

Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement : que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales ?

Case management for moderate-need clientele and recovery: what can we learn from experimental and quasi-experimental studies?

Apoyo de intensidad variable (AIV) y recuperación: ¿qué nos enseñan los estudios experimentales y cuasi experimentales?

Acompanhamento de intensidade variável (AIV) e restabelecimento: o que nos mostram os estudos experimentais e quase-experimentais?

Eric Latimer and Daniel Rabouin

Le traitement dans la communauté
Volume 36, Number 1, Spring 2011

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1005812ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1005812ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Latimer, E. & Rabouin, D. (2011). Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement : que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales ? *Santé mentale au Québec*, 36 (1), 13-34.
<https://doi.org/10.7202/1005812ar>

Article abstract

How should case management be organized for people who have severe mental illness, but do not need Assertive Community Treatment or similar high-intensity programs? To address this question, the authors conducted a systematic review of studies published in English between 1980 and 2010. Five main case management models were identified: broker, clinical case management, rehabilitation, strengths and intensive case management. In all, 11 experimental and 13 quasi-experimental studies evaluating case management programs not targeted at a typical ACT clientele were identified. These studies suggest that the strengths model, which can be viewed as a way of structuring intensive case management for a moderate-need population, is the best supported by evidence if one desires to see effects not only on hospital days, but also on other domains such as symptoms, quality of life and social functioning. It is also compatible with a recovery orientation. The evidence in its favor, however, remains modest.



Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement : que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales ?

Eric Latimer*

Daniel Rabouin**

Comment structurer le soutien d'intensité variable (SIV) pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves, mais qui ne requièrent pas de suivi intensif ? Pour répondre à cette question, les auteurs ont effectué une recension des études de langue anglaise publiées entre 1980 et 2010. Ils ont identifié cinq modèles principaux : le modèle de courtage, la gestion de cas clinique, le modèle de réadaptation, le modèle des forces, et la gestion de cas intensive. En tout, 11 études expérimentales et 13 quasi expérimentales pertinentes ont été répertoriées. Selon ces études, le modèle des forces, considéré comme une façon de structurer le soutien d'intensité variable, est le mieux fondé sur des données probantes, non seulement en termes de réduction du nombre d'hospitalisations, mais aussi au niveau des dimensions telles que les symptômes, la qualité de vie et le fonctionnement social. Ce modèle est aussi compatible avec le concept du rétablissement, bien que les preuves demeurent restreintes.

Le *Plan d'Action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* fixe des cibles populationnelles pour le nombre de places en suivi intensif et en soutien d'intensité variable : 70 et 250 par 100 000 de population, respectivement (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Le modèle privilégié pour le suivi intensif est clairement

* Ph.D., Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas ; Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill.

** M.Sc., Agent de recherche, Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Remerciements : Les auteurs remercient Daniel Gélinas pour de nombreux commentaires pertinents, François Neveu pour ses suggestions utiles ainsi que deux réviseurs anonymes. Nous remercions également les participants à un séminaire de l'Institut Douglas. La production de cet article a été financée par la subvention PHE-85204 du programme Partenariat pour l'amélioration des services de santé des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Outre les IRSC, cette subvention inclut un financement complémentaire du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, ainsi qu'une contribution ou participation des Agences de Santé et Services sociaux de Montréal-Centre, Montérégie et Mauricie-Centre-du-Québec ; et des Centres de santé et services sociaux Ouest-de-l'Île, Sud-Ouest-Verdun, Dorval-LaSalle-Lachine, Haut-Richelieu Rouville, Haute-Yamaska et Trois-Rivières, ainsi que de l'Institut en santé mentale universitaire Douglas.

spécifié : il s'agit du modèle *Assertive Community Treatment* décrit dans la littérature depuis 1980, et dont s'est inspiré l'Association des hôpitaux du Québec pour son *Guide de pratiques pour les équipes de suivi intensif dans la communauté* (Association des hôpitaux du Québec, 2004). Le suivi intensif est depuis longtemps reconnu comme une pratique fondée sur les données probantes, et demeure sur toutes les listes de telles interventions ; le modèle a été progressivement modifié au fil des années, entre autres pour le rendre plus compatible avec la philosophie du rétablissement (Salyers et Tsemberis, 2007).

En revanche, le *Plan d'action* donne peu de précisions au sujet du soutien d'intensité variable (SIV) :

«Le soutien d'intensité variable de type Case management s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. Dans ce cas, l'intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. L'intervenant qui offre un soutien d'intensité variable doit établir un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service. Dans le secteur de la santé mentale, c'est l'intervenant-pivot qui coordonne les services, établit les liens auprès de la personne traitée et assure une présence même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services.» (51-52)

Il fait aussi référence aux *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale* élaborées par le MSSS en 2002, lesquelles font allusion au modèle de réadaptation pour le SIV, sans toutefois appuyer ce choix sur une recension des écrits.

Corrigan et al. (2008) ont regroupé les différentes formes de case management sous des vocables qui correspondent à un modèle plus ou moins défini dans la littérature : le case management de courtage (*broker case management*, ou *brokerage case management*) ; le case management clinique ; le *case management* de réadaptation (*rehabilitation case management*) ; le modèle des forces (*strengths model*) ; le case management intensif (*intensive case management*) ; et le suivi intensif en équipe (PACT ou ACT), souvent appelé aussi suivi intensif dans le milieu (SIM) au Québec.

L'Agence de la Mauricie-Centre-du-Québec a publié en 2007, un *Cadre de référence régional sur le soutien d'intensité variable en santé mentale*. Ce cadre n'identifie pas de modèle de case management en particulier. Il propose plutôt une synthèse de plusieurs éléments de sources diverses qui intègre aussi les notions d'appropriation du pouvoir (*empowerment*) et de rétablissement, et qui tente de situer le SIV en relation avec le suivi intensif en équipe.

En 2010, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a mis sur pied une formation sur le SIV qui s'inspire d'éléments de la littérature, dont une liste de dix principes d'un *case management* efficace que Rapp et Goscha ont proposée (Rapp and Goscha 2004). Cette liste a été construite à partir d'une synthèse d'études expérimentales et quasi expérimentales américaines, études ayant évalué le suivi intensif en équipe (17 études) et le modèle des forces (4 études). Les études sur l'*intensive case management* en particulier, ont été exclues à cause de la trop grande variabilité des programmes qui y sont assignés.

Tableau 1
**Dix principes d'une gestion de cas efficace
selon Rapp et Goscha, 2004**

-
1. Maximiser l'aide fournie directement par les intervenants-pivots ;
 2. Privilégier les contacts avec les partenaires naturels dans la communauté — propriétaires, voisins, employeurs, collègues, etc. ;
 3. Effectuer l'intervention en milieu naturel ;
 4. Mettre à contribution les perspectives de tous les membres de l'équipe dans la planification de l'intervention, l'intervention elle-même pouvant se faire soit en équipe pour un client donné, soit sur une base individuelle ;
 5. Faire assumer par l'équipe la responsabilité pour les services que reçoivent ses clients ;
 6. Ouvrir la porte à une grande diversité de formations pour les intervenants-pivots, mais en s'assurant que l'équipe inclue un spécialiste en emploi et un spécialiste en dépendances, et aussi qu'elle soit supervisée par un professionnel expérimenté et qualifié ;
 7. Limiter le nombre de clients par intervenant à 20, ou à la limite 30 si les clients desservis sont suffisamment autonomes ;
 8. Permettre que les clients qui le désirent et en ont besoin puissent recevoir des services pendant une période de temps indéterminée ;
 9. Faire en sorte que les clients d'une équipe aient accès à des personnes familières 24 heures par jour, 7 jours par semaine ;
 10. Donner autant de choix que possible aux clients.
-

Rapp et Goscha (2004) s'appuient ainsi principalement sur des études sur le suivi intensif, mais que pourrait révéler une synthèse qui porte uniquement sur des études de programmes de case management qui ciblent plutôt une clientèle de type SIV ?

Les objectifs de cet article ont donc été : 1) de décrire les principaux modèles de gestion de cas identifiés dans la littérature ; 2) d'effectuer une

recension des études expérimentales et quasi expérimentales (incluant celles réalisées ailleurs qu'aux États-Unis), afin de faire le point sur le meilleur type de gestion de cas pour la clientèle SIV.

Méthodes

Dans un premier temps, nous avons identifié des références bibliographiques qui permettent de décrire les modèles à partir de sources primaires (sources qui se rapprochent le plus possible des concepteurs des modèles).

Nous avons ensuite effectué une recherche sur les bases de données Psych-Info, Medline et EMBASE, entre 1980-2010, avec les mots-clés (ainsi que les *subject headings* associés à ces mots-clés) *case management* ET *mental illness* OU *mental disorder*. Seuls les articles de langue anglaise ont été retenus. Les abrégés ont ensuite permis d'identifier les études qui comparaient deux modèles de case management, ou un modèle de case management et les services habituels pour les personnes avec des troubles mentaux graves. Les études sur le modèle ACT en comparaison avec un autre, ont été exclues. D'autres articles ont été identifiés à partir de listes de références des synthèses répertoriées (Holloway et al., 1995 ; Scott et Dixon, 1995 ; Baronet et Gerber, 1998 ; Marshall et al., 1998 ; Mueser et al., 1998 ; Ziguras et Stuart, 2000 ; Aubry et al., 2004 ; Corrigan et al., 2008 ; Dieterich et al., 2011). Ce processus initial a permis d'identifier 89 études (dont plusieurs sont rapportées en plusieurs articles).

Nous avons ensuite cherché à éliminer les évaluations de programmes destinés à des clientèles ACT : celles qui ont en très grande majorité des troubles psychotiques, un nombre élevé d'hospitalisations (seuil, un peu arbitraire, de 2 hospitalisations ou plus dans les deux dernières années) et des difficultés de fonctionnement importantes. Si les données disponibles ne permettaient pas toujours une application stricte de ces critères, nous avons tenté d'éviter les études sur des programmes qui ciblaient la minorité de clients avec les difficultés les plus grandes. De plus, nous avons éliminé les études sur des programmes qui visent principalement à prévenir la ré-hospitalisation. Nous avons aussi exclu les études sur des clientèles uniques : personnes itinérantes, ex-détenus, les personnes qui vivent un premier épisode psychotique, ou qui ont toutes un double diagnostic santé mentale/alcoolisme-toxicomanie. Dans un cas, une étude multi-sites qui a eu recours à des devis différents pour 3 sites, a été répartie en trois études (Ryan et al., 1999 ; Ford et al., 2001). Nous avons ensuite classé les programmes en cinq groupes : modèle des forces, modèle de

réadaptation, modèle de courtage, modèle de gestion de cas clinique et enfin, une catégorie appelée gestion de cas intensive. Pour être classé dans les quatre premiers groupes, un programme devait être clairement identifié au modèle, et la description devait suggérer un niveau de fidélité au modèle raisonnable. Dans le cinquième groupe, nous avons regroupé des programmes qui ne s'inscrivent pas dans les autres catégories, et qui décrivent des formes plus ou moins intensives de suivi, parfois un modèle d'intervention singulier.

À la fin de ce processus, il restait 24 études, 11 à devis expérimental (répartition aléatoire des sujets entre 2 ou 3 groupes), et 13 avec un devis quasi expérimental, généralement, une comparaison avant-après, ou une comparaison avec un échantillon apparié. Toutes les études comparatives portaient sur un modèle de case management et les services habituels (treatment as usual) ou le case management standard, à l'exception d'une étude qui comparait également deux variantes d'une approche expérimentale (O'Donnell et al., 1999).

Des 24 études répertoriées, nous avons extrait en particulier les effets sur les variables liées aux dimensions suivantes : nombre d'admissions, jours d'hospitalisation, visites à l'urgence, niveau des symptômes psychiatriques, qualité de vie et niveau de fonctionnement. Nous avons mis ces domaines en relief à cause de leur importance évidente, et parce qu'ils sont le plus souvent mesurés. Les résultats sur d'autres variables ont également été rapportés.

Résultats

Principaux modèles

Nous décrivons ici les principaux modèles, leurs particularités et leurs caractéristiques, à l'exception du modèle de gestion de cas intensive qui n'est pas défini de façon assez spécifique. Nous avons également inclus une description du modèle de gestion de cas clinique, même si nous n'avons relevé aucune étude expérimentale ou quasi expérimentale qui l'évalue de façon explicite¹.

Le modèle de courtage

Le modèle de courtage, outre l'engagement avec le client, donne essentiellement quatre tâches à l'intervenant : l'évaluation, la planification de services, les références et la représentation.

L'évaluation consiste à déterminer quelles sont les forces, les faiblesses, les ressources et les besoins de la personne. Selon cette évaluation, l'intervenant-pivot développe ensuite un plan de services. La mise en œuvre de ce plan consiste surtout à référer la personne aux

ressources formelles ou informelles dans la communauté, qui incluent les services de santé mentale. De plus, lorsque nécessaire, le gestionnaire de cas s'engage dans des activités de représentation afin que la personne puisse obtenir les services de qualité dont elle a besoin. Au début du traitement, l'intervenant-pivot peut aussi tenter d'établir un lien avec la personne afin de favoriser son engagement. L'intervenant-pivot travaille avec un nombre élevé de clients, il a donc peu de temps pour les services directs tels l'aide au niveau des activités de vie quotidienne (Intagliata, 1982 ; Solomon, 1992).

La gestion de cas clinique

Le modèle de gestion de cas clinique peut être considéré comme une extension du modèle de courtage. Les activités de base sont les mêmes : engagement, évaluation, planification des services, références, représentation. Toutefois, avec un ratio clients/intervenants qui est moindre (pas plus de 50 : 1), ces activités peuvent être effectuées plus en profondeur. L'intervenant-pivot peut aussi dispenser des services directs.

Ainsi, plus de temps peut être consacré à l'engagement auprès des personnes qui vivent de plus grandes difficultés. L'évaluation peut inclure des dimensions cliniques plus développées. L'intervenant-pivot peut aussi consulter la famille et intervenir pour maintenir ou élargir le réseau social de la personne. Il collabore plus activement avec l'équipe soignante, et prête plus d'attention à la gestion de la médication. Enfin, il peut faire de la psychothérapie individuelle, l'apprentissage d'activités de vie quotidienne et de la psychoéducation. Il intervient en cas de crise et surveille l'état de la personne (Kanter, 1989).

Le modèle de réadaptation

Le modèle de réadaptation intègre au modèle de courtage, la réadaptation psychiatrique selon la conception du Center for Psychiatric Rehabilitation de l'Université de Boston. Comme pour le modèle de gestion de cas clinique, les éléments de base demeurent : engagement, évaluation, planification de services, références et représentation. Le modèle de réadaptation se distingue toutefois du modèle de gestion clinique de deux manières : premièrement, le client est considéré comme toute autre personne qui a des objectifs de vie, et le but de la réadaptation est de l'aider à les réaliser. L'intervention vise avant tout à aider la personne à acquérir les habiletés nécessaires pour atteindre ses objectifs, assumer les rôles qu'elle veut jouer, et pouvoir vivre d'une manière satisfaisante dans l'environnement de son choix. De tous les modèles de gestion de cas, c'est celui qui spécifie le plus précisément le

rôle de l'intervenant-pivot dans l'intervention de réadaptation. Celle-ci, de par sa nature, considère les déficits des clients, de même que leurs forces.

Selon ce modèle qui privilégie le développement des habiletés fonctionnelles et le respect des objectifs personnels, l'intervenant-pivot tente d'amener la personne à participer pleinement à sa réadaptation et à obtenir elle-même les services qu'elle désire et dont elle croit avoir besoin. L'intervenant l'accompagne dans son processus de réadaptation, il ne dispense pas des services à une personne passive. (En opposition, dans le modèle de gestion de cas clinique, le gestionnaire de cas écoute l'avis du client, mais son intervention se fonde avant tout sur sa propre perception des besoins de ce dernier.) En mettant l'accent sur une autonomie plus grande de la personne, le modèle de réadaptation tend ainsi à réduire le recours aux services de santé mentale (Anthony et al., 1993 ; Hutchinson et Farkas, 2004).

Le modèle des forces

Issu de l'École de bien-être social de l'Université du Kansas, le modèle des forces se base sur six principes (Rapp, 2004) :

1. L'accent est mis sur les forces individuelles plutôt que sur la pathologie ;
2. La communauté est vue comme un oasis de ressources ;
3. Le client agit comme directeur du processus d'aide ;
4. La relation entre le client et l'intervenant-pivot est primordiale et essentielle ;
5. L'intervention se fait d'abord dans la communauté ;
6. Les personnes qui ont des troubles mentaux peuvent se rétablir et ont la capacité de transformer leur vie.

L'intervention se fonde avant tout sur une évaluation des forces de la personne et de son environnement. (Ce modèle est plus radical que le modèle de réadaptation, en ce qu'il ne porte pas d'attention particulière aux déficits du client.) Dans cette perspective, un objectif tel que celui d'obtenir à nouveau la garde de son enfant est vu comme une force – une source d'énergie mobilisatrice. Autre différence entre le modèle des forces et celui de réadaptation : un accent plus grand est mis sur l'aide au client afin qu'il puisse obtenir les ressources nécessaires pour atteindre ses buts. Plus que le modèle de réadaptation, le modèle des forces cherche à aider le client à bâtir ou rebâtir sa vie à partir de ressources naturelles dans la communauté, plutôt que les ressources en

santé mentale. Ainsi, les activités de loisir et de travail en milieu naturel sont privilégiées, plutôt que celles dans des milieux réservés aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Le modèle met l'accent sur le développement d'une relation privilégiée entre le client et son intervenant-pivot. En complément, des rencontres d'équipe ont lieu chaque semaine pour définir les meilleures stratégies possibles pour aider chaque client.

Rapp et Goscha ont défini leur modèle de façon détaillée, y compris les outils d'évaluation à utiliser, la fréquence et le déroulement des rencontres entre intervenants de l'équipe, etc. Leur livre contient même une échelle de fidélité qui est périodiquement mise à jour (Rapp et Goscha, 2006).

La gestion de cas intensive

L'étiquette *intensive case management* est utilisée de façon moins précise que les précédentes dans la littérature. Les programmes regroupés sous ce nom partagent toutefois en général les caractéristiques suivantes : 1) les services sont dispensés dans la communauté ; 2) les intervenants suivent leur client individuellement, et il n'y a pas de travail d'équipe comme avec le modèle ACT ; 3) le ratio clients/intervenants est peu élevé. Les programmes de gestion de cas intensive peuvent être presque interchangeables avec des programmes de type ACT (outre la dispensation des services en équipe), ou, à l'autre extrême, avec des programmes de gestion de cas clinique.

Évaluations des modèles

Les Tableaux 2A et 2B résument les effets des différents modèles de case management notés dans les études retenues.

Gestion de cas intensive

Nous avons répertorié six études expérimentales qui ont évalué un ou plusieurs programmes que nous avons classifiés dans la catégorie « gestion de cas intensive » (Curtis et al., 1992 ; Aberg-Wistedt, 1995 ; Ford et al., 1995 ; Curtis et al., 1996 ; D'Ercole et al., 1997 ; Ford et Raftery, 1997 ; Ford et al., 1997 ; Curtis et al., 1998 ; Holloway et Carson, 1998 ; Burns et al., 1999 ; O'Donnell et al., 1999 ; Ryan et al., 1999). Une étude rapporte une augmentation des hospitalisations (Curtis et al., 1992) ; cinq autres ne rapportent pas d'effet. Sur seize évaluations au niveau des symptômes, de la qualité de vie ou du fonctionnement, une seule, sur des domaines spécifiques d'une mesure de qualité de vie, rapporte des effets positifs ; les autres ne notent pas d'effet

Tableau 2A
Résultats des études expérimentales

	Admissions	Jours d'hospitalisation	Niveau des symptômes ¹	Qualité de vie	Fonctionnement	Autres
Gestion de cas intensive et autres vs services habituels						
Åberg-Wistedt, Cressell et al., 1995		=		=	=	- visites à l'urgence - fardeau pour familles + réseau social
Burns et al., 1999 — étude UK 700	=	=	=	=	= incapacités sociales	- pertes de contact = satisfaction des clients = bénéfiques (aide sociale etc.) = temps en résidence autonome = besoins non comblés
Curtis, Millman et al., 1992; 1996; 1998; D'Ercole, Struening et al., 1997	+	+		=		= visites à l'urgence
Ford, Beadmoore et al., 1995; Ford et Raftery, 1996; Ford, Ryan et al., 1997; Ryan, Ford et al., 1999 (site North Southwark)		=	=	=	=	- pertes de contact + contacts avec soins psychiatriques + adhésion aux médicaments + bénéfiques (aide sociale etc.)
Holloway et Carson, 1998	=	=	=	= subjective globale + domaines spécifiques	= incapacités sociales	+ satisfaction avec services - pertes de contact
O'Donnell, Parker et al., 1999	=	=	=	=	=	= satisfaction avec services + satisfaction intervenants groupe avec formateurs - fardeau familles (2 groupes expérimentaux) = médicaments
Modèle des forces vs services habituels						
Modcrin, Rapp et al., 1988 ²	=	=		+ tolérance au stress + activités de loisirs significatives	+ intégration à la communauté, comportements adéquats - habiletés de socialisation	+ Participation à intégration professionnelle = adhésion aux médicaments
Björkman, Hansson et al., 2002	=	- an 1; = ans 2 et 3	=	=	= (global et social)	+ satisfaction avec services = réseau social = niveau de besoins = bien-être global
Chamberlain, 1991	-			=	=	+ buts formulés et atteints + activités dans la communauté
Macias, Kinney et al., 1994	-		-	+	+ selon utilisateurs et membres de familles = selon professionnels	= satisfaction à l'égard des services - fardeau des familles - visites à l'urgence
Modèle de courtage vs services habituels						
Franklin, Solovitz et al., 1987; Dozier, Lee et al., 1993	+ 1 an (5 ans n.s.)	+ (1an et 5 ans)		= 1 an (5 ans n.s.)	= 1 an (5 ans n.s.)	1 an (5 ans n.s.): = services gestion médication + clinique externe, hôpital de jour

1. Le signe + en référence au niveau des symptômes correspond à une augmentation de la symptomatologie.
2. Le degré de signification statistique des résultats est difficile à interpréter de par l'utilisation d'une méthode d'analyse statistique non conventionnelle.

Tableau 2B
Résultats des études quasi expérimentales

	Admissions	Jours d'hospitalisation	Niveau des symptômes ¹	Qualité de vie	Fonctionnement	Autres
Gestion de cas intensive vs services habituels						
Björkman et Hansson, 2000, 2007	-	-	-	+	+	= Autres services de santé mentale + Proportion avec un soutien au logement - Visites clinique externe
Ryan, Ford et al., 1999; Ford, Barnes et al., 2001 (Hastings)			- (0-18 et 0-60 mois)	= 0-18 mois	+ 0-18 mois = 0-60 mois	+ coûts totaux (hospitalisations, services résidentiels, services externes) des premiers 18 mois aux derniers 42 mois
Ford, Ryan et al., 1996; Ryan, Ford et al., 1999 (Redditch)			=	=	+	+ coûts totaux de services (surtout visites à domicile et aussi hospitalisations)
Hornstra, Bruce-Wolfe et al., 1993	=	=				
Malla, Norman et al., 1998	-	-				
McGurrin et Worley, 1993		-	=		=	- visites à l'urgence + services externes et hôpital de jour - coûts (différence non testée)
McLary, Lubin et al., 1989	-	-	=			+ rendez-vous médicaux respectés + références à autres programmes
Rössler, Löffler et al., 1995	=	= durée admissions				
Modèle des forces vs services habituels						
Kisthardt, 1993						L'évaluation se fait uniquement en fonction de proportions de buts exprimés par les clients qui sont atteints dans différents domaines. Globalement 84 % des buts sont atteints, dans les domaines de la vie quotidienne, du travail et de l'éducation, des revenus, de la santé, des loisirs et du soutien social
Macias, Farley et al., 1997			-		=	+ soutien social +bénéfices : soutien au revenu, Medicaid (assurance-maladie)
Rapp et Wintersteen, 1989	-					79 % des 5,635 buts fixés par les clients dans différents domaines de vie ont été atteints
Stanard, 1999	=	=	=	+	+ vocationnel, éducation	= situation résidentielle
Modèle de réadaptation vs services habituels						
Goering et al., 1988	=			+ contacts sociaux	+ occupationnel, autonomie résidentielle	

1. Le signe + en référence au niveau des symptômes correspond à une augmentation de la symptomatologie.

statistiquement significatif. Trois études qui ont mesuré cette variable rapportent avoir gardé le contact avec une plus grande proportion de clients. Deux études sur trois notent une plus grande satisfaction à l'égard des services.

Du côté des études non expérimentales, quatre sur six études rapportent une diminution des jours d'hospitalisation, les deux autres ne notent aucune différence (McClary et al., 1989 ; Hornstra et al., 1993 ; McGurrian et Worley, 1993 ; Rössler et al., 1995 ; Ford et al., 1996 ; Malla et al., 1998 ; Ryan et al., 1999 ; Björkman et Hansson, 2000 ; Ford et al., 2001 ; Björkman et Hansson, 2007). Cinq études sur treize ont noté un effet positif sur les symptômes, la qualité de vie et le fonctionnement, les huit autres aucun effet. Les autres résultats portent surtout sur l'utilisation d'autres services et les coûts, et indiquent des effets dans un sens ou dans l'autre.

Modèle des forces

Quatre études expérimentales (Modrcin et al., 1988 ; Chamberlain, 1991 ; Macias et al., 1994 ; Björkman et al., 2002) et quatre quasi expérimentales (Rapp et Chamberlain, 1985 ; Rapp et Wintersteen, 1989 ; Kisthardt, 1993 ; Macias et al., 1997 ; Stanard, 1999) évaluent des programmes associés au modèle des forces. Les quatre études expérimentales mesurent l'effet sur les admissions, sur des indicateurs de qualité de vie et de fonctionnement : deux notent une réduction des hospitalisations et deux aucune différence. Les effets sont partagés encore une fois sur la qualité de vie : deux études indiquent une amélioration et les deux autres ne notent pas de différence. Pour l'ensemble des autres variables, les auteurs rapportent des effets positifs dans neuf cas en association avec le modèle des forces, et aucune différence dans huit cas. Une étude rapporte entre autres, un plus grand nombre de buts fixés par les clients et un pourcentage plus élevé de buts atteints (Chamberlain, 1991). Toutefois, dans une étude, les intervenants qui appliquaient le modèle des forces jugeaient les habiletés de socialisation de leurs clients moindres que ne le faisaient les intervenants du groupe témoin (Modrcin et al., 1988).

Deux études quasi expérimentales rapportent des résultats sur les admissions : une note une diminution, l'autre aucune différence. Pour les variables directement liées au bien-être des utilisateurs, les résultats sont en faveur du modèle des forces dans cinq cas, et dans deux, aucune différence n'est notée. Deux études notent un nombre important de buts fixés et un pourcentage élevé de buts atteints (Rapp and Wintersteen, 1989 ; Kisthardt, 1993).

Modèle de courtage

Nous avons identifié une seule étude effectuée en deux temps, qui évalue le modèle de courtage de façon explicite sur une population conforme à nos critères (Franklin et al., 1987 ; Dozier et al., 1993). Le nombre d'admissions est plus élevé à un an ; la différence n'est pas évaluée (non spécifiée) après 5 ans. Le nombre de jours d'hospitalisations est plus élevé aux deux temps de mesure. À un an, la qualité de vie et le fonctionnement étaient jugés semblables entre les deux groupes ; ces mesures n'ont pas été évaluées à 5 ans.

Modèle de réadaptation

Une seule étude rapporte des résultats sur le modèle de réadaptation (Goering et al., 1988). Cette étude ne rapporte pas d'effet sur les hospitalisations, mais des effets positifs sur le plan de l'étendue des contacts sociaux et de l'implication dans des activités liées au travail et à l'éducation.

Gestion de cas clinique

Aucune étude faisant référence de manière explicite au modèle de gestion de cas clinique, n'a été identifiée.

Discussion

Parmi les synthèses de la littérature sur la gestion de cas, notre étude a la particularité de porter sur les évaluations de programmes destinés à des clientèles moins souvent hospitalisées, tout en distinguant entre les différents modèles. Des auteurs ont constaté que pour observer un effet significatif sur les hospitalisations, il fallait au départ un nombre important de jours d'hospitalisation des personnes (Burns et al., 2007). Par ailleurs, plusieurs études proviennent d'Angleterre, où de façon générale, la gestion de cas intensive s'est révélée moins efficace sur la réduction des hospitalisations pour des raisons attribuables à la nature du système de soins. Ainsi, il n'est pas surprenant que nous n'ayons pas observé d'effets importants sur les hospitalisations, surtout dans le cas des études expérimentales. (Le nombre d'hospitalisations d'une clientèle référée à un programme plus intensif, tend naturellement à diminuer avec le temps, ce qui fait que les études avec un devis pre-post rapportent plus souvent une diminution des hospitalisations.)

Par ailleurs, les études sur les programmes de gestion de cas intensive rapportent relativement peu d'effet sur les autres variables plus directement liées au bien-être des personnes. L'étude de Björkman et Hansson (2002) (avec un devis pre-post) rapporte le plus clairement des

effets positifs ; or, cette étude rapporte des résultats sur une période de cinq ans. Les auteurs reconnaissent qu'il est difficile d'exclure la possibilité qu'au moins une partie des changements positifs soit attribuable simplement à l'effet du temps.

Les études sur le modèle des forces répertoriées sont relativement nombreuses. (Trois études ont été écartées, deux parce que la clientèle comptait trop d'hospitalisations (Rapp et Chamberlain, 1985 ; Ryan et al., 1997), l'autre parce qu'elle compare le modèle des forces avec le suivi intensif en équipe (Barry et al., 2003).) Ces études ont tendance à être faibles au niveau méthodologique, outre celle de Björkman (qui porte sur une adaptation du modèle des forces), ainsi que celles de Macias et de Stanard. Dans l'ensemble, les résultats sur le plan des hospitalisations suggèrent une efficacité au moins comparable à celle des programmes de gestion de cas intensive. Pour les dimensions liées au bien-être des participants, des effets positifs ont été observés plus souvent qu'avec les programmes de gestion de cas intensive, malgré la faible taille des échantillons de la plupart des études sur le modèle des forces, et un temps de suivi court.

Les études actuelles ne permettent pas d'arriver à des conclusions au sujet du modèle de réadaptation. Quant au modèle de courtage, la seule étude que nous ayons relevée ne permet pas de tirer de conclusion. Toutefois, on considère généralement que, d'une part, ses effets dépendent des services disponibles (Franklin et al., 1987), et de l'autre que, même si un nombre suffisant de services sont disponibles, il contribue à une fragmentation des services.

Ainsi, pour une clientèle de type SIV, le modèle des forces pourrait à la fois avoir des effets comparables sur le plan des hospitalisations, et des effets plus positifs sur le bien-être des personnes que des programmes moins bien structurés.

Notre synthèse comporte cependant plusieurs limites. Premièrement, il existe inévitablement une part de subjectivité dans le processus d'identification, de classification et d'extraction de données des articles. Comme d'autres l'ont souligné, les articles décrivent en général de façon insuffisante les programmes qu'ils présentent, et la plupart du temps peu d'effort est mis à atteindre un niveau de fidélité adéquat à un modèle particulier (Aubry et al., 2004). Deuxièmement, notre approche a été, dans le doute, ou si un programme ne pouvait être classifié dans un des autres groupes, de l'inclure dans la catégorie que nous avons appelée gestion de cas intensive, même si dans certains cas le programme est en fait peu intensif (Curtis et al., 1992). Ainsi cette catégorie regroupe des programmes très disparates. Troisièmement, nous n'avons

considéré que la littérature expérimentale et quasi expérimentale. Enfin, les preuves qui ressortent du présent exercice, aussi minces soient-elles, ne concernent que les modèles évalués. Il est navrant de voir que le modèle de réadaptation qui a beaucoup fait école au Québec, n'a été évalué qu'une seule fois.

Que faut-il conclure de cet exercice, en ce qui concerne le développement des services de soutien d'intensité variable au Québec ou ailleurs, où le suivi intensif en équipe a été choisi comme pierre angulaire des services pour les personnes qui ont des troubles mentaux graves ?

Tout d'abord, les budgets de plus en plus considérables consacrés aux équipes SIV² justifient amplement le financement d'autres études sur ce type de service, et la prise en compte systématique des résultats des recherches effectuées ailleurs. Il faudrait mieux comprendre comment rendre ces services plus efficaces.

Cela dit, l'état actuel des connaissances et le désir de rendre le système de santé mentale plus propice au rétablissement semblent privilégier le modèle des forces. En effet, outre les résultats qui suggèrent son efficacité sur plusieurs dimensions, son orientation est compatible avec le rétablissement. En effet, il vise explicitement à aider les personnes à atteindre leurs propres objectifs. Rapp et Goscha (2006) ont remarqué que le fait d'atteindre un objectif dans une sphère de sa vie, tend à avoir un effet d'entraînement sur les autres sphères de la vie. De plus, le modèle des forces privilégie l'intégration en milieu naturel, ce qui favorise la construction d'une identité de citoyen à part entière, plutôt que celle de patient psychiatrique.

Cet aspect du modèle des forces a des conséquences importantes pour le reste du système de santé mentale : il tend à diminuer le recours aux centres de jour, aux plateaux de travail et autres programmes d'insertion socioprofessionnelles destinés aux personnes avec des problèmes de santé mentale. Ce modèle privilégie plutôt les activités de loisirs et de travail en dehors du système de santé mentale. Ainsi, le modèle des forces permet une réduction des dépenses, ou du moins une allocation plus efficace des ressources.

L'approche par les forces, c'est-à-dire miser sur les forces des clients est un principe largement reconnu. Toutefois, le modèle des forces, ses fondements théoriques, son fonctionnement quotidien et ses détails cliniques sont moins bien connus ; à notre connaissance, un seul organisme communautaire au Québec (Programme clinique d'encadrement et d'hébergement – PECH) a tenté de l'intégrer avec une certaine rigueur (Côté, 2008).

Nous avons déjà mentionné que le soutien d'intensité variable n'est pas clairement défini dans le Plan d'action. On peut ainsi l'assimiler aux programmes de gestion de cas intensive inclus dans la présente synthèse. Le modèle des forces peut alors être vu comme une façon de structurer le soutien d'intensité variable, qui serait susceptible d'aider les clients dans des sphères de la vie autres que l'hospitalisation.

Cela dit, tout comme le suivi intensif en équipe, le modèle des forces ne doit pas être perçu comme immuable. Par exemple, l'atteinte d'un score maximal sur l'échelle de fidélité du modèle des forces, implique l'intégration d'une équipe de soutien d'intensité variable avec un programme de soutien à l'emploi de type Individual Placement and Support (IPS) (Becker et Drake, 2003 ; Latimer, 2008), alors que le modèle des forces a été développé avant le soutien à l'emploi de type IPS. Le modèle a évolué depuis ses origines.

Aussi, la Gestion autonome de la médication (GAM) ou son cousin américain *Shared decision-making* (prise de décision partagée) (Deegan, 2007), encore plus récents, s'harmonisent sur le plan des valeurs avec le modèle des forces, et l'un ou l'autre pourraient en principe s'y intégrer.

En conclusion, les résultats de notre recension des écrits, ainsi que la compatibilité du modèle des forces avec le rétablissement, nous encouragent à poursuivre son expérimentation au Québec afin de l'améliorer, et le cas échéant, à l'utiliser comme fondement pour mieux structurer le soutien d'intensité variable.

Notes

1. Des renseignements complémentaires sur les méthodes, les articles exclus, ainsi que les caractéristiques des modèles et des études évaluées sont disponibles auprès des auteurs.
2. Les cibles populationnelles fixées dans le Plan d'Action en santé mentale (250 places par tranche de 100 000 habitants) impliquent de financer environ 20,000 places en SIV, exigeant environ 1000 intervenants, à un coût approximatif, en incluant les frais de transports, d'administration, etc., de l'ordre de 100 millions \$ par an.

Références

- ABERG-WISTEDT, A., CRESSELL, T., LIDBERG, Y., LILJENBERG, B., OSBY, U., 1995, Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 46, 12, 1263-1266.
- ANTHONY, W. A., FORBESS, R., COHEN, M., 1993, Rehabilitation-oriented case management, in Harris, M., Bergman, H. C., eds, *Case Management for*

Mentally Ill Patients: Theory and Practice, Harwood Academic Publishers, Langhorne, PA, 99-119.

- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, 2004, *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté*, Association des Hôpitaux du Québec, Montréal.
- AUBRY, T., DOSTALER, T., BARONET, A.-M., 2004, *Revue des études empiriques sur l'efficacité du suivi communautaire, Le suivi communautaire en santé mentale: Une invitation à bâtir sa vie*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, Ottawa.
- BARONET, A.-M., GERBER, G. J., 1998, Psychiatric rehabilitation: Efficacy of four models, *Clinical Psychology Review*, 18, 2, 189-228.
- BARRY, K. L., ZEBER, J. E., BLOW, F. C., VALENSTEIN, M., 2003, Effect of strengths model versus assertive community treatment model on participant outcomes and utilization: two-year follow-up, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 3, 268-277.
- BECKER, D. R., DRAKE, R. E., 2003, *A Working Life for People with Severe Mental Illness*, Oxford University Press, New York.
- BJÖRKMAN, T., HANSSON, L., 2000, What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 43-50.
- BJÖRKMAN, T., HANSSON, L., 2007, Case management for individuals with a severe mental illness: A 6-year follow-up study, *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 1, 12-22.
- BJÖRKMAN, T., HANSSON, L., SANDLUND, M., 2002, Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 4, 147-152.
- BURNS, T., CATTY, J., DASH, M., ROBERTS, C., LOCKWOOD, A., MARSHALL, M., 2007, Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression, *British Medical Journal*, 335 -340.
- BURNS, T., CREED, F., FAHY, T., THOMPSON, S., TYRER, P., WHITE, I., 1999, Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: A randomised trial, *Lancet*, 353, 2185-2189.
- CHAMBERLAIN, R., 1991, *An Experimental Study of the Strengths Model of Case Management*, School of Social Welfare, Kansas City, University of Kansas, 155.

- CHAMBERLAIN, R. L., 1993, An experimental study of the strengths model of case management, *Dissertation Abstracts International, A: The Humanities and Social Sciences*, 53, 11.
- CORRIGAN, P. W., MUESER, K. T., BOND, G. R., DRAKE, R. E., SOLOMON, P., 2008, *Principles and Practices of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*, Guilford Press, New York.
- CURTIS, J. L., MILLMAN, E. J., STRUENING, E., D'ERCOLE, A., 1992, Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 9, 895-899.
- CURTIS, J. L., MILLMAN, E. J., STRUENING, E., D'ERCOLE, A., 1996, Deaths among former psychiatric inpatients in an outreach case management program, *Psychiatric Services*, 47, 398-402.
- CURTIS, J. L., MILLMAN, E. J., STRUENING, E., D'ERCOLE, A., 1998, Does outreach case management improve patients' quality of life?, *Psychiatric Services*, 49, 3, 351-354.
- D'ERCOLE, A., STRUENING, E., MILLMAN, E. J., MORRIS, A., 1997, Effects of diagnosis, demographic characteristics, and case management on rehospitalization, *Psychiatric Services*, 48, 5, 682-688.
- DEEGAN, P. E., 2007, The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 1, 62-9.
- DIETERICH, M., IRVING, C. B., PARK, B., MARSHALL, M., 2011, Intensive case management for severe mental illness, *The Cochrane Library*, 2.
- DOZIER, M., LEE, S. W., KEIR, S., TOPRAC, M., MASON, M., 1993, A case management program in Texas revisited, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 2, 183-189.
- FORD, R., BARNES, A., DAVIES, R., CHALMERS, C., HARDY, P., MUIJEN, M., 2001, Maintaining contact with people with severe mental illness: 5-year follow-up of assertive outreach, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 9, 444-447.
- FORD, R., BEADSMOORE, A., RYAN, P., REPPER, J., 1995, Providing the safety net: Case management for people with a serious mental illness, *Journal of Mental Health*, 4, 1, 91-97.
- FORD, R., RAFTERY, J., 1997, Intensive case management for people with serious mental illness — site 2: Cost-effectiveness, *Journal of Mental Health*, 6, 2.
- FORD, R., RYAN, P., CRAIG, T., MUIJEN, M., 1997, Intensive case management for people with serious mental illness-Site 2: Clinical and social outcome, *Journal of Mental Health*, 6, 2, 181-190.

- FORD, R., RYAN, P., NORTON, P., BEADSMORE, A., CRAIG, T., MUIJEN, M., 1996, Does intensive case management work ?, Clinical, social and quality of life outcomes from a controlled study, *Journal of Mental Health*, 5, 4, 361-368.
- 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.
- 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.
- HOLLOWAY, F., CARSON, J., 1998, Intensive case management for the severely mentally ill, *British Journal of Psychiatry*, 172, 19-22.
- HOLLOWAY, F., OLIVER, N., COLLINS, E., CARSON, J., 1995, Case management : A critical review of the outcome literature, *European Psychiatry*, 10, 3, 113-28.
- HORNSTRA, R. K., BRUCE-WOLFE, V., SAGDUYU, K., RIFFLE, D. W., 1993, The effect of intensive case management on hospitalization of patients with schizophrenia, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 9, 844-847.
- INTAGLIATA, J., 1982, Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled : The role of case management, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 4, 655-674.
- JERRELL, J. M., 1995, Toward managed care for persons with severe mental illness : Implications from a cost-effectiveness study, *Health Affairs*, 14, 3, 197-207.
- KANTER, J., 1989, Clinical case management : Definition, principles, components, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, 361-368.
- KISTHARDT, J., MCKNIGHT, J., 1993, The impact of the strengths model of case management from the consumer perspective, in Harris, M., Bergman, H. C., eds., *Case management : Theory and Practice*, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- LATIMER, E., 2008, *Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec*, AETMIS.
- MACIAS, C., FARLEY, O. W., JACKSON, R., KINNEY, R., 1997, Case management in the context of capitation financing : An evaluation of the strengths model, *Administration and Policy in Mental Health*, 24, 6, 535-543.
- MACIAS, C., KINNEY, R., VOS, B., 1994, The role of case management within a community support system : Partnership with psychosocial rehabilitation, *Community Mental Health Journal*, 30, 4, 323-339.

- MALLA, A. K., NORMAN, R. M. G., MCLEAN, T. S., CHENG, S., RICKWOOD, A., MCINTOSH, E., CORTESE, L., DIAZ, K., VORUGANTI, L. P., 1998, An integrated medical and psychosocial treatment program for psychotic disorders: Patient characteristics and outcome, *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 7, 698-705.
- MARSHALL, M., GRAY, A., LOCKWOOD, A., GREEN, R., 1998, Case management for people with severe mental disorders, *Cochrane Database System Review*, 2.
- MCCLARY, S., LUBIN, B., EVANS, C., WATT, B., LEBEDUN, M., 1989, Evaluation of a community treatment program for young adult schizophrenics, *Journal of Clinical Psychology*, 45, 5, 806-808.
- MCCURRIN, M. C., WORLEY, N., 1993, Evaluation of intensive case management for seriously and persistently mentally ill persons, *Journal of Care Management*, 2, 2, 59-65.
- MSSS, 2002, *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Québec.
- MSSS, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*, Québec.
- MODCRIN, M., RAPP, C. A., POERTNER, J., 1988, The evaluation of case management services with the chronically mentally ill, *Evaluation and Program Planning*, 11, 307-314.
- MUESER, K. T., BOND, G. R., DRAKE, R. E., RESNICK, S. E., 1998, Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1, 37-74.
- O'DONNELL, M., PARKER, G., PROBERTS, M., MATTHEWS, R., FISHER, D., JOHNSON, B., HADZI-PAVLOVIC, D., 1999, A study of client-focused case management and consumer advocacy: The Community and Consumer Service Project, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 5, 684-693.
- RAPP, C. A., GOSCHA, R. J., 2006, *The Strengths Model: Case Management for People with Psychiatric Disabilities*, Oxford University Press, New York.
- RAPP, C. A., CHAMBERLAIN, R., 1985, Case management services for the chronically mentally ill, *Social Work*, 30, 5, 417-422.
- RAPP, C. A., GOSCHA, R. J., 2004, The principles of effective case management of mental health services, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 4, 319-33.
- RAPP, C. A., GOSCHA, R. J., 2006, *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, Oxford University Press, New York.

- RAPP, C. A., WINTERSTEEN, R., 1989, The Strengths Model of Case Management : Results from Twelve Demonstrations, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 1, 23-32.
- RÖSSLER, W., LÖFFLER, W., 1995, Case management for schizophrenic patients at risk for rehospitalization : a case control study, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 246, 1, 29-36.
- RYAN, C. S., SHERMAN, P. S., BOGART, L. M., 1997, Patterns of services and consumer outcome in an intensive case management program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 3, 485-493.
- RYAN, P., FORD, R., BEADSMORE, A., MUIJEN, M., 1999, The enduring relevance of case management, *British Journal of Social Work*, 29, 1, 97-125.
- SALYERS, M. P., TSEMBERIS, S., 2007, ACT and recovery : integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams, *Community Mental Health Journal*, 43, 6, 619-41.
- SCOTT, J. E., DIXON, L. B., 1995, Assertive community treatment and case management for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21, 4, 657-668.
- STANARD, R. P., 1999, The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center, *Community Mental Health Journal*, 35, 2, 169-179.
- SOLOMON, P., 1992, The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients, *Community Mental Health Journal*, 28, 3, 163-180.
- VAN VELDHUIZEN, J. R., 2007, FACT: a Dutch version of ACT, *Community Mental Health Journal*, 43, 4, 421-33.
- ZIGURAS, S. J., STUART, G. W., 2000, A Meta-Analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years, *Psychiatric Services*, 51, 11, 1410-1421.

Abstract

Case management for moderate-need clientele and recovery: what can we learn from experimental and quasi-experimental studies?

How should case management be organized for people who have severe mental illness, but do not need Assertive Community Treatment or similar high-intensity programs? To address this question, the authors conducted a systematic review of studies published in English between 1980 and 2010. Five main case management models were identified:

broker, clinical case management, rehabilitation, strengths and intensive case management. In all, 11 experimental and 13 quasi-experimental studies evaluating case management programs not targeted at a typical ACT clientele were identified. These studies suggest that the strengths model, which can be viewed as a way of structuring intensive case management for a moderate-need population, is the best supported by evidence if one desires to see effects not only on hospital days, but also on other domains such as symptoms, quality of life and social functioning. It is also compatible with a recovery orientation. The evidence in its favor, however, remains modest.

RESUMEN

Apoyo de intensidad variable (AIV) y recuperación: ¿qué nos enseñan los estudios experimentales y cuasi experimentales?

¿Cómo estructurar el apoyo de intensidad variable (AIV) para las personas que sufren de trastornos mentales graves pero que no requieren de un seguimiento intensivo? Para responder a esta pregunta, los autores efectuaron una revisión de estudios de lengua inglesa publicados entre 1980 y 2010. Identificaron cinco modelos principales: el modelo de corretaje, la gestión de casos clínicos, el modelo de readaptación, el modelo de fuerzas y la gestión de casos intensivos. Catalogaron un total de 11 estudios experimentales y 13 cuasi experimentales pertinentes. Según estos estudios, el modelo de fuerzas, considerado como una forma de estructurar el apoyo de intensidad variable, es el mejor fundado en datos probantes, no sólo en términos de reducción del número de hospitalizaciones sino también a nivel de dimensiones tales como los síntomas, la calidad de vida y el funcionamiento social. Este modelo también es compatible con el concepto de restablecimiento aunque las pruebas son todavía limitadas.

RESUMO

Acompanhamento de intensidade variável (AIV) e restabelecimento: o que nos mostram os estudos experimentais e quase-experimentais?

Como estruturar o acompanhamento de intensidade variável (AIV) a pessoas que sofrem de transtornos mentais graves, mas que não necessitam de um acompanhamento intensivo? Para responder a esta pergunta, os autores realizaram uma revisão da literatura em língua inglesa publicada entre 1980 e 2011. Eles identificaram cinco modelos principais: o modelo de corretagem, a gestão de caso clínico, o modelo

de readaptação, o modelo das forças e a gestão de caso intensivo. Ao todo, foram repertoriados 11 estudos experimentais e 13 quase-experimentais pertinentes. Segundo estes estudos, o modelo das forças, considerado como uma maneira de estruturar o acompanhamento de intensidade variável, é o mais fundamentado sobre os dados probatórios, não apenas em termos de redução do número de hospitalização, mas também ao nível das dimensões tais como os sintomas, a qualidade de vida e o funcionamento social. Este modelo é também compatível com o conceito do restabelecimento, apesar das provas serem restritas.