que soient la charge de travail ou le modèle utilisé, le taux de roulement du personnel était élevé et la

clientèle n'a montré aucune amélioration de sa situation entre les deux collectes. Mais surtout, ces gestionnaires de cas ont rencontré des listes d'attente et des contraintes multiples auprès des services de soutien au logement et au travail, de sorte qu'ils sont devenus eux-mêmes le principal fournisseur de services auprès de leurs clients.

À l'inverse, une étude menée en Oregon auprès de gestionnaires de cas rattachés aux centres communautaires a révélé qu'ils devaient consacrer en moyenne trois heures par jour à des tâches administratives (Hromco et al., 1995), rejoignant en cela Bigelow et McFarland, (1989) qui ont montré que les cliniciens américains devaient consacrer énormément de temps à ces tâches parce qu'ils sont constamment confrontés à la détermination de l'éligibilité de leurs clients pour recevoir les bénéfices de multiples programmes fondés sur le principe de l'assurance.

Du courtier au clinicien

Dès son introduction comme modalité d'intervention, la gestion de cas a fait l'objet d'une controverse entre son rôle pivot fondé sur la coordination des services et la dimension clinique des troubles mentaux. Lamb (1980) s'inquiétait que la mesure de correction destinée à surmonter le morcellement des services conduise elle-même à une fonction bureaucratique impersonnelle. Pour cet auteur, le gestionnaire de cas devait être un professionnel qui utiliserait cette modalité d'intervention dans un sens thérapeutique en établissant une relation privilégiée avec la personne. En fait, le débat interpellait d'abord les professionnels impliqués dans les centres communautaires de santé mentale qui, *a priori*, ne semblaient pas intéressés par la gestion de cas, d'autant plus que cette activité était perçue comme une mesure administrative relevant du personnel auxiliaire (Johnson et Rubin, 1983).

Cependant, la gestion de cas s'est imposée au cours des années 80 auprès des différentes écoles de formation aux États-Unis. Elle est devenue un véhicule privilégié de la conception de l'intervention propre à chacune des professions œuvrant en santé mentale, en combinant diverses modalités thérapeutiques avec la coordination des services. En effet, malgré leur diversité, les modèles de gestion de cas reposent tous sur cinq fonctions de base : l'évaluation, la planification, la référence, le suivi et la défense des droits (Harris et Bergman, 1993). Mais surtout, ces différentes écoles ont été séduites par la globalité d'une approche qui donne l'illusion qu'un seul thérapeute peut assumer la continuité des soins et répondre à tous les besoins exprimés de la personne en utilisant le pouvoir de gestion clinique donné par la fonction spécifique de coordination.

L'expression la plus manifeste de cette propension à proposer une gestion clinique de cas (*Clinical Case Management*) par opposition au modèle de courtier de services provient de travailleurs sociaux et de psychologues d'orientation analytique qui mettent l'emphase sur le développement d'une relation thérapeutique comme ingrédient essentiel du plan de services, celui-ci étant vu comme une modalité de croissance pour la personne devant être conduite par des professionnels hautement qualifiés (Kanter, 1989). Dans cette optique, Harris et Bergman (1987) décrivent les activités du gestionnaire de cas sous l'angle d'un processus psychothérapeutique adapté à la dimension psychique des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Ces auteurs soulignent que la tâche clinique dévolue au gestionnaire de cas l'amène à jouer un rôle parental et que les clients dépendent du processus d'éducation pour incorporer progressivement en eux-mêmes, par imitation, les habiletés sociales transmises par l'action relationnelle du thérapeute. Cependant, ils admettent, malgré leur adhésion à l'idée de rechercher les clients là où ils vivent, que pour « environ les deux tiers de leurs cas, les contacts avec les clients se produisent plus souvent au sein des locaux de l'agence qu'à l'extérieur » (Harris et Bergman, 1988, 1278).

Deux écoles de pensée ont introduit des modèles qui, reprenant la préoccupation clinique, s'inscrivent en réaction à la réduction de la gestion de cas à un simple courtage de services tout en rejetant l'introspection à outrance (Rapp, 1998; Anthony et al., 1993). Ces modèles, qui ne sont pas incompatibles, reposent sur les prémisses propres aux disciplines dont ils sont issus (Holloway, 1991). Ils proposent des charges de travail réduites et défendent l'idée que la priorité de l'intervention est accordée à la satisfaction des besoins du client face au système. Ainsi, le modèle centré sur les forces du client (*Personal Strengths Model*) développé par l'École de bien-être social de l'Université du Kansas s'inscrit dans la tradition rationnelle et la logique méthodologique propre au *casework* introduit au début du siècle par Mary Richmond (Weick, 1992). Ce modèle met l'accent sur les forces de la personne plutôt que sur la pathologie, insiste sur la primauté de la qualité de la relation entre gestionnaire de cas et client, base toutes les interventions sur le principe de l'autodétermination, adhère au principe de la recherche active sur le terrain (*Assertive Outreach*) comme mode privilégié de contact avec la clientèle, affirme que les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent apprendre, croître et se développer, et prône que l'acquisition des ressources doit aller au-delà des services formels en santé mentale et mobiliser les ressources présentes dans la société (Rapp, 1998). Par ailleurs, le modèle de la réadaptation (*Rehabilitation Model*) élaboré à

l'Université de Boston par Anthony et al. (1993) s'appuie sur les approches béhavioristes et ajoute aux modalités de courtage des occasions d'apprentissage proposées à la personne pour surmonter les déficits laissés par la maladie. Pour les tenants de ce modèle, la technologie relative à la réadaptation est fondée sur l'encadrement d'une démarche d'apprentissage et les services sont perçus comme des moyens pour organiser et soutenir un processus qui conduit à l'intégration sociale.

Le premier modèle met l'accent sur le soutien actif des buts fixés par le client, et sa stratégie repose sur l'accès aux ressources sociales permettant d'en actualiser le potentiel ; le deuxième insiste sur la nécessité de réduire les barrières qui restreignent l'accès aux ressources sociales, et sa stratégie repose sur l'entraînement aux habiletés sociales nécessaires à l'atteinte des objectifs par le client. Des similitudes apparaissent également au plan méthodologique car dans les deux cas, le gestionnaire de cas est appelé à procéder à une évaluation fondée sur un inventaire complet découpant l'existence de la personne en différentes sphères, et à proposer un plan d'intervention formulant des objectifs spécifiques (Rapp, 1998 ; Anthony et al., 1993).

L'évaluation du modèle centré sur les forces du client et du modèle de la réadaptation

Les évaluations de ces deux modèles sont limitées à quelques études, qui ont enregistré des résultats mitigés. L'une de Macias et al. (1994) réalisée dans l'Utah a comparé le cheminement de deux groupes de clients qui recevaient des services d'un programme de réadaptation psychosociale offert par un centre communautaire. Le groupe expérimental bénéficiait d'un programme de gestion de cas inspiré du modèle centré sur les forces du client et il était composé de deux gestionnaires de cas et d'un usager qui avait pour tâche d'aider les clients à gérer leur argent et à faire les achats. Les résultats indiquent une diminution des hospitalisations et une amélioration sensible de la santé mentale des clients. Néanmoins, il faut noter que la majorité des contacts entre les gestionnaires de cas et les clients se produisaient au sein du centre, et non en milieu naturel tel que prescrit par les tenants de ce modèle (Rapp, 1996 a), de sorte qu'il y avait une division du travail entre le personnel auxiliaire (qui s'occupait des tâches quotidiennes dans le milieu de vie des clients) et les gestionnaires de cas (qui s'occupaient des tâches liées à la coordination.)

Dans une étude quasi expérimentale conduite à Toronto à partir du modèle de la réadaptation, Goering et al. (1988) n'ont pas trouvé de différences significatives entre les groupes quant au taux d'hospitalisation,

mais ils ont enregistré des résultats positifs pour l'hébergement, l'occupation et le réseau social dans la mesure où l'intervention était fondée sur des charges de travail réduites qui permettaient aux gestionnaires de cas « *d'accorder un temps considérable à leurs patients en développant une relation de support et d'enseignement des habiletés quand les programmes d'entraînement ne sont pas disponibles* » (p. 275).

Bref, malgré des apports positifs sur le plan de l'éthique et de la conduite de l'intervention, le déplacement de la gestion de cas (du pôle de courtier à celui du clinicien) conduit potentiellement à des impasses similaires. Malgré sa bonification, la gestion de cas reste prisonnière des contradictions inhérentes à sa plate-forme conceptuelle dont le point de départ repose sur la coordination des services assumée par un individu imputable. Mais surtout, elle peut alimenter une lutte de pouvoir stérile car l'accent mis sur la fonction spécifique de la gestion de cas ouvre la porte au piège du corporatisme : les travailleurs sociaux et les infirmières en particulier y trouvent une légitimité pour revendiquer la fonction de la coordination à partir de leur credo professionnel respectif (Rapp, 1996b ; Mound et al., 1991).

Le suivi intensif dans le milieu à partir de l'expérience de Madison

Le suivi intensif dans le milieu se présente d'abord comme une modalité de traitement global s'adressant aux personnes qui enregistrent des séquelles importantes suite aux épisodes de crise aiguë de la maladie mentale. Ces séquelles prennent la forme d'incapacités fonctionnelles qui diminuent significativement les capacités d'adaptation et rendent nécessaire la mise en place d'une aide tangible pour que la personne puisse se maintenir dans son milieu de vie (Allness et Knoedler, 1998). Le premier trait distinctif du suivi intensif repose sur la responsabilité collective d'une équipe (composée d'un psychiatre, de professionnels et d'infirmières psychiatriques) pour assumer des services de traitement, de réadaptation et de suivi dans le milieu de vie des personnes, dans une perspective à long terme (Stein et Santos, 1998). Avant tout, la priorité est accordée à la résolution des problèmes de la vie quotidienne. Des intervenants de cette équipe accompagnent la personne pour superviser la prise de la médication, obtenir les bénéfices de l'aide sociale, trouver un logis, payer les comptes, faire l'épicerie, utiliser les transports en commun, s'inscrire auprès d'une pharmacie, utiliser les ressources sociales et apporter une aide tangible pour accéder, le cas échéant, à une occupation valorisante.

En fait, l'équipe combine l'expertise professionnelle de ses membres pour être en mesure de répondre à tous les besoins complexes de la

personne. Mais surtout, cette équipe dépasse la rigidité institutionnelle et l'étanchéité des actes professionnels, et fait la promotion de l'égalité et de la polyvalence entre ses membres, tous participant activement au processus de décision et s'apportant aide et soutien dans la réalisation de leurs tâches respectives (Greenley, 1995). Bien qu'il y subsiste une division du travail, une hiérarchie et même l'identification d'un intervenant principal (Santos et al., 1995 ; Meisler et Santos, 1997), il n'y a pas de charge de travail individuelle qui conduit au morcellement de la personne sur la base d'actes professionnels distincts et toute l'équipe est imputable des interventions prodiguées. Cette organisation qui nécessite des rencontres fréquentes engendre parfois des difficultés, pas toujours faciles à surmonter, et certains professionnels peuvent être tentés d'abandonner en cours de route cette structure exigeante pour se replier sur la charge de travail individuelle (Degen et al., 1990). Ainsi, cela peut prendre jusqu'à deux ans avant qu'une équipe de suivi intensif développe une culture de groupe qui permette de conjuguer la complicité, la discipline et la souplesse nécessaires à une intervention de longue haleine (Bond et al., 1991 a).

Brekke et Test (1987) ont démontré que cette équipe consacrait globalement les trois-quarts de son temps à intervenir directement auprès des personnes en milieu naturel plutôt qu'au sein de l'agence, lieu de rencontre pour les réunions. Ainsi, l'entraînement aux habiletés sociales est réalisé à partir de situations réelles dans le milieu de vie des personnes, ce qui permet d'éliminer les ratés du transfert des apprentissages réalisés en vase clos. Cette présence *in vivo* permet également de tailler sur mesure une intervention hautement individualisée qui s'adapte aux aléas de la trajectoire de vie des personnes. L'équipe peut offrir une présence intensive sur base quotidienne au début d'une prise en charge ou quand le client est en crise et ensuite maintenir des contacts brefs mais réguliers à long terme (Bond, 1989). Ce faisant, elle reste à l'affût du resurgir possible des symptômes, elle jauge constamment l'interaction entre la personne et son environnement, et reste en contact avec les personnes significatives qui la côtoient dans ses multiples transactions sociales, ce qui permet de dénicher des occasions de croissance et de désamorcer les crises avant qu'elles ne mènent à la perte d'acquis sociaux. Dans cette optique, Test (1979) avait démontré que la coordination nécessaire à l'accès aux ressources sociales de toutes sortes pour assurer la continuité des soins devait reposer sur un accompagnement soutenu en milieu naturel, dispensé par une équipe, et non pas simplement sur une référence aux services assumée par un seul individu. Or, seule une équipe peut assurer une présence soutenue en

milieu naturel, et procurer l'intensité requise pour répondre aux besoins changeants des personnes, puisqu'elle utilise la créativité de tous et permet de contrer l'épuisement professionnel.

L'impact et la généralisation de l'expérience réalisée à Madison²

La principale leçon tirée des premières études expérimentales était que les gains enregistrés durant la première année d'opération s'estompaient après la fin du programme de suivi intensif, confirmant du coup l'impact du programme et la validité des premières recherches conduites par Stein et Test (1980) (Draine, 1997; Meisler et Santos, 1997). Visant à démontrer que cette approche peut soutenir avec succès un traitement à long terme auprès de jeunes adultes frappés par la maladie, Test et al., (1985, 1991) conduisent depuis 1978 une étude longitudinale qui compare sur base expérimentale le cheminement de clients référés à une équipe de traitement continu (*Training in Community Living*) à celui de clients suivis par le système public en vigueur à Madison, ville où le modèle d'organisation des services offre des soins d'une qualité remarquable (Thompson et al., 1990). En effet, ce système, fruit d'une adaptation et d'une généralisation des principes du suivi intensif, s'appuie sur des ressources d'hébergement variées et une équipe spécialisée de suivi intensif entraînée pour suivre les clients les plus difficiles (*Mobile Community Treatment*) (Stein et al., 1985, 1990b). En fait, la principale différence entre les deux approches est que la première est fondée sur la continuité des soignants eux-mêmes qui offrent tous les services de traitement et de réadaptation requis sur une longue période avec un fort soutien à l'emploi (Torrey, 1986; Muijen et McNamee, 1989; Test, 1998), alors que la deuxième harmonise des composantes différentes qui doivent se concerter et se coordonner par l'utilisation d'un plan de services. Or, Allness (1997) rapporte qu'avec des données recueillies depuis 14 ans pour certains clients dans plusieurs sphères, les analyses couvrant les sept premières années montrent pour le groupe expérimental de meilleurs résultats³.

La démonstration réalisée au Wisconsin, rejaillissant sur les États voisins au début des années 80, a emprunté deux trajectoires. La première, la plus conforme au modèle original, est reliée au projet Harbinger réalisé dans le comté de Kent au Michigan (Test, 1992). Cette expérience a conduit à des résultats similaires à ceux enregistrés à Madison mais elle a bénéficié de conditions sociales favorables à sa généralisation à l'échelle de cet État. Mowbray et al. (1997) indiquent que les premières démonstrations ont suscité l'enthousiasme des décideurs politiques pour le modèle PACT (*Program of Assertive Community Treat-*

ment). Cet État connaissait une période de prospérité et les syndiqués des hôpitaux, les groupes de défense des droits des usagers, de même que les familles n'ont pas manifesté d'opposition à la mise en place de cette nouvelle approche. Mais surtout, les administrateurs fédéraux de *Medicaid* ont accepté de couvrir les coûts du nouveau programme, de sorte que de nos jours il existe au-delà de cent programmes PACT au Michigan, soit environ le tiers des programmes de suivi intensif dans le milieu recensés aux États-Unis (Deci et al., 1995).

La deuxième trajectoire concerne l'adaptation réalisée à partir de 1978 par le centre de réadaptation psychosociale *Thresholds* à Chicago dans l'Illinois avec le programme *Bridge*. Ce club psychosocial inscrit dans la tradition de l'organisation communautaire offre depuis les années 50 une gamme complète de services de logement et d'intégration au travail pour les ex-patients psychiatriques (Dincin, 1995). Ainsi, Witheridge et Dincin (1985) ont puisé dans l'expérience de Stein et Test « *la technologie éprouvée en travail social de la visite à domicile et la coordination serrée des services [...] combinée avec l'apprentissage in vivo ou sur le tas des habiletés sociales* » (p. 66) pour atteindre une clientèle qu'ils n'arrivaient pas à rejoindre. Ils ont modifié le modèle original tout en préservant ses éléments essentiels pour l'adapter au contexte d'une mégapole caractérisée par la détérioration du tissu social, la complexité bureaucratique des agences sociales et l'absence de contrôle sur le système hospitalier, en vue de rejoindre les personnes isolées et sans ressources qui s'enlisaient dans la maladie et le vagabondage. D'où l'emploi de la technique de la recherche active de la clientèle (*Assertive Outreach*) par un dur travail de terrain pour aider ces personnes à respecter leurs prescriptions de médicaments, à gérer leur budget et à se maintenir dans un logis convenable. Les intervenants accompagnent les personnes à leurs rendez-vous médicaux, défendent leurs droits face au système de sécurité sociale et gardent le contact avec les équipes soignantes lorsque le client est hospitalisé (Witheridge, 1989). Bref, les intervenants de *Bridge* utilisent la coordination directive des services (*Assertive Ressource Coordination*) mais sur la base de charges de travail collectives et dans une perspective où « *les travailleurs du programme de suivi intensif procurent la majeure partie des services de support clé eux-mêmes* » (Witheridge, 1991, 52). Enfin, le programme *Bridge* à Chicago repose sur une équipe de généralistes aux responsabilités partagées, composée d'infirmières et de travailleurs sociaux qui travaillent ensemble sur le terrain dans une perspective polyvalente, influencée en cela par la tradition généraliste et égalitaire des premiers centres de réadaptation psychosociale (Witheridge, 1989).

Alors que le modèle original (*Training in Community Living*) est orienté vers la croissance en offrant une solution de rechange à l'hospitalisation par la présence d'une équipe multidisciplinaire (qui offre elle-même une gamme complète de services), le programme *Bridge* est orienté vers la survie et tente de parer au pire, servant d'interface entre des personnes marginalisées et abandonnées et un système de services morcelé et spécialisé (Bond, 1991). En fait, la fragmentation, la spécialisation et le caractère anonyme du système de services dans les grandes villes américaines constituent des obstacles majeurs à la généralisation du modèle original développé à Madison (Bond et al., 1990). Ainsi, dans la mesure où ce programme a eu un impact significatif sur la réduction de l'hospitalisation avec des moyens modestes dans le contexte du maintien d'un système défaillant, il n'est guère surprenant que le modèle généraliste qui s'inspire du programme *Bridge* soit davantage généralisable car il permet *de facto* de déléguer le dur travail de terrain à des travailleurs communautaires et de maintenir la concentration des professionnels dans les services spécialisés.

En général, les difficultés liées au remboursement des frais d'opération des programmes PACT par le *Medicaid* freinent la généralisation du modèle original à une large échelle (Allness, 1997; Torrey, 1997). Bien que quelques États utilisent différentes stratégies administratives pour financer les programmes de suivi intensif à partir des subsides fédéraux, 180 programmes PACT sur 340 sont concentrés dans les États de taille moyenne du Michigan et du Wisconsin et dans quelques petits États tels que le Rhode Island, le Delaware et le New Hampshire (Deci et al., 1995; Meisler et Gonzales, 1997; Allness, 1997).

Principaux facteurs de convergence et de divergence liés à l'application des deux approches

La problématique de l'accès aux services est tellement importante aux États-Unis qu'elle assimile toutes les formes de suivi intensif à la gestion de cas même si le point de départ de ces deux approches est radicalement différent. Ainsi, le modèle *Bridge* qui s'élabore en marge du système de services ne peut faire autrement que de converger vers la gestion de cas car, confronté au problème de l'exclusion d'une clientèle rejetée par le système, il doit dénicher à l'extérieur de l'équipe des services spécialisés, y compris le traitement médical puisqu'il n'y a pas un médecin dans l'équipe (Witheridge, 1991). Cependant, la recherche active sur le terrain est fondée sur des charges de travail collectives pour que l'équipe puisse offrir elle-même tous les services de base qui permettent à des personnes fortement handicapées par la maladie de retrouver le

minimum vital par l'accès à la médication, à la nourriture et au logement (Dincin, 1990). Inversement, nul ne peut coordonner la survie et les gestionnaires de cas sont d'abord confrontés au problème de la pauvreté. Ils sont invités à quitter le confort de leurs bureaux et à descendre dans la rue pour accompagner la personne qui réclame les bénéfices de la sécurité du revenu ou cherche un logis décent (Deitchman, 1980). Ainsi, devant la faillite du courtage de services pour résoudre ces problèmes de base, il n'est guère surprenant que la plupart des tenants de la gestion de cas qui tendent vers le pôle clinique intègrent les principes du suivi intensif et « *mettent l'accent sur la relation, l'intensité de l'implication, l'intervention directe comme modalité d'intervention, etc., lesquelles ne sont pas habituellement incluses dans les descriptions originales de la gestion de cas* » (Chamberlain et Rapp, 1991, 185). Cependant, ces auteurs-ci maintiennent le principe de la charge de travail individuelle et suggèrent de la restreindre à une vingtaine de clients par gestionnaire de cas, ce qui constitue néanmoins le double du ratio généralement observé dans les programmes PACT, soit un pour dix (Rapp, 1996a).

À l'instar de Brekke et Test (1987), Durbin et al. (1997) ont mesuré à partir d'une application du modèle de gestion de cas de la réadaptation, le nombre de contacts requis entre gestionnaires de cas et clients. Ils ont rapporté que les clients recevaient en moyenne 5,7 heures de services réparties sur 9,2 contacts par mois alors que le critère de fidélité au modèle PACT rapporté par ces auteurs s'établit à 18,5. De leur côté, Allness et Knoedler (1998) rapportent qu'un programme qui s'inspire du modèle PACT original doit être en mesure d'offrir une flexibilité et une intensité de services qui s'ajustent à la trajectoire de la personne et aux aléas de la maladie. Pour ces auteurs, un client dont la situation est stable et qui présente peu de symptômes peut nécessiter trois contacts par semaine dispensés par quelques membres de l'équipe alors qu'un client en crise qui présente des symptômes aigus et de multiples incapacités fonctionnelles peut en nécessiter jusqu'à 14 contacts par semaine dispensés par tous les membres. Par conséquent, c'est à se demander si d'un point de vue clinique ces deux approches ne ciblent pas la même clientèle et que l'emploi de l'une ou de l'autre serait idéalement fonction de l'intensité des besoins à couvrir, compte tenu du caractère hétérogène de la population affectée par des troubles mentaux (Surber, 1994).

Les éléments de confusion qui émergent de la recherche

Bien qu'il existe des tendances objectives à la convergence suite à l'application des différents modèles, certains écrits masquent les contradictions fondamentales entre gestion de cas et suivi intensif dans le

milieu. Ainsi, la typologie des modèles de gestion de cas proposée par Robinson et Toff-Bergman (1989), trame de fond de plusieurs recensions, confine le suivi intensif à une forme particulière de gestion de cas : le modèle de soutien complet (*Full Support Model*). Or, ces auteurs ont fait le choix délibéré de proposer cette étiquette pour mettre en évidence que cette approche offre une gamme complète de services directs, et pour en différencier une composante inhérente, l'accès aux services (p. 19). Mais surtout, ils discernaient l'une des caractéristiques distinctives du suivi intensif, soit le fait que la gestion de cas n'était pas envisagée comme une fonction spécifique assumée par un seul individu mais comme une habilité professionnelle d'équipe (p. 26). Malgré que les tenants du modèle PACT aient toujours affirmé que leur modèle n'était pas une forme particulière de gestion de cas (Test 1979; Brekke et Test, 1987; Stein, 1990a, 1992a; Allness, 1997), l'étiquette du « modèle de soutien complet » est restée, et elle s'est fortement ancrée dans les écrits.

Ainsi, les auteurs qui assimilent le suivi intensif à une forme particulière de gestion de cas utilisent cette typologie proposée par Robinson et Toff-Bergman (1989) pour analyser l'impact des études qui émergent de l'application de ces deux approches (Solomon, 1992; Rapp, 1996a; CSMQ, 1997). D'abord, ce genre d'exercice conduit à répertorier une majorité d'études qui prétendent s'inspirer du modèle PACT. Ensuite, cette procédure permet de maintenir le modèle individuel de gestion de cas à l'ordre du jour puisque les études qui s'inspirent du modèle centré sur les forces du client ou du modèle de la réadaptation sont peu nombreuses, et que celles qui ont évalué le modèle de courtier de services ont enregistré des résultats négatifs et, à la limite, des effets iatrogéniques (Rapp, 1996a). Cependant, en mélangeant des applications disparates sous la même enseigne, cette typologie ouvre la porte à une confusion qui empêche de cerner avec précision les variables qui ont réellement un impact, limitant du coup les possibilités de généraliser les modalités d'intervention véritablement efficaces (Holloway et al., 1995). En effet, les auteurs qui examinent seulement les études qui prétendent s'inspirer du modèle PACT notent que certaines d'entre elles enregistrent des résultats mitigés parce que les applications décrites apportent des altérations substantielles au modèle original (Olfson, 1990; Stein, 1990a) ou que la propension à atteindre des résultats satisfaisants pour la clientèle quant au taux d'hospitalisation et à l'amélioration de la qualité de vie, est généralement proportionnelle au degré de fidélité des applications à l'égard du modèle original de Madison (Meisler et Santos, 1997).

Mais surtout, cela permet à des études aux contours flous de se faufiler et d'utiliser la référence au modèle PACT pour maquiller des formes intensives de gestion de cas en s'éloignant considérablement des principes à la base du suivi intensif dans le milieu. Par exemple, dans une étude pré et post test, Arana et al. (1991) affirment appliquer le modèle PACT au contexte d'un centre communautaire de Baltimore mais la majorité des contacts, tenus en clinique, ont un caractère psychothérapeutique, au lieu d'être axés sur l'entraînement aux habiletés sociales en milieu naturel. Bien que ce type d'intervention soit bénéfique pour une tranche de la clientèle, il faut noter que le suivi intensif représente un changement de paradigme par rapport au système basé sur la référence à des services spécialisés de psychothérapie, et qu'on ne doit pas confondre le suivi intensif dans le milieu avec le suivi intensif dans la clinique (Bond et al., 1991b). D'autres études dépassent cet écueil et enregistrent des gains positifs mais les applications étudiées reposent sur une division du travail tranchée entre les professionnels et le personnel auxiliaire. Ceux-ci admettent néanmoins que le succès de leurs programmes dépend de l'utilisation de travailleurs communautaires qui assistent les clients dans la résolution des problèmes de la vie quotidienne dans leur milieu de vie (Quinlivan et al., 1995, Morse et al., 1997).

Quand la confusion porte à conséquence et dissimule des contradictions

En fait, ces distorsions découlent des difficultés d'implantation et de généralisation des approches innovatrices dans le traitement et le suivi des personnes affligées par des troubles mentaux. Stein (1992b) donnait l'exemple des communautés thérapeutiques qui étaient à la mode il y a quelques années. Fondée sur une remise en question de la relation de pouvoir entre patients et thérapeutes, la référence à cette approche était largement répandue, mais peu d'applications en avaient réellement mis en pratique les préceptes. Néanmoins, Stein et Test (1985) ont eux-mêmes donné leur aval à une application qui a gonflé les travers potentiels du suivi intensif sans jamais la répudier explicitement par la suite. Il s'agit de l'expérience conduite à partir d'un centre communautaire par le Docteur Borland dans les années 80 dans l'État de Washington (Borland et al., 1989; McRae et al., 1990). Identifiée comme une approche de gestion intensive de cas, cette expérience reposait en pratique sur des méthodes coercitives pour maintenir la clientèle à l'extérieur de l'hôpital. Globalement, la réduction de l'hospitalisation a été atteinte grâce à une augmentation du recours à des formes d'hébergement protégé, à l'emploi massif d'une médication intraveineuse et au contrôle généralisé de l'ar-

gent des patients par confiance. Rapp (1996b) souligne que le niveau de fonctionnement social est resté le même durant les cinq ans du projet, et Rubin (1992b) se demande si la réduction de l'hospitalisation résulte de l'impact de cette démonstration ou plutôt d'une réduction générale de l'hospitalisation dans l'État durant cette période. Olfson (1990) souligne que les gestionnaires de cas avaient des charges de travail individuelles, voyaient surtout leurs patients au bureau et n'ont pas mis l'accent sur l'entraînement aux habiletés sociales en milieu naturel. Malgré un ratio moyen d'un intervenant pour neuf clients, le roulement du personnel était élevé au point où seul le médecin chef est demeuré en poste tout au long de l'expérience. Borland et al. (1989) rapportent également que le contrôle de l'argent était une source fréquente de conflits et ils admettent n'avoir jamais résolu les questions éthiques à cet égard. Enfin, les gestionnaires de cas ont vu leurs charges passer de neuf à 50 patients à la fin du projet (McRae et al., 1990), de sorte qu'ils sont revenus après la période intensive de gestion de cas au modèle du courtier qui est largement répandu dans les centres communautaires de santé mentale aux États-Unis (Meisler et Santos, 1997).

En réponse à la critique adressée à l'égard du caractère paternaliste du suivi intensif dans le milieu, Stein (1990a) explique que les tenants de cette approche sont généralement conscients de ses effets potentiellement débilissants et des problèmes éthiques qu'elle engendre. Outre une divergence sur la charge de travail individuelle, il s'agit là de la principale pomme de discorde avec les tenants du modèle de gestion de cas centré sur les forces du client qui insistent sur la nécessité de fonder toutes les interventions sur la reconnaissance du droit à l'autodétermination, alors que le processus de décision propre au modèle PACT est plutôt fondé sur l'accord réciproque (Rapp, 1996a; McGrew et Bond, 1995). En fait, la recherche active de la clientèle et le soutien actif des personnes dans leurs environnements sociaux confrontent les intervenants au revers de la médaille, soit l'intrusion dans toutes les sphères de la vie de la personne et au bris potentiel de la confidentialité. D'emblée, les intervenants mettent en place des mécanismes de protection pour s'assurer de la prise de la médication, du paiement du loyer ou de la nourriture et de la fidélité au traitement par l'accompagnement aux rendez-vous médicaux, afin d'éviter des restrictions encore plus sévères et la perte des acquis sociaux dans l'avenir (Diamond et Wilker, 1985; Dincin, 1990). *De facto*, le déplacement de l'intervention psychiatrique en milieu naturel ouvre la porte à des formes de coercition, et les questions à ce sujet doivent être abordées franchement et résolues au plan éthique. Diamond (1995, 1996) souligne que le contrôle autant que

l'absence de ressources peut conduire à des formes de coercition qui sont liées en dernière analyse aux failles d'un système n'offrant pas des soins appropriés ni un accès à une qualité de vie décente. Pour cet auteur, il est primordial de diminuer le recours à la coercition sous toutes ses formes et d'asseoir l'intervention sur la confiance et la persuasion en recherchant activement le consentement des personnes à la mise en place des moyens qui visent à soutenir les objectifs qu'elles-mêmes se fixent. Mais surtout, le recours à la coercition, lorsqu'elle est requise pour des raisons cliniques ponctuelles, doit être envisagé comme une mesure à court terme et non comme une stratégie de traitement à long terme. À l'instar de Surber (1994) qui propose une gestion clinique de cas, son utilisation implique une reconnaissance des règles éthiques propres à l'intervention en contexte d'autorité, et elle doit toujours faire l'objet d'un examen attentif de la part des intervenants.

Pour conclure : les points de repère essentiels

Ce qu'il faut retenir, c'est que ces deux approches, qui sont malgré tout en interaction continue, se développent à partir de logiques diamétralement opposées. *A priori*, il est relativement facile de discerner les points de départ différents de la gestion de cas et du suivi intensif dans le milieu à partir du modèle de courtier de services et du modèle PACT original. En effet, la gestion de cas s'organise d'abord à partir du constat administratif du morcellement des services et propose de confier à un intervenant la responsabilité de favoriser l'accès du client à des ressources sociales, alors que le suivi intensif s'élabore à partir du constat clinique des incapacités fonctionnelles laissées par la maladie et propose une gamme complète de services intégrés par le biais de la présence assidue d'une équipe multidisciplinaire qui, procurant à la personne un accompagnement dans la quotidienneté, lui permet de se maintenir dans son milieu. Ainsi, l'agencement spécifique de certains éléments structurels comme la charge de travail, le ratio entre la clientèle et les intervenants, la référence massive ou non à des formes d'hébergement protégé, et la proportion du temps accordée au soutien direct et à l'accompagnement de la personne dans son milieu, deviennent autant de points de repère qui permettent dans une certaine mesure de partager les deux approches.

Toutefois, une dynamique de convergence s'installe de sorte qu'il est parfois difficile de tracer entre elles une frontière étanche. D'une part, les modèles cliniques de gestion de cas au sens large (Rapp, 1998 ; Anthony, 1993 ; Surber, 1994) incorporent *de facto* des modalités d'intervention tirées de l'expérience réalisée par Stein et Test au Wisconsin,

comme la recherche active de la clientèle (*Assertive Outreach*) ou l'entraînement aux habiletés sociales en milieu naturel (*in vivo*). D'autre part, les programmes de suivi intensif qui s'inspirent de l'application généraliste réalisée à Chicago par le programme *Bridge* reprennent des modalités d'intervention propres à la gestion de cas puisqu'ils doivent forcément coordonner des services et référer leur clientèle à l'extérieur de l'équipe pour être en mesure de répondre aux besoins complexes des personnes suivies. Pour ajouter à cette complexité, on rapporte plusieurs expériences qui décrivent souvent des applications hybrides qui s'éloignent des cadres théoriques de référence ou introduisent des distorsions importantes venant embrouiller le champ.

Néanmoins, bien que le premier trait distinctif du modèle PACT se cristallise autour de la responsabilité collective d'une équipe à l'égard d'un groupe limité de clients, c'est d'abord et avant tout dans l'étendue des besoins de la clientèle et l'intensité des services requis qu'il faut chercher le point majeur qui va, en dernière analyse, différencier les applications qui s'inspirent soit du suivi intensif dans le milieu soit des modèles individuels de gestion de cas. Or cette dimension se mesure par la capacité d'une équipe de suivi intensif d'offrir elle-même au client, dans son milieu de vie, un nombre élevé de contacts (dans plusieurs sphères), qu'un seul gestionnaire de cas n'arriverait jamais à fournir (sous peine de sombrer dans l'épuisement professionnel).

Dans cette optique, le suivi intensif dans le milieu permet d'actualiser la réadaptation et l'intégration sociale des personnes ayant des besoins importants qui ne sont pas satisfaits dans un système de soins psychiatriques orienté seulement vers la résolution des crises à court terme. En effet, certaines personnes ont besoin à la limite d'une présence quotidienne dans leur milieu de vie pour avoir accès à un traitement à long terme en dehors du cadre hospitalier traditionnel (Test, 1992). De son côté, la gestion clinique de cas au sens large (Rapp, 1998; Anthony, 1993; Surber, 1994) permet de répondre aux besoins d'une tranche de la clientèle ayant des besoins moins importants suite à un traitement intensif dispensé dans le milieu (Burns et Santos, 1995) ou au sein d'un cadre hospitalier. Un système cohérent devrait idéalement être en mesure d'offrir les deux modalités d'intervention en fonction de l'évolution clinique et des besoins exprimés qui varient d'une personne à l'autre.

Enfin, malgré la complexité inhérente à ce champ d'intervention, les cliniciens doivent prendre note des apports respectifs et surtout des limites de chacune des approches à partir d'une perspective globale et sociale. Ainsi, l'ignorance du caractère potentiellement coercitif de l'application du modèle PACT peut conduire à des abus et l'adhésion à

ce modèle ne règle pas par magie tous les problèmes auxquels sont confrontées les personnes souffrant de troubles mentaux. En effet, sans une harmonisation des politiques sociales pour soutenir sa mise en place, le suivi intensif risque d'être orienté objectivement vers la survie, faute d'accès libre et gratuit à la médication de pointe, de logement social ou d'accès au marché du travail par des aménagements adaptés au niveau de la sécurité du revenu (Gélinas, 1997). Inversement, sans ressources adéquates, le recours massif à la gestion de cas peut conduire à une impasse et donner l'illusion qu'un professionnel à lui seul peut répondre à tous les besoins, tout en délaissant la pression sur les décideurs politiques pour qu'ils octroient les ressources nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie de la clientèle (Rothman, 1991 ; Dill, 1995). Autrement dit, le dernier point de repère à considérer pour nous permettre de différencier et d'apprécier la pertinence de ces deux approches est de se questionner à propos de la configuration globale du système qui nous entoure et qui façonne *de facto* l'application et l'utilisation de ces approches.

Notes

1. Plusieurs appellations ont circulé dans les écrits québécois : coordination des plans de services (Labrecque-Marceau, 1987 ; Tessier et al., 1992), *Case Management* (Nadeau, 1989), suivi communautaire (Lalonde, 1989 ; Rapp, 1994), *Case Management* affirmatif (De Cangas, 1994), suivi intensif dans le milieu (Engstrom et al., 1996), suivi intensif en équipe dans la communauté (Latimer et Nadeau, 1998), gestion de cas (Gauthier, 1997) ou suivi systématique (CSMQ, 1997). « *As anyone who follows the evaluation literature on in vivo service delivery will appreciate, it has become increasingly difficult to puzzle out the distinctions among "assertive community treatment", "continuous treatment", "assertive outreach", "agressive outreach", "assertive case management", "intensive case management", "clinical case management", "housing and supports", and several other more-or-less overlapping abstractions.* » (Witheridge, 1991, 48). Cette citation, laissée intentionnellement en anglais, procure au lecteur francophone les principaux mots clés pour conduire n'importe quelle recherche dans ce vaste champ mais surtout, elle révèle que la problématique des appellations tire son origine des écrits américains. À l'instar de Witheridge (1991), nous ne réglerons pas ce problème, et le lecteur doit prendre note de nos choix à ce niveau.
2. Au départ, en 1972, le modèle de Madison était identifié sous le vocable de *Training in Community Living (TCL)* et demeure l'expression encore utilisée de nos jours par Mary Ann Test dans ses écrits. Puis, il a été rebaptisé *Program of Assertive Community Treatment (PACT)*, d'où l'acronyme largement utilisé de *PACT MODEL* ou modèle PACT en français.

Enfin, Leonard I. Stein proposera une adaptation du programme original pour l'étendre à l'ensemble du système de santé mentale du comté de Dane (englobant Madison et ses environs) et qui sera connue sous le vocable de *Mobile Community Treatment (MCT)*. Thompson et al. (1990) ont consacré l'expression *Madison Model* pour décrire dans sa globalité l'expérience réalisée au fil des ans à cet endroit. Or, comme cette expérience a influencé la mise en place de plusieurs programmes ailleurs aux États-Unis, elle a donné naissance à une approche généralement identifiée par le vocable de *Assertive Community Treatment (ACT)*. Plusieurs traductions ont circulé à ce jour au Québec, comme le « modèle ACT » ou le « suivi intensif dans le milieu ».

3. « *Relativement au groupe contrôle, le groupe suivi par le programme PACT original montre : 1) moins de temps passé en prison, en situation d'itinérance ou à l'hôpital, 2) plus de temps sur le marché du travail, 3) une plus grande autonomie résidentielle, 4) moins de détresse psychologique, 5) plus de satisfaction à l'égard de la qualité de vie, 6) des niveaux similaires de suicide, 7) et des habiletés similaires à maintenir des relations sociales* » (Allness, 1997, 22).

Références

- ALLNESS, D. J., KNOEDLER, W. H., 1998, *The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manuel for PACT Start-Up*, NAMI Campaign to End Discrimination, NAMI Anti Stigma Foundation, National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), Arlington, Virginia.
- ALLNESS, D. J., 1997, *The Program of Assertive Community Treatment (PACT): The Model and Its Replication*, in Hollingsworth, E. J., ed., *The Successful Diffusion of Innovative Program Approaches, New Directions for Mental Health Services, 74*, Jossey-Bass, San Francisco, 17-26.
- ANTHONY, W. A., FORBESS, R., COHEN, M., 1993, *Rehabilitation-Oriented Case Management*, in Harris, M. and Bergman, H. C., eds, *Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice*, Harwood Academic Publishers, Langhorne, PA, 99-119.
- ARANA, J. D., HASTING, B., HERRON, E., 1991, *Continuous Care Teams in Intensive Outpatient Treatment of Chronic Mentally Ill Patients*, *Hospital and Community Psychiatry, 42, 5*, 503-507.
- AUSTIN, C. D., MCCLELLAND, R. W., 1996, *Introduction: Case Management-Everybody's Doing It*, in Austin, C. D. and McClelland, R. W., eds, *Perspectives on Case Management Practice*, Families International Inc., Milwaukee, Wisconsin, 1-16.

- BACHRACH, L. L., 1997, L'état des hôpitaux psychiatriques publics aux Etats-Unis en 1996, *Santé mentale au Québec*, 22, 2, 33-52.
- BAKER, F., INTAGLIATA, J., 1992, Case Management, in Liberman, R.P., ed., *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, MacMillan Publishing Company, New York, 213-243.
- BIGELOW, D. A., MCFARLAND, B. H., 1989, Comparative Costs and Impacts of Canadian and American Payment Systems for Mental Health Services, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 8, 805-808.
- BOND, G. R., 1989, Assertive Community Treatment of the Severely Mentally Ill: Recent Research Findings, in Davis, K. E., Harris, R., Farmer, R., Reeves, J., Segal, F., eds, *Strengthening the Scientific Base of Social Work Education for Services to the Long-Term Seriously Mentally Ill*, National Association of Deans and Directors of Schools of Social Work/School of Social Work Virginia Commonwealth University/National Institute of Mental Health, 162-195.
- BOND, G. R., WITHERIDGE, T. F., DINCIN, J., WASMER, D., WEBB, J., DE GRAFF-KASER, R., 1990, Assertive Community Treatment for Frequent Users of Psychiatric Hospitals in a Large City: A Controlled Study, *American Journal of Community Psychology*, 18, 6, 865-891.
- BOND, G. R., 1991, Variations in an Assertive Outreach Model, in Cohen, N.L., ed., *Psychiatric Outreach to the Mentally Ill*, *New Directions for Mental Health Services*, 52, Jossey-Bass, San Francisco, 65-80.
- BOND, G. R., PENSEC, M., DIETZEN, L., MCCAFFERTY, D., GIEMZA, R., SIPPLE, H. W., 1991a, Intensive Case Management for Frequent Users of Psychiatric Hospitals in a Large City: A Comparison of Team and Individual Caseloads, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 1, 90-98.
- BOND, G. R., WITHERIDGE, T. F., DINCIN, J., WASMER, D., 1991b, Assertive Community Treatment: Correcting Some Misconceptions, *American Journal of Community Psychology*, 19, 1, 41-51.
- BORLAND, A., MCRAE, J., LYCAN, C., 1989, Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, 369-376.
- BREKKE, J., TEST, M. A., 1987, An Empirical Analysis of Services Delivered in a Model Community Support Program, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10, 4, 51-56.
- BURNS, B. J., SANTOS, A. B., 1995, Assertive Community Treatment: An Update of Randomized Trials, *Psychiatric Services*, 46, 7, 669-675.

- CHAMBERLAIN, R., RAPP, C. A., 1991, A Decade of Case Management: A Methodological Review of Outcome Research, *Community Mental Health Journal*, 27, 3, 171-188.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec,
- DIAMOND, R. J., WILKER, D. I., 1985, Ethical Problems in Community Treatment of the Chronically Mentally Ill, in STEIN, L.I., TEST, M.A., eds, *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience*, *New Directions for Mental Health Services*, 26, Jossey-Bass, San Francisco, 85-93.
- DIAMOND, R., J, 1995, Coercion in the Community: Issues for Mature Treatment Systems, in STEIN, L.I., HOLLINGSWORTH, E.J., eds, *Maturing Mental Health Systems*, *New Directions for Mental Health Services*, 66, Jossey-Bass, San Francisco, 3-18.
- DIAMOND, R. J., 1996, Coercion and Tenacious Treatment in the Community: Applications to the Real World in DENNIS, D. L., MONAHAN, J., eds, *Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*, Plenum Press, New York, 51-72.
- DE CANGAS, J. P. C., 1994, Le case management affirmatif : une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier, *Santé mentale au Québec*, 19, 1, 75-92.
- DECI, P. A., SANTOS, A. B., HIOTT, D. W., SCHOENWALD, S., DIAS, J. K., 1995, Dissemination of Assertive Community Treatment Programs, *Psychiatric Services*, 46, 7, 676-678.
- DEGEN, K., COLE, N., TAMAYO, L., DZEROVYCH, G., 1990, Intensive Case Management for The Seriously Mentally Ill, *Administration and Policy in Mental Health*, 17, 4, 265-269.
- DEITCHMAN, W. S., 1980, How many Case Managers does it take to screw in a light bulb?, *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 11, 788-789.
- DILL, A., 1995, Case Management as a cultural practice, in ALBRECHT, G. L., ed., *Advances in Medical Sociology*, 6, 81-117.
- DINCIN, J., 1990, Assertive Case Management, *Psychiatric Quarterly*, 61, 1, 49-55.
- DINCIN, J., 1995, A Pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation: Lessons from Chicago's Thresholds Program, *New Direction for Mental Health Services*, 68, Jossey-Bass, San Francisco.

- DRAINE, J., 1997, A Critical Review of Randomized Field Trials of Case Management for Individuals With Serious and Persistent Mental Illness, *Research on Social Work Practice*, 7, 1, 32-52.
- DURBIN, J., GOERING, P., WASYLENKI, D., ROTH, J., 1997, Who Gets How Much of What: A Description of Intensive Case Management, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3, 49-56.
- ENGSTROM, K., BROOKS, E. B., JONIKAS, J. A., COOK, J. A., WITHERIDGE, T. F., 1995, *Le suivi intensif dans le milieu auprès des personnes itinérantes et atteintes de troubles mentaux sévères et persistants : un guide pour intervenants*. Adaptation du manuel pour intervenants du programme The Bridge, traduit de l'américain par Vesta Wagener-Jobidon avec le concours de Dominique Paquette et Marie-Carmen Plante, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec.
- FRANKLIN, J. L., SOLOVITZ, B., MASON, M., CLEMONS, J. R., MILLER, G. E., 1987, An Evaluation of Case Management, *American Journal of Public Health*, 77, 6, 674-678.
- GAUTHIER, A., 1997, *Options dans l'organisation des services de santé mentale : enseignements de la recherche évaluative*, Service de l'évaluation du système et des modes d'organisation des services, Direction de la recherche et de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- GÉLINAS, D., 1997, Travail social et suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, *Intervention*, 105, 8-15.
- GOERING, P. N., WASYLENKI, D. A., FARKAS, M., LANCEE, W. J., BALLANTYNE, R., 1988, What Difference Does Case Management Make?, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 3, 272-276.
- GREENLEY, J. R., 1995, Madison, Wisconsin, United States: Creation and Implementation of the Program of Assertive Community Treatment (PACT), in Schulz, R., Greenley, J. R., *Innovating in Community Mental Health*, Praeger, Westport, Connecticut, 84-96.
- HARRIS, M., BERGMAN, H. C., 1987, Case Management with the Chronically Mentally Ill: A Clinical Perspective, *American Journal of Ortho-Psychiatry*, 57, 2, 296-302.
- HARRIS, M., BERGMAN, H. C., 1988, Misconceptions about Use of Case Management Services by the Chronic Mentally Ill: A Utilization Analysis, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 12, 1276-1280.

- HARRIS, M., BERGMAN, H. C., 1993, eds, *Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice*, Harwood Academic Publishers, Langhorne PA.
- HOLLOWAY, F., 1991, Case Management for the Mentally Ill: Looking at the Evidence, *The International Journal of Social Psychiatry*, 37, 12-13, 1-13.
- HOLLOWAY, F., OLIVER, N., COLLINS, E., CARSON, J., 1995, Case management: a critical review of the outcome literature, *European Psychiatry*, 10, 113-128.
- HROMCO, J. G., LYONS, J. S., NIKKEL, R. E., 1995, Mental Health Case Management: Characteristics, Job Function, and Occupational Stress, *Community Mental Health Journal*, 31, 2, 111-125.
- INTAGLIATA, J., BAKER, F., 1983, Factors Affecting Case Management Services for the Chronically Mentally Ill, *Administration in Mental Health*, 11, 2, 75-91.
- JONHSON, P. J., RUBIN, A., 1983, Case Management in Mental Health: A Social Work Domain?, *Social Work*, 28, 1, 45-55.
- KANTER, J. S., 1989, Clinical Case Management: Definition, Principles, Components, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 3, 361-368.
- LABRECQUE-MARCEAU, M.-P., 1987, La coordination des plans de services, *Santé Mentale au Québec*, 12, 1, 108-116.
- LALONDE, L., 1989, Le suivi communautaire, une nouvelle pratique?, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 2, 2, 179-183.
- LATIMER, E., NADEAU, L., 1998, *Le suivi intensif en équipe dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles mentaux persistants et particulièrement sévères*, Conseil d'évaluation des technologies de la santé, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- LAMB, H. R., 1980, Therapist – Case Managers: More than Brokers of Services, *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 11, 762-764.
- MACIAS, C., KINNEY, R., FARLEY, O. W., JACKSON, R., VOS, B., 1994, The Role of Case Management Within a Community Support System: Partnership with Psychosocial Rehabilitation, *Community Mental Health Journal*, 30, 4, 323-346.
- MCGREW, J. D., BOND, G. R., 1995, Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: Judgments of the Experts, *The Journal of Mental Health Administration*, 22, 2, 113-125.

- MCRAE, J., HIGGINS, M., LYCAN, C., SHERMAN, W., 1990, What Happens to Patients After Five Years of Intensive Case Management Stops?, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 2, 175-179.
- MECHANIC, D., SURLES, R. C., 1992, Challenges in State Mental Health Policy and Administration, *Health Affairs*, 11, 3, 34-50.
- MEISLER, N., DETICK, A., TREMPER, R., 1995, Statewide Dissemination of the Training in Community Living Program, *Administration and Policy in Mental Health*, 23, 1, 71-76.
- MEISLER, N., GONZALES, C., 1997, Medicaid Financing, in Henggeler, S. W., Santos, A. B., eds, *Innovative Approaches for Difficult-to-Treat Populations*, American Psychiatric Press, Washington, 395-410.
- MEISLER, N., SANTOS, A. B., 1997, From the Hospital to the Community: The Great American Paradigm Shift, in Henggeler, S. W., Santos, A. B., eds, *Innovative Approaches for Difficult-to-Treat Populations*, American Psychiatric Press, Washington, 167-190.
- MILLER, G., 1983, Case Management: The Essential Service, in Sanborn, C.J., ed., *Case Management in Mental Health Services*, The Haworth Press, New York, 3-15.
- MORSE, G. A., CALSYN, R. J., KLINKENBERG, W. D., TRUSTY, M. L., GERBER, F., SMITH, R., TEMPELHOFF, B., AHMAD, L., 1997, An Experimental Comparison of Three Types of Case Management for Homeless Mentally Ill Persons, *Psychiatric Services*, 48, 4, 497-503.
- MOUND, B., GYULAY, R., KHAN, P., GOERING, P., 1991, The Expanded Role of Nurse Case Managers, *Journal of Psychosocial Nursing*, 29, 6, 18-22.
- MOWBRAY, C. T., PLUM, T. B., MASTERTON, T., 1997, Harbinger II: Deployment and Evolution of Assertive Community Treatment in Michigan, *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 2, 125-139.
- MUIJEN, M., MCNAMEE, G., 1989, A visitor's view of Madison's Program for Assertive Community Treatment (PACT), *Psychiatric Bulletin*, 13, 352-355.
- NADEAU, B., 1989, Le Case Management : au carrefour de l'intervention clinique et communautaire, *Santé Mentale au Québec*, 14, 2, 51-59.
- NETTING, F.E., 1992, Case Management: Service or Symptom?, *Social Work*, 37, 2, 160-164.
- OLFSON, M., 1990, Assertive Community Treatment: An Evaluation of the Experimental Evidence, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 634-641.

- QUINLIVAN, R., HOUGH, R., CROWELL, A., BEACH, C., HOFSTETTER, R., KENWORTHY, K., 1995, Service Utilization and Costs of Care for Severely Mentally Ill Clients in an Intensive Case Management Program, *Psychiatric Services*, 46, 4, 365-371.
- RAPP, C. A., 1994, Une nouvelle perspective pour assurer le suivi communautaire auprès de personnes atteintes de troubles mentaux, Traduit de l'américain par Vesta Wagoner-Jobidon, A.Q.R.P., *Le Partenaire*, 3, 1, 3-6.
- RAPP, C. A., 1996a, The Active Ingredients of Effective Case Management: A Research Synthesis, in Giesler, L. J., ed., *Case Management for Behavioral Managed Care*, The National Association of Case Management, Cincinnati, Ohio, 5-51.
- RAPP, C. A., 1996b, Case Management with People with Severe and Persistent Mental Illness, in Austin, C.D. et McClelland, R.W., eds, *Perspectives on Case Management Practice*, Families International Inc., Milwaukee, Wisconsin, 17-45.
- RAPP, C. A., 1998, *The Strengths Model: Case Management With People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, Oxford University Press, New York.
- RIDGELEY, M. S., MORRISSEY, J. P., PAULSON, R. I., GOLDMAN, H. H., CALLOWAY, M. O., 1996, Characteristics and Activities of Case Managers in the RWJ Foundation Program on Chronic Mental Illness, *Psychiatric Services*, 47, 7, 737-743.
- ROBINSON, G. K., TOFF-BERGMAN, G., 1989, *Choices in Case Management: Current Knowledge and Practice for Mental Health Programs*, Mental Health Policy Ressource Center, Washington D.C.
- ROTHMAN, J., 1991, A Model of Case Management: Toward Empirically Based Practice, *Social Work*, 36, 6, 520-528.
- RUBIN, A., 1989, Research on Long Term Care of Mental Illness: A Challenge and Opportunity for Social Work, in Davis, K. E., Harris, R., Farmer, R., Reeves, J., Segal, F., eds, *Strengthening the Scientific Base of Social Work Education for Services to the Long-Term Seriously Mentally Ill*, National Association of Deans and Directors of Schools of Social Work/School of Social Work Virginia Commonwealth University/National Institute of Mental Health, 39-74.
- RUBIN, A., 1992a, Case Management, in Rose, S. M., ed., *Case Management and Social Work Practice*, State University of New York at Stony Brook, Longman, New York, 5-20.

- RUBIN, A., 1992b, Is Case Management Effective for People with Serious Mental Illness? A Research Review, *Health and Social Work*, 17, 2, 138-150.
- SANTOS, A. B., HENGGELER, S. W., BURNS, B. J., ARANA, G. W., MEISLER, N., 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*, 152, 8, 1111-1123.
- SOLOMON, P., 1992, The Efficacy of Case Management Services for Severely Mentally Disabled Clients, *Community Mental Health Journal*, 28, 3, 163-180.
- STEIN, L. I., TEST, M. A., 1980, Alternative to Mental Hospital Treatment, *Archives of General Psychiatry*, 37, 4, 392-397.
- STEIN, L. I., TEST, M. A., 1985, The Evolution of the Training in Community Living Model, in Stein L.I. and Test M. A., eds, *The Training in Community Living: A Decade of Experience*, *New Directions for Mental Health Services*, 26, Jossey-Bass, San Francisco, 7-16.
- STEIN, L. I., DIAMOND, R. J., 1985, A Program for Difficult-to-Treat Patients, in Stein L.I. and Test M. A., eds, *The Training in Community Living: A Decade of Experience*, *New Directions for Mental Health Services*, 26, Jossey-Bass, San Francisco, 29-39.
- STEIN, L. I., 1990a, Comments by Leonard Stein, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 649-651.
- STEIN, L. I., DIAMOND, R. J., FACTOR, R. M., 1990b, A system approach to the care of persons with schizophrenia, in Hertz, M. I., Keith, S. J., Docherty, J. P., eds, *Handbook of Schizophrenia*, vol. 4, *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*, Elsevier Sciences Publishers, Amsterdam, 213-246.
- STEIN, L. I., 1992a, On The Abolishment Of The Case Manager, *Health Affairs*, 11, 3, 172-177.
- STEIN, L. I., 1992b Innovating Against the Current, in Stein, L.I., ed., *Innovative Community Mental Health Programs*, *New Directions for Mental Health Services*, 56, Jossey-Bass, San Francisco, 5-22.
- STEIN, L. I., SANTOS, A. B., 1998, *Assertive Community Treatment of Persons With Severe Mental Illness*, WW Norton and Company, New York.
- STROUL, B.A., 1989, Introduction to the Special Issue: The Community Support System Concept/ Community Support Systems for Persons with Long-Term Mental Illness: A Conceptual Framework, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 3, 5-26.

- SURBER, R. W., ed., 1994, *Clinical Case Management: A Guide to Comprehensive Treatment of Serious Mental Illness*, A Sage Focus Edition, Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- TESSIER, L., CLÉMENT, M., WAGENER-JOBIDON, V., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90*, Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, Québec, Canada.
- TEST, M. A., 1979, Continuity of Care in Community Treatment, in Stein, L.I., ed., *Community Support Systems for the Long-Term patient*, *New Directions for Mental Health Services*, 2, Jossey-Bass, San Francisco, 15-23.
- TEST, M. A., KNOEDLER, W., ALLNESS, D., 1985, The Long-Term Treatment of Young Schizophrenics in a Community Support Program, in Stein, L. I., Test, M. A., eds, *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience*, *New Directions for Mental Health Services*, 26, Jossey-Bass, San Francisco, 17-27.
- TEST, M. A., SCOTT, R. A., 1990, Theoretical and research bases of community care programs, in Marks, I. M., Scott, R. A., eds, *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation*, Cambridge University Press, Cambridge, England, 11-16.
- TEST, M. A., KNOEDLER, W., ALLNESS, D., BURKE, S. S., BROWN, R. L., WALLISCH, L. S., 1991, Long-Term Community Care Through an Assertive Continuous Treatment Team, in Tamminga, C. A., Schultz, S. C., eds, *Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology, Vol. 1: Schizophrenia Research*, Raven Press, New York, 239-245.
- TEST, M. A., 1992, Training in Community Living, in Liberman, R. P., ed., *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Macmillan Publishing Company, New York, 153-170.
- TEST, M. A., 1998, Community-Based Treatment Models for Adults with Severe and Persistent Mental Illnesses, in Williams, J. B. K., Ell, K., eds, *Recent Advances in Mental Health Research*, National Association of Social Workers, NASW Press, Washington D.C., 420-436.
- THOMPSON, K. S., GRIFFITH, E. E. H., LEAF, P. J., 1990, A Historical Review of the Madison Model of Community Care, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 625-634.
- TORREY, E. F., 1986, Continuous Treatment Teams in the Care of the Chronic Mentally Ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 12, 1243-1247.
- TORREY, E. F., 1988, *Nowhere to Go: The Tragic Odyssey of the Homeless Mentally Ill*, Harper and Row Publishers, New York.

- TORREY, E.F., 1997, *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis*, John Wiley and Sons, inc., New York.
- TURNER, J.E., SHIFREN, I., 1979, Community Support System: How Comprehensive? in Stein, L.I., ed., *Community Support Systems for the Long-Term Patient*, *New Directions for Mental Health Services*, 2, Jossey-Bass, San Francisco, 1-13.
- WEICK, A., 1992, Building a Strengths Perspective for Social Work, in Saleebey, D., ed., *The Strengths Perspective in Social Work Practice*, Longman, New York, 18-26.
- WEIL, M., KARLS, J. M., 1985, Historical Origins and Recent Developments, in Weil, M. and Karls, J. M. and Associates, eds, *Case Management in Human Service Practice*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1-28.
- WITHERIDGE, T. F., DINCIN, J., 1985 The Bridge: An Assertive Outreach Program in an Urban Setting, in Stein L.I. et Test, M.A., eds, *The Training in Community Community Living Model: A Decade of Experience*, *New Directions for Mental Health Services*, 26, Jossey-Bass, San Francisco, 65-75.
- WITHERIDGE, T. F., 1989, The Assertive Community Treatment Worker: An Emerging Role and Its Implications for Professional Training, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 6, 620-624.
- WITHERIDGE, T. F., 1991, The Active Ingredients of Assertive Outreach, in Cohen, N. L., ed., *Psychiatric Outreach to the Mentally Ill*, *New Directions for Mental Health Services*, 52, Jossey-Bass, San Francisco, 47-64.

ABSTRACT

Points of reference to distinguish Case Management from Assertive Community Treatment

The author proposes a synthesis of the essential elements to distinguish Case Management from Assertive Community Treatment with people suffering from severe mental illness. By situating these two approaches in their social context, the author identifies points of reference that allow to distinguish them one from the other on both practical and conceptual levels. This exercise allows to dissipate the widespread confusion in the literature as well as give clinical workers the necessary tools to identify the appropriate models to meet the needs of the clientele. This also implies taking into consideration the characteristics of the system in which they intervene for its configuration exerts a considerable influence on their work.

RESUMEN

Puntos de referencia para diferenciar la gestión de casos del seguimiento intensivo en el medio, para personas que sufren de desordenes graves

El autor propone una síntesis de los elementos esenciales que permiten diferenciar la gestión de casos del seguimiento intensivo en el medio, para las personas que sufren de desordenes mentales graves. Situando en su contexto social el desarrollo de estos dos enfoques, el autor identifica los puntos de referencia que permiten distinguirlos a nivel conceptual y práctico. Este ejercicio permite disipar la confusión generalizada en los escritos y ofrece útiles a los clínicos para que puedan identificar los modelos más apropiados para responder a las necesidades de sus clientes. Esto implica que hay que tomar en consideración las características del sistema en el que intervienen puesto que su configuración ejerce una influencia considerable en su trabajo.