

Le « case management » au carrefour de l'intervention clinique et communautaire

Case management : at the crossroads of clinical and community intervention

Bernard Nadeau

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031514ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031514ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Nadeau, B. (1989). Le « case management » au carrefour de l'intervention clinique et communautaire. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 51-59.
<https://doi.org/10.7202/031514ar>

Résumé de l'article

Cet article présente les concepts importants associés à la notion de " case management " (fonctions et valeurs). Il analyse ensuite certains résultats observés par les intervenants au cours de leur travail; et il énonce quelques hypothèses de modèle intégré de soutien clinique et communautaire, au coeur duquel se retrouve le "case management".

Le «case management» au carrefour de l'intervention clinique et communautaire

*Bernard Nadeau**

Cet article présente les concepts importants associés à la notion de «case management» (fonctions et valeurs). Il analyse ensuite certains résultats observés par les intervenants au cours de leur travail; et il énonce quelques hypothèses de modèle intégré de soutien clinique et communautaire, au cœur duquel se retrouve le «case management».

La réinsertion sociale de même que l'approche de services individualisés font couler beaucoup d'encre depuis quelques années. Il s'agit certes d'un signe encourageant: jadis oubliés et loin du «vrai monde», les malades mentaux font de plus en plus partie de nos environnements comme plusieurs autres groupes marginaux. Par contre, cette transformation s'accompagne aussi de résistances importantes, tant au niveau institutionnel que communautaire. La personne en réinsertion et sa famille sont souvent coincées dans l'étau idéologique du «clinique-communautaire», entre les guerres de pouvoir ou encore dans un des compartiments du système.

Le Centre hospitalier de Maria, en Gaspésie, dessert une population rurale d'environ trente mille personnes réparties dans des villages côtiers. Depuis cinq ans, un service de santé mentale comprenant une petite unité d'hospitalisation et une équipe externe a été mis sur pied. Par ailleurs, trois «case manager» que nous nommons «agents de réinsertion sociale», travaillent auprès d'une cinquantaine de personnes souffrant de désordres psychiatriques chroniques. Leur travail consiste surtout à accompagner la personne en situations sociales, l'aider à obtenir les services institutionnels qu'elle désire et dont elle a besoin, soutenir le réseau naturel de ces personnes, faire de la sensibilisation communautaire et donner du soutien aux familles dans le cadre d'un groupe d'entraide. Comme il s'agit d'un milieu dans lequel il n'y avait pratiquement pas de ressources

au départ, une attention particulière est portée au développement de nouveaux services selon les besoins exprimés.

Le présent article se divise en deux grandes parties. Dans un premier temps, nous vous présentons un bref rappel des concepts importants associés à la notion de «case management», notamment en ce qui concerne les principales fonctions et les valeurs inhérentes. La deuxième partie porte plus spécifiquement sur une analyse de certains résultats que nous observons actuellement. En conclusion, nous énonçons quelques hypothèses de modèle intégré de soutien clinique et communautaire, au cœur duquel on retrouve le «case management».

Le modèle de «case management»: un bref rappel

Le modèle de «case management» a déjà quinze ans. Au Québec, son application est beaucoup plus récente; c'est peut-être pourquoi nous n'avons pas encore trouvé de traduction convenable, qui regrouperait sous une même appellation les multiples facettes de cette approche. (Nous accueillerons toute suggestion à ce sujet!). Pour l'instant, nous nous contenterons d'orner cet anglicisme de guillemets. D'ailleurs, nous percevons ce terme comme un point de départ théorique. Son application devrait nous mettre sur des pistes.

Le «case management» prend ses racines dans le vaste mouvement de désinstitutionnalisation entamé aux États-Unis au début des années 1950. Rapidement, on s'est rendu compte que les personnes atteintes de maladie mentale avaient beaucoup de mal à fonctionner au sein des communautés dans les-

* L'auteur est psychologue au Service de santé mentale, Centre Hospitalier Baie des Chaleurs, Maria (Gaspésie).

quelles elles avaient été littéralement parachutées. De plus, la multiplication des services et, surtout, le manque de coordination entre les «fournisseurs» de services ne facilitent en rien la réinsertion sociale de la personne (Intagliata, 1982; Schwartz et al., 1982).

Au départ, le «case management» jouait un rôle surtout dans la gestion des services. Dans les «principles of accreditation of community mental health services programs» (1976; voir Leavitt, 1983), le «case management» est défini comme étant:

...des activités dont le but est d'assurer la liaison entre le réseau de services et le client, et de coordonner les différentes composantes du réseau afin de lui procurer un service adéquat. Il vise surtout à assurer la continuité des soins et à combattre la rigidité du réseau (p.19).

Les notions de continuité de soins et de coordination de services se retrouvent aussi au centre de nombreuses définitions retrouvées dans la littérature dont celles de Test (1979), Test et Stein (1977), Lamb (1980) et Schwartz et al. (1982). À cette époque, le «case management», qui avait d'abord comme point de départ le système, avait surtout un objectif de planification de services (Bachrach, 1979).

Quelques années plus tard, le «case management» voit son rôle évoluer de façon significative. Considérant que le «case manager» devrait être plus qu'un «courtier» de services, Lamb (1980) suggère d'intégrer la dimension de thérapie. Intagliata (1982) met l'accent sur l'assistance dans la résolution de problèmes de la vie quotidienne. On parle de plus en plus de traitement dans la communauté (Test et Stein, 1978) et d'enseignement d'habiletés de vie (Wallace et al., 1980). Ce type d'intervention s'est donc développé aux États-Unis selon différents modèles. Au «case manager», on rajoute d'autres qualificatifs: thérapeute, spécialiste, généraliste, etc. (Shifren-Levine et Fleming, 1985). Depuis quelques années cependant, il semble bien que les développements dans le domaine de la réhabilitation psychiatrique influencent significativement l'approche de «case management». Ainsi, l'enseignement d'habiletés sociales en milieu naturel se structure davantage (Anthony et al., 1982; Anthony et Liberman, 1986). L'acquisition d'habiletés se fait en milieu naturel, comme le suggérait Test et Stein (1978), mais le réseau naturel est utilisé avec plus

d'efficacité (Harris et Bergman, 1985). C'est le mariage entre le modèle de «case management» et l'approche de réhabilitation (Goering et al., 1988). Quant à l'aspect «services», l'objectif du «case management» est désormais d'assister et de soutenir les personnes dans leurs négociations avec les différents services qu'elles désirent recevoir et dont elles ont besoin. Le point de départ n'est plus le «service» mais la personne.

De façon générale, le «case management», qui avait au départ une fonction basée essentiellement sur la distribution de services (au sens administratif), est davantage devenu un mode de pratique en santé mentale reconnaissant l'importance d'intégrer les dimensions bio-psycho-sociales du traitement ou, si on veut, l'approche clinique et le communautaire. On parle de plus en plus de «case management clinique» (Kanter, 1989).

Au Québec, les notions de coordination de services et de continuité des soins se retrouvent au centre du projet de politique en santé mentale qui était déposé par Madame Lavoie-Roux. Ce projet suggère l'utilisation du plan de service individualisé (PSI) et l'intégration d'une «personne pivot» qui assurera la coordination de ce plan de service individualisé. Outre cette voie officielle, plusieurs projets de soutien ou de suivi communautaire ont vu le jour récemment. En septembre 1988, un symposium interactif tenu à Québec a été une première occasion d'échanges sur différents thèmes associés directement à l'intervention (voir Lapointe, 1988).

En faisant la synthèse des différents concepts importants du «case management», nous pouvons dégager les aspects résumés dans le tableau 1.

Comme on le constate, l'ensemble de ces tâches constitue un défi très important. Une seule personne, si compétente ou motivée soit-elle, peut difficilement les accomplir sans finir par se brûler. Il faut garder à l'esprit que le «case manager» n'est pas là pour dispenser lui-même tous les services (Intagliata, 1982). Il doit plutôt laisser le plus possible les tâches d'accompagnement et de soutien à d'autres personnes et, éventuellement, la tâche de coordination.

En regardant de plus près les «éléments» de cette approche, on constate qu'ils ont des objectifs complémentaires: 1) le «traitement» vise à réduire les symptômes et diminuer la détresse subjective; 2) la «réhabilitation» a pour objectif de développer des

TABLEAU 1
*Fonctions du «case management»
 (selon les modèles)*

A. DIMENSION RELATIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'une relation avec la personne; • Évaluation des besoins exprimés.
B. DIMENSION «GESTION» DES SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> • Planification des services selon les besoins exprimés; • Soutien à la personne dans la négociation de services (défense, communication inter-services); • Développement de nouveaux services (défense au niveau du système).
C. DIMENSION «TRAITEMENT»	<ul style="list-style-type: none"> • Psychothérapie; • Assistance au niveau de la médication.
D. DIMENSION «RÉHABILITATION»	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du fonctionnement social; • Accompagnement en situation sociale et enseignement d'habiletés; • Évaluation du degré de réussite par rapport aux objectifs fixés.
E. DIMENSION «COMMUNAUTAIRE»	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien au réseau naturel; • Soutien à la famille; • Sensibilisation communautaire.
F. DIMENSION «CRISE»	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention en situation de crise.

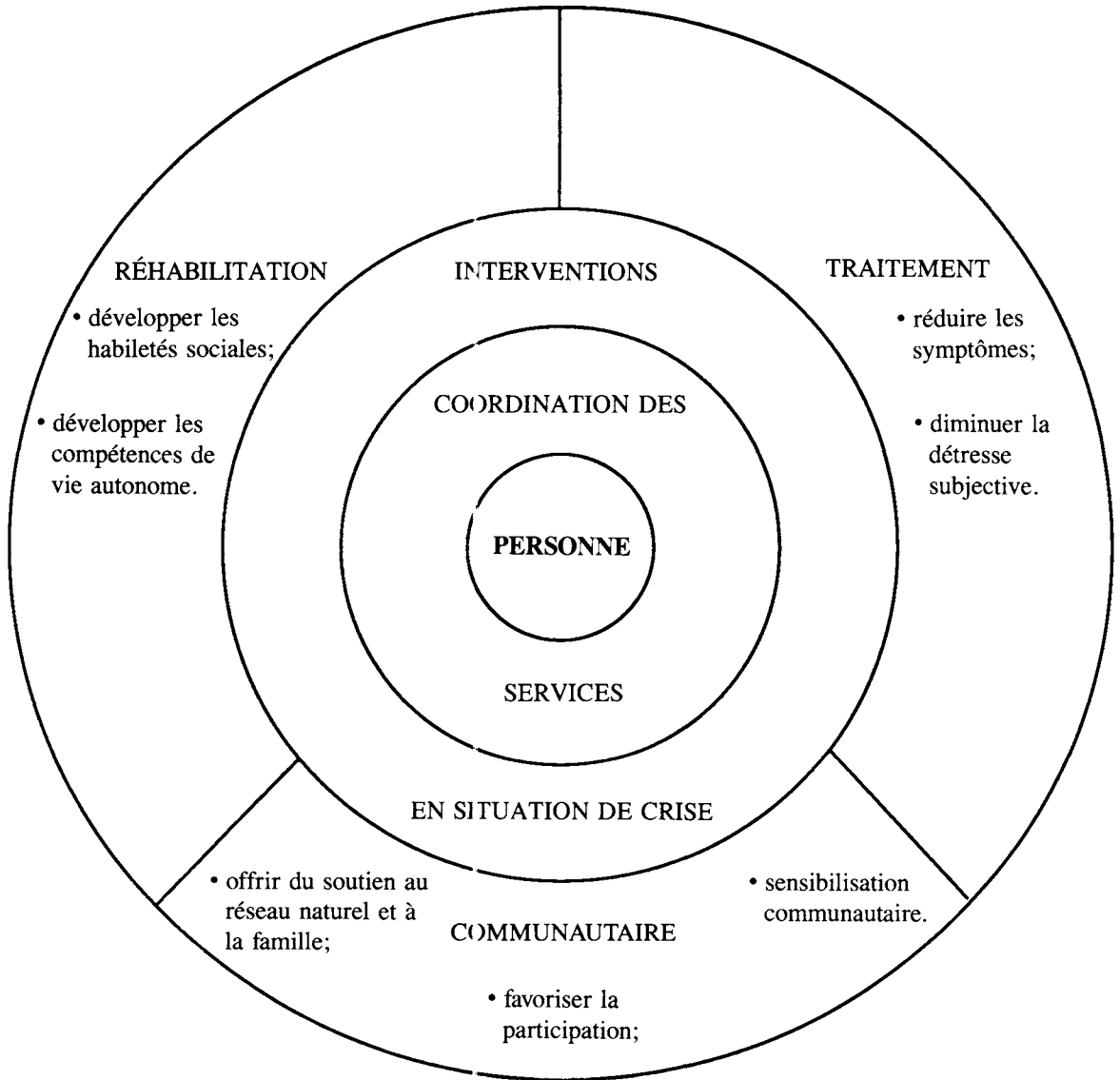
habiletés sociales et 3) la dimension communautaire se rapporte au soutien au réseau naturel, à la famille et à la sensibilisation communautaire. L'intervention en situation de crise se rattache à ces trois dimensions. La coordination des services pour sa part est «près» de la personne, au carrefour des types d'interventions. Le tableau 2 constitue une représentation intégrée des différentes composantes de l'approche.

Chacune des trois dimensions importantes du «case management» repose sur des valeurs qui lui est propre. Ainsi, au niveau du traitement, de la réhabilitation et de l'approche communautaire, on retrouve des valeurs et des idéologies qui ont déjà été largement discutées, mais dont l'intégration théorique est encore nébuleuse. Comme notre propos actuel se rapporte plus spécifiquement à la dimension de coordination de services, nous pensons important de préciser quelques valeurs fondamentales qui sous-tendent ce processus.

Approche centrée sur la personne

Le modèle dit «centré sur la personne» est souvent défini par opposition à l'approche centrée sur les institutions ou les services. Même s'il est vrai que la concertation et la coordination intra et inter-institutionnelle sont nécessaires, elles se sont avérées difficiles à appliquer pour répondre aux besoins des personnes atteintes de désordres psychiatriques chroniques (et probablement à d'autres clientèles aussi). L'approche centrée sur la personne se heurte aussi dans la pratique à différentes résistances. Dans les faits, elle implique le respect des attentes (désirs) et des besoins exprimés par les personnes. Cependant, on entendra souvent que ces dernières ne savent pas ce qu'elles veulent et que, de toute façon, si on le leur demande, elles voudront toutes devenir chef d'orchestre symphonique. Pourtant, des récentes recherches (voir Cohen et Anthony, 1988) indiquent qu'il n'y a pas de différence entre ce que veulent ces personnes et ce que veut le reste de la

TABLEAU 2
Intégration des différentes dimensions



population : avoir un travail satisfaisant, vivre sous un toit confortable, développer des relations sociales intéressantes. La question fondamentale devient donc : «que veulent ces personnes et comment pouvons-nous les aider à l'obtenir?» Ainsi, le processus de coordination de services n'en est pas un «d'attribution» de services, mais plutôt un processus de solution de problèmes dans lequel la personne a des options et la capacité de faire des choix.

Un point de vue holistique

La coordination de services se rapporte à tous les aspects de la personne (physique, émotionnel, intellectuel et spirituel) et aux différents mondes dans lesquels elle vit : logement, vocationnel ou travail, social. Ce point de vue met cependant le «case manager» dans une position de proximité physique et émotionnelle par rapport à la personne en réin-

sersion. Ceci nous amène à définir différemment le type et l'approche de relation d'aide. Jérôme Guay (1984) a présenté quelques différences fondamentales entre l'aide dite professionnelle et l'aide naturelle. Le point de vue holistique du «case manager» nous amène nécessairement à redéfinir un nouveau type de relation d'aide, qui comprend des éléments provenant à la fois de ces deux types d'aide. Mentionnons entre autres la dimension de mutualité et celle d'une certaine proximité spirituelle.

L'individualisation

L'individualisation des services est liée au respect des attentes et des besoins exprimés par la personne. Cette valeur ajoute cependant l'aspect temporel. Le type d'intervention et de service variera selon l'évolution de la personne dans le processus de réinsertion sociale. Les institutions ont néanmoins tendance à organiser des «kits»; le message donné à la personne est: «Si tu veux le service, tu dois le prendre entièrement». Le système s'auto-justifie, insistant sur l'importance de ne pas se faire manipuler. De fait, le manque d'individualisation, pris ici au sens d'inadéquation temporelle entre les besoins de la personne et le service donné, explique peut-être les pourcentages élevés de décrochage, la baisse de motivation des personnes face aux «traitements» ou aux programmes proposés.

Position pro-active

La dimension pro-active de la coordination des services se situe à deux niveaux, celui de la personne et celui des services. Au niveau de la personne, la position pro-active en est une de prévention et de défense des droits. L'idée est d'intervenir de façon régulière surtout au début de la réinsertion afin de prévenir les crises. Au niveau du service, elle amène le professionnel à favoriser une meilleure communication entre les services existants et à développer de nouvelles ressources.

Quelques réflexions issues de notre expérience

L'expérience que nous avons entreprise à Maria est encore relativement jeune, compte tenu du phénomène étudié. L'analyse préliminaire des résultats de l'évaluation après trois ans nous permet cepen-

dant de dégager certains aspects intéressants. Comme nous sommes au début du processus d'analyse des données recueillies, il s'agit pour l'instant d'hypothèses de travail, lesquelles méritent d'être explorées davantage et vérifiées par l'analyse.

Le processus de réinsertion sociale n'est pas linéaire

Lors du colloque de l'Association canadienne pour la santé mentale, nous avons eu l'occasion (Nadeau, 1987) de présenter quelques hypothèses relatives au processus de réinsertion sociale chez les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques. Une année supplémentaire d'observation nous garde sur cette même voie. Du point de vue individuel, on observe que les périodes d'évolution varient d'une personne à l'autre, ressemblant à une sorte de processus de deuil et de redéfinition de l'identité. Ces dimensions ont d'ailleurs été discutées avec intérêt lors du récent symposium sur le «case management» au Québec (Lapointe, 1988).

Par ailleurs, du point de vue du pôle «institution-communauté», le processus de réinsertion sociale exige une redéfinition des rôles traditionnels attribués à l'hôpital, à la famille et à l'environnement immédiat de la personne. Une approche de complémentarité et de communication dans ces nouveaux rôles nous apparaît donc essentielle.

La réinsertion sociale est fonction de trois variables interdépendantes: les symptômes de la maladie, le fonctionnement psychosocial et le soutien social

Cette hypothèse stipule que le symptôme de la maladie n'est pas le seul facteur déterminant dans la capacité de la personne de vivre dans la communauté. Il serait évidemment illusoire de nier la réalité de la maladie mentale et de ses symptômes. De même, nous devons reconnaître l'apport important de la médication comme ingrédient de base dans la réinsertion sociale (Davis et al., 1980). Cependant, expliquer le processus de réinsertion sociale uniquement à partir d'un point de vue symptomatique est autant réductionniste. Notre expérience tend à démontrer l'interdépendance de trois facteurs (symptômes, fonctionnement psychosocial et soutien social), lesquels varient selon l'évolution de la personne et influencent significativement le processus de réinsertion. Selon nos observations, ces trois variables auraient une évolution qui leur est propre

mais elles s'influencent mutuellement. L'analyse des données recueillies sur quatre ans devrait nous donner plus de précisions.

Des «stratégies» d'acquisition d'habiletés en contexte naturel (in vivo) doivent être élaborées

Le développement d'habiletés sociales et de compétences de vie nous paraît être une clé importante pour la réussite de la réinsertion sociale. Notre programme a privilégié une approche en milieu naturel, selon le modèle de Test et Stein. Ainsi, l'accompagnateur devient une sorte de modèle «in vivo» d'apprentissage. Par ailleurs, nous avons aussi utilisé des rencontres de groupes dont le déroulement était déterminé par les personnes elles-mêmes.

Notre analyse préliminaire des résultats ne nous permet pas pour l'instant de dégager l'impact spécifique de ces stratégies d'apprentissage d'habiletés. Nous commençons à percevoir toutefois qu'il sera important dans l'avenir de définir encore plus clairement nos outils d'évaluation et de mieux comprendre les stratégies d'apprentissage. À ce sujet, les développements récents dans le domaine de la réhabilitation psychiatrique (Anthony et Liberman, 1986; Cohen et Anthony, 1984; Farkas et Anthony, 1987 et Liberman, 1988) nous donnent des voies intéressantes au niveau technologique et de la recherche. Mentionnons entre autre l'approche de travail supervisé (Anthony et Liberman, 1988; Anthony et Blanch, 1987 et Danley et Mellen, 1987).

Les résultats préliminaires de notre démarche tendent à démontrer que le processus d'apprentissage d'habiletés de vie ou de compétences sociales au cours du processus de réinsertion sociale se rapportent particulièrement à la signification affective du «comportement compétent». En ce sens, il ne s'agit certainement pas d'une démarche ayant uniquement un caractère technique ou instrumental. Les variables affectives dans ce processus nous apparaissent actuellement extrêmement importantes, notamment le type de relation établi avec l'intervenant et l'évolution de la réponse obtenue de l'environnement.

Importance du soutien aux familles

La famille a longtemps été considérée comme un maillon important dans l'étiologie de la schizophrénie. Pensons entre autres à la populaire théorie de Fromm-Reichmann en 1948 portant sur les

mères schizophréniques, à celle de Bateson (1956) sur les modes de communication dits «à double contrainte», de même qu'au modèle causal de Brown, Birley et Wing (1972) suivi des travaux de Vaughn et Leff (1981) portant sur le niveau et le type d'expression émotionnelle de la famille. Même si nous n'avons pas retenu ces modèles causals comme explication de l'origine de la schizophrénie, nous devons bien constater que la présence d'un enfant schizophrène amène les autres membres de la famille à réagir pour s'adapter, ce qui est un phénomène normal. Ainsi, on voit différentes réactions comme de l'anxiété importante, du «burn-out» familial, de l'ambivalence face aux enfants, de la surimplication, etc. Pour nous, il est clair que si la famille n'est pas le «problème», elle s'avère être une partie de la solution.

Ainsi, outre le soutien donné à la famille individuellement, nous avons opté pour une approche d'entraide dans le cadre de rencontres de groupes de parents. Cette démarche nous a permis de faire plusieurs observations :

- a) Les parents ont besoin d'échanger, de renforcer leurs compétences et les stratégies utilisées. Ces attitudes semblent correspondre à celles décrites dans plusieurs autres expériences récentes, comme celle d'Anderson et al. (1981), de Jung et al. (1982) et celle décrite par Hatfield et Lefley (1987). Ce soutien est d'autant plus important que certaines recherches, dont celle de Lefley (1987), indiquent que plus du tiers des personnes ex-psychiatisées vivent dans leur famille naturelle et que 85% des parents ont près ou plus de 60 ans. Ces chiffres sont probablement encore plus vrais en milieu rural.
- b) Le rôle du professionnel dans ce processus est surtout de favoriser la participation compétente de la famille au processus de réhabilitation (au sens de Boyd et al., 1981) selon une approche non directive (Spaniol et al., 1984; Wintersteen, 1988).
- c) Cette approche, en plus d'avoir un caractère psycho-éducatif (Anderson et al., 1981), tend à favoriser la prise de pouvoir (notion «d'empowerment» telle que définie par Kieffer, 1984) chez les parents qui en arriveront à influencer le développement de services et de ressources nouvelles.

Cette démarche prend évidemment du temps et

suit des étapes que nous commençons à identifier (voir Arsenault, 1989). D'ailleurs, au Québec, des mouvements semblables ont déjà vu le jour : l'Association des parents et amis du malade mental, l'Association des parents lavallois dans la région de Montréal (Paquin-Drapeau, 1985), et bien d'autres. Aux États-Unis, les parents se sont regroupés ; leur mouvement, le National Allied for Mental Illness, compte aujourd'hui soixante dix mille membres et influence significativement les types de services donnés, de même que les attributions de fonds de recherche.

Intégration de la recherche à la pratique clinique

La démarche de recherche clinique que nous menons actuellement répond à très peu de questions si on considère l'ampleur du phénomène étudié. Elle nous renseigne cependant sur le fait que certaines pistes méritent une attention plus particulière. Les observations effectuées nous orientent au carrefour des dimensions biologiques, psychologiques et sociales dont l'inter-relation avec la maladie devrait être étudiée davantage. Ainsi, au niveau du processus de réinsertion sociale, il semble que l'analyse tri-dimensionnelle (symptômes – habiletés sociales – soutien social) soit une voie très intéressante.

Afin d'évaluer adéquatement le processus en cause, nous avons opté pour une méthodologie de cueillette selon des séries temporelles de quatre mois. Ainsi, chaque saison, une personne dite «évaluateur (trice) externe» entre en contact avec tous les patients qui ont accepté la démarche, de même qu'avec des personnes significatives de leur environnement affectif et social. Les données se rapportent à plusieurs dimensions dont le fonctionnement psychosocial, l'estime de soi, etc. Par ailleurs, des données dites objectives (hospitalisation, logement et travail) sont aussi recueillies. Au niveau du processus du programme, les agents de réinsertion dits «case managers» remplissent un court formulaire à chaque intervention (soit environ 15,000 interventions en 3 ans). L'analyse de ces données, (portant sur 40 patients) est actuellement en cours.

Conclusion: Vers un modèle complémentaire clinique-communautaire

En guise de conclusion, voici quelques réflexions et avenues qui serviront, espérons-le, de lien entre les différentes éléments qui viennent d'être exposées.

Comme cela est le cas pour d'autres expériences du genre au Québec (CLSC Portneuf) ou en Ontario (Goering et al., 1988a, 1988b), nous observons chez plusieurs personnes des modifications importantes au niveau du fonctionnement social et de l'utilisation des services. Ceci nous amène à une constatation simple : le modèle de «case management» qui intègre les dimensions de coordination de services, de développement d'habiletés de vie et de compétences sociales, ainsi que le soutien au réseau naturel et à la famille tend à démontrer un certain niveau d'efficacité. L'analyse plus détaillée des résultats de notre démarche, notamment au niveau des variables de fonctionnement psychosocial, nous permettra d'évaluer avec plus de rigueur les facteurs spécifiques de «succès» et «d'échec» chez les participants. Pour l'instant, l'analyse préliminaire des résultats portant sur quarante participants tend à nous indiquer aussi les limites de ce type d'intervention. Dans certains cas par exemple, nous avons observé que la proximité d'une personne significative constitue une stimulation trop grande. De même, la fixation d'objectifs réalistes n'est pas chose aisée, compte tenu des «cycles» (hauts et bas) inhérents au processus de réinsertion.

Par ailleurs, la position de proximité de l'agent de réinsertion sociale («case manager») par rapport à la personne en difficulté le situe aussi à un carrefour idéologique très important. De façon générale, on a tendance à opposer les modèles clinique et communautaire, l'approche de «déficits» versus celle de «compétences». Dans la littérature, on dit souvent qu'une approche devrait remplacer l'autre (Albee, 1980) tout comme les services externes devraient être un substitut à l'hospitalisation. Notre expérience nous amène plutôt sur un terrain de complémentarité : nous ne pouvons nier certains déficits occasionnés par la maladie, mais nous devons aussi voir chez la personne des compétences à développer. De même, le service d'aide et de soutien dans la communauté n'est pas là pour empêcher l'hospitalisation à tout prix. Au contraire, nous avons observé

chez certaines personnes une augmentation de la fréquence des hospitalisations brèves au début du processus de réinsertion. En ce sens, le «case management», tout comme la personne, se situe au carrefour des services interne et externe (voir Goldstein et Horgan, 1988).

Comme on peut le voir, les résultats qui se dégagent à ce jour, même fragmentaires, suscitent d'intéressantes réflexions. Espérons que celles-ci permettront d'animer les échanges entre les équipes oeuvrant dans ce secteur et d'enrichir le débat actuel.

Références

- Albee, G.W., 1980, A competency model must replace the defect model in Bond, L.A., Rosen, J.C. eds, *Competence and Coping during Adulthood*, N.H. University Press of New England, Hanover.
- Anderson, C.M., Hogaty, G., Reiss, D.J., 1981, The psychoeducational family treatment of schizophrenia, *New Directions for Mental Health Services*, no 12.
- Anthony, W.A., Blanch, A., 1987, Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, no 2, 5-23.
- Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M., 1982, A psychiatric rehabilitation treatment program: can I recognize one if I see one?, *Community Mental Health Journal*, 18, 182-192.
- Anthony, W.A., Liberman, R.P., 1986, The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Arsenault, R., 1989.
- Arsenault, R., Bourque, A., Gauthier, P.A., Gingras, L., Nadeau, B., 1987, *Le case management et la réinsertion sociale: perspective et réflexions*, Atelier pré-congrès présenté au colloque de l'Association canadienne de santé mentale, Montréal, novembre 1987.
- Bachrach, L.L., 1979, Planning mental health services for chronic patients, *Hospital of Community Psychiatry*, 30, 387-392.
- Bachrach, L.L., 1982, Young chronic patients: an analytic review of the literature, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 189-197.
- Bachrach, L.L., 1988, Defining chronic mental illness: a concept paper, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, no 4, 383-388.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J., 1956, Toward a theory of schizophrenia, *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Boyd, J.L., McGill, C.W., Gisloun, I.R.H., 1981, Family participation in the community rehabilitation of schizophrenics, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, no 9, 629-632.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T., Wing, J.K., 1972, Influence of family life on the course of schizophrenic disorders, A replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Cohen, B.F., Anthony, W.A., 1984, Functional assessment in psychiatric rehabilitation in Halpern, A., Fuhrer, M., eds, *Functional Assessment in Rehabilitation*, M.D. Paul Brookes, Baltimore.
- Cohen, M., Anthony, W.A., 1988, A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill: avoiding the pitfalls of the past, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, no 1, 69-72.
- Cohen, M., Nemeck, P., Farkas, M., Forbess, R., 1988, *Case Management: Reference Handbook*, Center for psychiatric rehabilitation, Boston.
- Danley, K.S., Mellen, V., 1987, Training and personnel issues for supported employment programs which serve persons who are severely mentally ill, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, no 2, 86-102.
- Davis, J.M., Schafer, C.B., Killian, G.A., Kinard, C., Chan, C., 1980, Important issue in the drug treatment of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 70-87.
- Farkas, M., Anthony, W.A., 1987, Outcome analysis in psychiatric rehabilitation in Fuhrer, M.J., ed., *Rehabilitation Outcomes: Analysis and Measurement*, Paul Brookes, Baltimore.
- Fromm-Reichmann, F., 1948, Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy, *Psychiatry*, 33, 357-360.
- Goering, P.N., Farkas, M., Wasylensky, D.A., Lancee, W.J., Ballantyne, R., 1988a, Improved functioning for case management clients, *Journal of Psychiatry Rehabilitation*, 12, no 1, 4-17.
- Goering, P.N., Wasylensky, D.A., Farkas, M., Lancee, W.J., Ballantyne, M.S.W., 1988b, What difference does case management make?, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, no 3, 272-276.
- Goldstein, J.M., Horgan, C.M., 1988, Inpatient and outpatient psychiatric services: substitutes or complements?, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, no 6, 632-635.
- Guay, J., 1984, *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Édition Gaëtan Morin, Chicoutimi.
- Harding, C.M., Zubin, J., Strauss, J., 1987, Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact or artifact, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, no 5, 477-486.
- Harris, M., Bergman, H.C., 1985, Networking with young adult chronic patients, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8, no 3.
- Hatfield, A.B., Lefley, H.P., 1987, *Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation*, The Guilford press, New York.
- Intagliata, J., 1982, Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management, *Schizophrenia Bulletin*, 8, no 4.
- Jung, H.F., Spaniol, L., Anthony, W.A., 1982, *Family Coping and schizophrenia*, Monograph: Centre for psychiatric rehabilitation, Boston University.

- Kanter, J.S., 1989, Clinical case management: Definition, Principles, Components, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, no 4, 361-368.
- Kieffer, C., 1984, Citizen empowerment: a developmental perspective, *Prevention in Human Services*, 3, 9-36.
- Lamb, H.R., 1977, The new asylum in the community, *Archives of General Psychiatry*, 36, 129-134.
- Lamb, H.R., 1980, Therapist-case manager: more than brokers of services, *Hospital and Community Psychiatry*, 31, no 11, 762-764.
- Lapointe, Y., 1988, *Actes du symposium interactif sur le case management au Québec*, Québec, septembre 1988, (Document disponible auprès de Jérôme Guay, dépt de psychologie, Université Laval ou Bernard Nadeau, Centre Hospitalier Maria (Gaspésie).
- Leavitt, S.S., 1983, Case management: a remedy for problems of community care in Sanborn, C.J., ed., *Case Management in Mental Health Services*, New-York, Haworth Press.
- Leete, E., 1987, The treatment of schizophrenia: a patient's perspective, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, no 5, 486-491.
- Lefley, H.P., 1987, Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: an emerging social problem, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, no 10, 1063-1070.
- Liberman, R.P., 1988, Coping with chronic mental disorder: a framework for hope in Liberman, R.P., ed., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, Washington, American Psychiatric press inc.
- Nadeau, B., 1987, *La gestion de cas dans le processus de réinsertion sociale chez les personnes souffrant d'un désordre psychiatrique chronique*, Conférence prononcée au Colloque de l'Association canadienne pour la santé mentale, Montréal, novembre.
- Paquin-Drapeau, D., 1985, La famille du schizophrène, un maillon à considérer, *Santé mentale au Canada*, décembre, 7-9.
- Schwartz, S.R., Goldman, H.H., Churgin, S., 1982, Case management for the chronic mental ill: models and dimensions, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, no 12, 1006-1009.
- Shifren-Levine, I., Flemeing, M., 1985, *Human resource development: issues in case management*, Human Ressource Development, Rockville, Maryland.
- Shifren-Levine, I., Spaniol, L., 1985, The role of families of the severely mentally ill in the development of community support services, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 4, 83-94.
- Spaniol, L., Zipple, A., Fitzgerald, S., 1984, How professionals can share power with families: practical approaches to working with families of the mentally ill, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8, no 2, 77-84.
- Stein, L.I., Test, M.A., Marx, A.J., 1975, Alternative to the hospital: a controlled study, *American Journal of Psychiatry*, 132, no 5, 517-522.
- Stein, L.I., Diamond, R.J., 1985, A program for difficult-to-treat patients, *New Directions for Mental Health Services*, no 26.
- Stein, L.I., Test, M.A., 1985, The evolution of the training in community living model, *New Directions for Mental Health Services*, no 26.
- Test, M.A., Stein, L.I., 1976, Training in community living: a follow-up look at a gold award program, *Hospital and Community Psychiatry*, 27, no 3, 193-194.
- Test, M.A., Stein, L.I., 1978, The clinical rationale for community treatment: a review of literature in Stein, L.I., Test, M.A., eds, *Alternatives to Mental Health Hospital Treatment*, Plenum Press, New York.
- Test, M.A., 1979, Continuity of care in community treatment, *New Directions for Mental Health Services*, 2, 15-24.
- Trotter, S., Minkoff, K., Harrisson, K., Hoops, J., 1988, Supported work: an innovative approach to the vocational rehabilitation of persons who are psychiatry disabled, *Rehabilitation Psychology*, 33, no 1, 27-35.
- Vaughn, C.E., Leff, J.P., 1981, Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 7, 43-44.
- Wallace, C.J., Nelson, C.J., Liberman, R.D., Aitchison, R.A., Lukoff, D., Elder, J.P., Ferris, C., 1980, A review and critique of social skills training with schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.
- Wallace, C.J., Boone, S.E., Donahoe, C.-P., Foy, D.F., 1985, The chronically mentally disables: independant living skills training in Barlow, D.H., ed., *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, The Guilford Press, New York.
- Wintersteen, R.T., Young, L., 1988, Effective professional collaboration with family support groups, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, no 1, 19-31.

SUMMARY

This article focuses on the main concepts associated with the notion of case management (functions and values). The author analyzes certain results obtained by social workers and brings forward hypotheses concerning integrated models of clinical and community support programs, at the core of which lies the notion of case management.