

Normes relatives aux services de gestion de cas intensive

pour les services de santé mentale
et les services de soutien connexes

Mai 2005

Table des matières

2	Introduction
2	Gestion de cas intensive
2	Nécessité d'établir des normes pour les services de gestion de cas intensive
3	Contexte politique général
4	Contexte des politiques de santé mentale
4	<i>Franchir les étapes</i>
4	<i>Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale</i>
5	Processus suivi pour l'élaboration des normes
5	Bilan de la situation au Canada et ailleurs
6	Groupe de travail des intervenants
6	Validation des normes
6	Gestion de cas intensive et services communautaires de traitement actif
7	Services de gestion de cas intensive
7	Caractéristiques des services de gestion de cas intensive, composante essentielle du continuum de services
7	Fonctions des services de gestion de cas intensive
7	Relation entre les normes de service, les fonctions et les domaines – indicateurs et mesures du rendement
9	Normes relatives aux services de gestion de cas intensive
14	Prochaines étapes
15	Annexe A : Domaines de rendement
16	Annexe B : <i>Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale</i> – Domaines et indicateurs de rendement
18	Annexe C : Liste des membres du groupe de travail des intervenants
19	Annexe D : Définitions des fonctions des services de gestion de cas intensive
20	Annexe E : Normes, domaines et indicateurs relatifs aux services de gestion de cas intensive
30	Annexe F : Analyse documentaire – Résumé des conclusions clés de la recherche sur les services de gestion de cas intensive
44	Annexe G : Bibliographie

Introduction

Gestion de cas intensive

Les services de gestion de cas intensive représentent un élément essentiel du continuum des services de santé mentale et des services de soutien connexes offerts aux personnes ayant des maladies mentales graves. La gestion de cas intensive contribue à une plus grande indépendance et qualité de vie pour les clientes et clients, grâce à la coordination de services appropriés et à la prestation continue des services de soutien dont une personne peut avoir besoin. La participation directe des clientes et clients et l'établissement d'une relation chaleureuse et aidante entre une cliente ou un client et la personne responsable de la gestion de son cas font partie intégrante du processus de gestion de cas intensive. La gestion de cas intensive s'adapte aux besoins multiples et changeants des clientes et clients et elle joue un rôle charnière au niveau de la coordination des services dont une personne peut avoir besoin au sein du système de santé mentale en général, de même qu'au sein d'autres systèmes de services (c.-à-d., le système de justice pénale, les services d'aide au développement et les services de lutte contre les dépendances). Les personnes responsables de la gestion des cas assurent une fonction cruciale auprès des clientes et clients pour ce qui est de les aider à réaliser leurs propres buts en matière de rétablissement. Elles s'efforcent d'établir et de cultiver des relations de confiance productives avec leurs clientes et clients et de leur fournir les services de soutien et les ressources nécessaires à l'atteinte de leurs objectifs, à la stabilisation de leur situation et à l'amélioration de leur qualité de vie.

Nécessité d'établir des normes pour les services de gestion de cas intensive

Le système de santé ontarien se veut un système axé sur les besoins des particuliers qui donne accès à des services dont l'efficacité et la qualité sont garanties moyennant des mécanismes de responsabilisation et de gestion du rendement. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'est par ailleurs engagé en faveur d'une réforme du système de santé mentale, de sorte à l'axer sur la prestation de services complets, coordonnés et fondés sur les résultats. Ses publications, *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*, *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* et *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale* guident le processus de réforme du système de santé mentale et orientent la mise en place d'un système plus responsable.

Les services de gestion de cas intensive sont offerts depuis plus d'une vingtaine d'années dans des cadres divers au sein de nombreuses collectivités de l'Ontario. Vu que la mise sur pied des divers programmes existants a souvent eu lieu en réponse à des besoins locaux, la nature et la gamme des services offerts ici et là sont loin d'être uniformes. L'engagement à rendre le système de santé mentale plus responsable s'est traduit par l'élaboration de normes visant à garantir que les services de gestion de cas intensive reflètent bien les buts et les principes de la réforme du système de santé mentale à l'échelle de la province. Ces normes correspondent à des attentes concernant les services de gestion de cas intensive, afin que leur prestation soit uniforme et tienne compte des meilleures pratiques fondées sur des données probantes d'un bout à l'autre de la province. Le respect de ces normes permettra la mise au point de mesures du rendement et d'exigences en matière de collecte de données, afin de pouvoir surveiller la prestation des services de gestion de cas intensive.

Le présent document énonce les normes établies par le ministère pour les services de gestion de cas intensive. Il décrit par ailleurs le processus suivi pour l'élaboration et la validation des normes, ainsi que les prochaines étapes, qui consisteront à mettre au point des mécanismes de surveillance de la prestation des services, afin de garantir que ceux-ci soient pertinents et efficaces.

Contexte politique général

L'élaboration de normes relatives aux services de gestion de cas intensive se situe dans un contexte plus général de réforme visant la mise sur pied d'un système de santé communautaire axé sur les besoins des particuliers qui mette l'accent sur un meilleur accès à des services responsables, de qualité et fondés sur des données probantes. La prestation de services de gestion de cas intensive accessibles, responsables et fondés sur des données probantes est conforme aux politiques et aux orientations générales des gouvernements fédéral et provincial concernant la réforme du système de santé, et elle se prête à une intégration des services de santé mentale et des services de soutien connexes avec certaines initiatives plus générales touchant le système de santé.

Les initiatives en cours en Ontario dans le domaine de la santé, telles que la constitution de réseaux locaux d'intégration des services de santé, la Réforme des soins primaires et la création d'équipes Santé familiale, mettent l'accent sur l'instauration d'un système de santé intégré qui donne accès à une gamme complète de services pertinents, axés sur les besoins des particuliers (*ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2004*). La réforme du système de santé mentale, notamment en ce qui concerne les services de gestion de cas intensive, vise des objectifs similaires. Les initiatives actuelles ouvrent la voie d'une expansion des capacités du système de santé moyennant des rapprochements entre la réforme du système de santé en général et celle des services de santé mentale.

Les initiatives prises ces dernières années à l'échelle nationale dans le domaine de la santé reflètent un engagement précis en faveur de l'amélioration des services communautaires de santé mentale, y compris les services de gestion de cas intensive. Dans son rapport final, *Guidés par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, publié en 2002, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a fait une série de recommandations visant à garantir la viabilité à long terme de notre système de santé, parmi lesquelles celle d'investir en priorité dans les services de soins à domicile, y compris les soins actifs en santé mentale. Les services de gestion de cas pour les personnes ayant une maladie mentale sont reconnus comme faisant partie des éléments clefs des services de soins actifs en santé mentale.

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (*Santé Canada, 2003*) reflète la détermination des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à améliorer la qualité, l'accessibilité et la viabilité des services de santé. Il prévoit trois domaines d'action prioritaires pour atteindre ces objectifs, dont les services de soins à domicile, et il inclut à cet égard l'engagement d'investir dans la prestation de soins actifs en santé mentale dans la collectivité.

Le gouvernement ontarien a de son côté précisé son intention d'améliorer les services communautaires de santé mentale. Le budget de l'Ontario de 2004 prévoit l'expansion de ces services en vue d'atteindre 78 600 clientes et clients additionnels par année d'ici 2007-2008, et ce grâce à l'accès aux services de gestion de cas, aux services communautaires de traitement actif (aussi qualifié de « dynamique »), aux services d'intervention en cas de crise et à l'intervention rapide auprès des personnes atteintes de troubles psychotiques (*Gouvernement de l'Ontario, 2004*).

Contexte des politiques de santé mentale

Plusieurs documents publiés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée soulignent la nécessité d'une plus grande responsabilisation au niveau des services de santé mentale. Pareille responsabilisation se traduit par l'établissement de normes, le suivi du rendement et le compte rendu des résultats, le tout de façon continue, de sorte à pouvoir évaluer et améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes et des services, tout en réalisant les objectifs généraux visés à l'échelle du système. La mise au point de normes uniformes applicables à l'ensemble des programmes et des services du système constitue un élément clef de cette responsabilisation.

Franchir les étapes

En 1999, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié son plan de mise en œuvre et son cadre d'action pour la réforme de la santé mentale. Le plan de mise en œuvre, intitulé *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*, situe le contexte général de la réforme du système de santé mentale et en énonce tant les principes que les buts.

L'un des principes énoncés dans ce document est que les services de santé mentale refléteront les meilleures pratiques fondées sur des données probantes.

Parmi les buts visés par la réforme du système de santé mentale, telle que présentée dans *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*, est celui de veiller à ce que les services de santé mentale et les services de soutien connexes :

- soient fournis au sein d'un continuum complet de services mis sur pied pour répondre aux besoins des clientes ou clients et basé sur les meilleures pratiques;
- soient organisés et coordonnés suivant une hiérarchie de « niveaux de besoins », afin de veiller à ce que les clientes et clients puissent accéder aux services les mieux adaptés à leurs besoins;
- disposent des liens nécessaires vers d'autres services et soutiens dans la région;
- reflètent une responsabilité claire vis-à-vis de la prestation des services et du système par l'établissement de buts opérationnels et d'indicateurs du rendement explicites;
- soient aussi simples et faciles d'accès que possible, selon les besoins des personnes auxquelles ils sont destinés.

Le document *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* décrit le continuum complet de services de santé mentale et de services de soutien connexes qu'offre le système de santé mentale réformé, et il explique l'organisation et la prestation voulues de ces services. Les services de gestion de cas intensive sont considérés faire partie de ce continuum. Le *Cadre de prestation* expose aussi les principales caractéristiques et fonctions des services de gestion de cas intensive et fournit une base pour l'élaboration de normes relatives à ces services. (Voir les fonctions des services de gestion de cas intensive à l'annexe D.)

Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale

Les documents de la série *Franchir les étapes* soulignent que la responsabilisation est indispensable à la réforme du système de santé mentale. En avril 2003, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, dans lequel il énonce ses lignes directrices pour la surveillance de la responsabilité, de l'efficience et de l'efficacité des services de santé mentale et des services de soutien connexes. Les mécanismes de responsabilisation prévus visent une évaluation et une amélioration continues du système de santé mentale par l'établissement

de normes de rendement et par la mesure des résultats. Le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale* définit les domaines de rendement et les indicateurs s'y rapportant qui sont à la base des normes de service et des mesures du rendement fondées sur les résultats comme des outils de collecte de données. (Voir la définition des domaines à l'annexe A.) Plusieurs indicateurs ont été mis au point pour chaque domaine de rendement, qui ne seront toutefois pas tous applicables à tous les programmes de gestion de cas intensive. (Voir le tableau récapitulatif des domaines et des indicateurs de rendement à l'annexe B.)

Processus suivi pour l'élaboration des normes

Bilan de la situation au Canada et ailleurs

Le processus a débuté par un examen de l'état d'avancement des efforts de normalisation des services de gestion de cas intensive entrepris en Ontario, ailleurs au Canada et dans divers pays étrangers. Au Canada, la plupart des provinces sont plus ou moins avancées dans la description de leurs programmes et services et la mise au point de normes s'y rapportant. La Nouvelle-Écosse dispose de normes finalisées pour ses programmes basées sur les données probantes disponibles et les meilleures pratiques : les normes relatives à la gestion de cas intensive font partie des normes applicables à ses services de soutien communautaires (*Nova Scotia Department of Health, 2003*). Les normes en vigueur en Nouvelle-Écosse prescrivent la mise en place d'un processus d'aiguillage approprié, une évaluation complète de la situation de chaque cliente ou client, l'établissement d'un plan d'intervention suivi d'un examen des progrès qu'il a permis d'obtenir, la prestation de services visant des buts ou des résultats définis de concert avec la cliente ou le client, de même que des services de liaison et de coordination (*Nova Scotia Department of Health, 2003*). Le Manitoba, la Colombie-Britannique et Terre-Neuve ont entrepris une vaste réforme de leurs systèmes de santé mentale en vue de leur fixer des objectifs généraux, de même que de définir et d'améliorer leurs services spécifiques, dont la gestion de cas intensive (*ministère de la Santé du Manitoba, 1997; British Columbia Ministry of Health, 1998; Newfoundland Department of Health and Community Services, 2003*). Les provinces en sont à divers stades de leur processus de réforme et de la définition de normes relatives à la gestion de cas intensive.

Nous avons également examiné les activités de normalisation entreprises aux États-Unis, tant à l'échelle nationale que par des états individuels. Au moment de notre examen, nous n'y avons trouvé nulle part de services de santé mentale aux composantes bien distinctes, mais interreliées, ni de normes de service spécifiques à la gestion de cas intensive. Ceci étant dit, l'Ohio et la Californie utilisent des descriptions de programmes qui s'appuient sur des normes (*Ohio Department of Mental Health, 1999; California Mental Health Planning Council, 2001*).

Nous n'avons trouvé aucune confirmation de l'existence de normes traitant directement des services de gestion de cas intensive au Royaume-Uni ou en Australie. Ces deux pays ont toutefois adopté des normes nationales relatives à la prestation des services de santé mentale en général (*Commonwealth d'Australie, 1996; National Health Service, Royaume-Uni, 1999*). En Australie, les normes mettent l'accent sur les résultats comme sur l'intégration des services, et elles reflètent des valeurs profondes basées sur les droits de la personne, la dignité et l'autonomisation (*Commonwealth d'Australie, 1996*). Au Royaume-Uni, les normes relatives aux services de gestion de cas intensive visent surtout la prestation de services efficaces aux personnes ayant des maladies mentales graves, notamment grâce à des mécanismes de participation, à la planification des services (y compris l'anticipation et

la prévention des crises) et à l'établissement de programmes de traitement écrits (*National Health Service, 1999*). Ces deux pays ont établi leurs normes en se fondant sur les meilleures preuves disponibles, en vue de surveiller, d'évaluer et d'améliorer la prestation des services de santé mentale.

Groupe de travail des intervenants

En juin 2003, le ministère a consulté un groupe de travail formé d'intervenants du système de santé mentale, y compris des fournisseurs de services de première ligne et des personnes représentant des organismes de défense des intérêts de la clientèle du système, au sujet de la teneur des normes relatives aux services de gestion de cas intensive (voir la liste des membres du groupe de travail à l'annexe C). Le groupe de travail a produit des normes provisoires en s'appuyant sur les fonctions des services de gestion de cas intensive prévues dans *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* et sur les normes adoptées par la Nouvelle-Écosse (*Nova Scotia Department of Health, 2003*). Il a ensuite relié chacune des normes à un domaine de rendement et aux indicateurs s'y rapportant, tels qu'énoncés dans le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*. Une partie des membres du groupe de travail se sont réunis de nouveau en novembre 2003 pour passer en revue et peaufiner les normes provisoires.

Validation des normes

Les normes relatives aux services de gestion de cas intensive ébauchées par le groupe de travail d'intervenants ont été validées par une personne spécialisée dans les conseils en recherche moyennant une analyse de la littérature publiée dans ce domaine, y compris les écrits sur la gestion de cas intensive et les services communautaires de traitement actif parus dans les revues scientifiques dotées d'un comité de lecture. Une hiérarchie des niveaux de preuve a été établie (voir l'annexe F) suivant la classification mise au point en Nouvelle-Écosse (*Nova Scotia Department of Health, 2003*), afin de pouvoir comparer les normes proposées aux données probantes disponibles. Un rapprochement a été fait entre la littérature pertinente et les normes ébauchées. Enfin, la classification des niveaux de preuve a servi à évaluer chacune des normes et à cerner les données probantes venant l'appuyer.

Gestion de cas intensive et services communautaires de traitement actif

Bien que la littérature examinée incluait des comptes rendus de recherche sur la gestion de cas intensive, la plupart des écrits examinés traitaient des services communautaires de traitement actif. Malgré les similarités entre les services communautaires de traitement actif et les services de gestion de cas intensive, leur mode de prestation est différent (en ce sens que les services communautaires de traitement actif sont assurés par une équipe, alors que les services de gestion de cas intensive sont assurés par une seule personne responsable de la gestion d'un cas donné). En conséquence, les conclusions tirées de la recherche sur les services communautaires de traitement actif ont été utilisées, avec circonspection, pour appuyer les normes relatives aux services de gestion de cas intensive. Les normes relatives aux services de gestion de cas intensive seront réexaminées et révisées en permanence, à mesure que de nouvelles données probantes se dégageront de la recherche et que des meilleures pratiques propres à ces services seront connues.

Services de gestion de cas intensive

Caractéristiques des services de gestion de cas intensive – composante essentielle du continuum de services

La gestion de cas intensive est plus qu'un service d'intermédiaire. Il s'agit, comme son nom l'indique, d'un service intensif, qui suppose l'établissement d'une relation de confiance avec la cliente ou le client et la prestation de services de soutien continus afin d'aider la personne en question à fonctionner dans le cadre le moins restrictif, autrement dit le plus normal possible, et à rehausser sa qualité de vie. Les responsables de la gestion des cas restent en rapport avec leurs clientes et clients, dont les besoins changent et peuvent nécessiter le recours à des services offerts dans des cadres différents.

La clientèle prioritaire pour les services de gestion de cas intensive sont les personnes dont les troubles satisfont à la définition de « maladie mentale grave » retenue par le ministère et qui ont besoin de services de soutien de façon continue et à long terme.¹

Fonctions des services de gestion de cas intensive

La gestion de cas intensive est un service complexe et détaillé. Le document *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* énonce comme suit les fonctions propres à un service de gestion de cas intensive (voir leur définition à l'annexe D) :

- services d'approche et identification de la clientèle;
- évaluation et planification;
- prestation de services directs et intervention;
- surveillance, évaluation et suivi;
- information, liaison, défense des intérêts, consultation et collaboration.

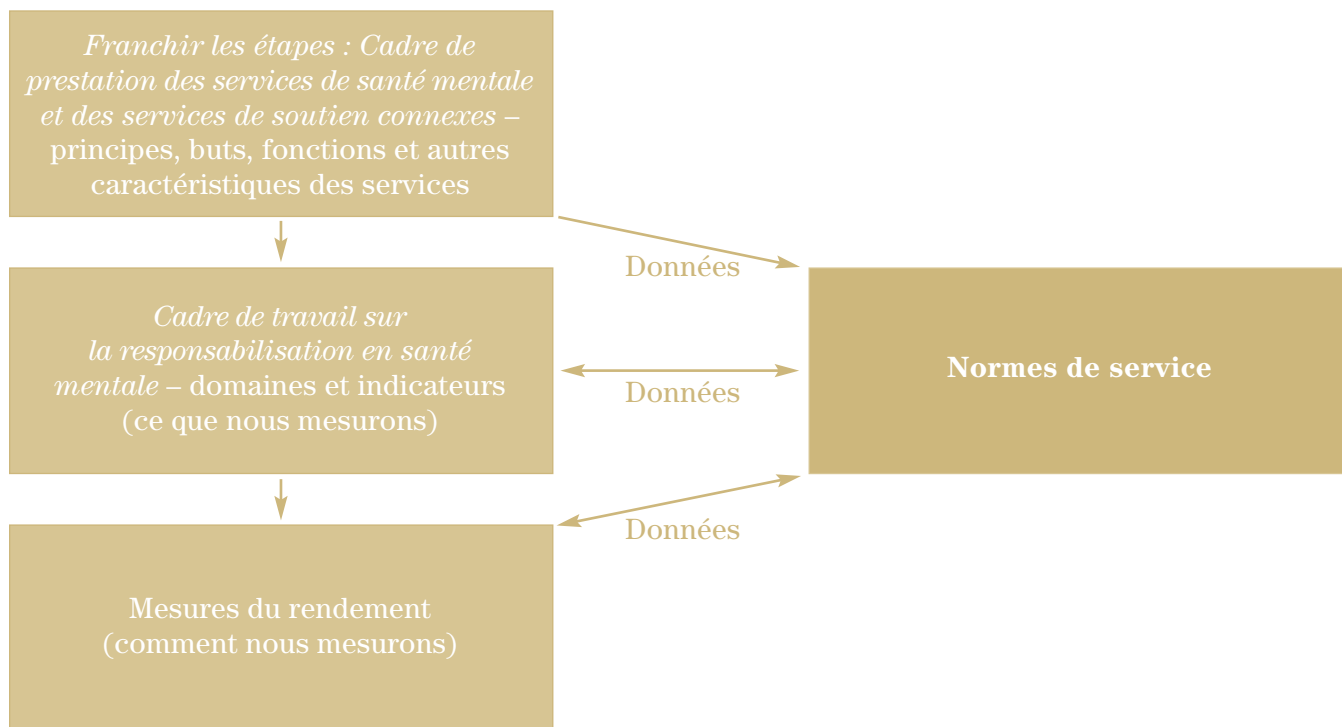
À chacune des fonctions des services de gestion de cas intensive correspondent désormais des normes qui reflètent les caractéristiques générales de ces services.

Relation entre les normes de service, les fonctions, de même que les domaines, les indicateurs et les mesures du rendement

Le respect des normes garantira la prestation de services complets et coordonnés, axés sur les besoins de la clientèle et fondés sur les meilleures pratiques. Les normes relatives aux services de gestion de cas intensive reflètent les principales fonctions et autres caractéristiques de ces services, telles qu'énoncées dans *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*, de même que les domaines et les indicateurs de rendement établis dans le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*.

¹ Trois critères servent à définir une maladie mentale grave : l'incapacité, la durée et le diagnostic.

Figure 1 : Relation entre les normes de service, les fonctions, de même que les domaines, les indicateurs et les mesures du rendement



Chacune des normes relatives aux services de gestion de cas intensive est liée à un ou plusieurs domaines et indicateurs de rendement.

La prochaine étape consistera à mettre au point des mesures du rendement basées sur les domaines et les indicateurs applicables. C'est pourquoi les normes sont toutes associées à un ou plusieurs domaines comme à divers indicateurs, et leur formulation est telle qu'elle pourra aisément être reprise sous forme d'énoncés mesurables. (Vous trouverez à l'annexe E un tableau récapitulatif des normes, avec les domaines et indicateurs correspondants.) Chaque indicateur peut englober une série de mesures applicables à un service donné. Voici deux exemples :

- **Indicateur** : Pertinence – adhésion aux meilleures pratiques.

Norme : Dans la mesure du possible, une personne responsable de la gestion des cas au sein d'un organisme ne s'occupe jamais de plus de 20 cas simultanément.

Mesure :

Le rapport existant au sein du service de gestion de cas intensive entre les responsables de la gestion des cas et les clientes ou clients est de :

- 1 pour 1 à 5
- 1 pour 6 à 10
- 1 pour 11 à 15
- 1 pour 16 à 20
- 1 pour plus de 20

- **Indicateur** : Pertinence – perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille.

Norme : Les clientes et clients participent au moins une fois par année à l'examen de leur programme de services. Un membre du personnel de niveau supérieur ou du personnel de supervision devrait également examiner chaque programme une fois par année.

Mesure :

Pourcentage de clientes et de clients qui ont participé au moins une fois par année à l'examen de leur programme de services :

- moins de 50 %
- 51 à 60 %
- 61 à 70 %
- 71 à 80 %
- 81 à 90 %
- 91 à 100 %

Pourcentage de programmes de services examinés chaque année par un membre du personnel de niveau supérieur ou du personnel de supervision :

- moins de 50 %
- 51 à 60 %
- 61 à 70 %
- 71 à 80 %
- 81 à 90 %
- 91 à 100 %

Après la mise au point de mesures du rendement pour chaque indicateur correspondant à une norme de gestion de cas intensive débutera la collecte de données qui serviront à évaluer les services et à peaufiner les normes, s'il y a lieu. Les normes et les services seront continuellement soumis à une réévaluation par rapport aux mesures du rendement et aux données recueillies, de sorte à garantir que les normes reflètent toujours les meilleures pratiques.

Normes relatives aux services de gestion de cas intensive

L'élaboration des normes énoncées dans le présent document, qui a pris appui sur les fonctions des services décrites dans *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*, de même que sur les domaines et les indicateurs de rendement définis dans le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, reflète par ailleurs la consultation du groupe de travail des intervenants, les normes adoptées ailleurs qu'en Ontario et les données probantes issues de la recherche.

Le tableau ci-après présente les différentes normes, la fonction du service et le ou les domaines s'y rapportant, ainsi que le niveau de preuve (p. ex., des données probantes confirmées par la recherche ou une opinion d'expert) appuyant la validité de chaque norme. (L'annexe F décrit la classification des niveaux de preuve plus en détail).

Tableau 1 : Normes relatives aux services de gestion de cas intensive

Fonctions	Normes	Domaines	Niveaux de preuve ²			
			1	2	3	4
Services d'approche et d'identification de la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure du possible, des services d'approche dynamiques seront offerts pour établir une relation avec les clientes et clients à l'endroit de leur choix, tout en tenant compte de la sécurité de la clientèle et du fournisseur de services. 	Accessibilité		✓		✓
	<ul style="list-style-type: none"> Lors de l'approche des personnes qui manifestent des besoins identifiables et précis en matière de services de santé mentale ou de services de soutien connexes continus, les services seront offerts de la façon la moins perturbatrice possible. 	Accessibilité		✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les services prévoient obligatoirement des moyens d'approche différents pour repérer et servir les clientes et clients aux besoins variés, p. ex. en raison de leur âge, de leur culture ou de leur langue. Les méthodes d'approche et d'identification de la clientèle sont adaptées en fonction des besoins de celle-ci. 	Accessibilité et acceptabilité		✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les organismes disposent tous d'un processus d'accueil documenté incluant l'application de critères d'admissibilité aux services. 	Accessibilité		✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> Le processus d'accueil est entamé au plus tard 10 jours ouvrables après le contact initial avec une cliente ou un client. 	Accessibilité		✓		✓
	<ul style="list-style-type: none"> Chaque organisme élabore un plan de gestion de sa liste d'attente et le passe en revue une fois par année. 	Accessibilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Au moment de recommander un aiguillage vers des services additionnels ou vers un type de service différent, la cliente ou le client est consulté au sujet de l'aiguillage en question. 	Pertinence et accessibilité				✓

² Niveaux de preuve

- Le niveau 1 reflète une preuve d'efficacité directe (autrement dit, il a été établi, moyennant son évaluation indépendante dans le cadre d'une étude, que la norme produit des résultats positifs).
- Le niveau 2 reflète une preuve d'efficacité indirecte (autrement dit, la norme est l'une des caractéristiques ou composantes d'un programme à l'efficacité éprouvée).
- Le niveau 3 reflète soit des études basées sur des opinions d'experts, voire un consensus parmi les experts que la norme est efficace, soit une preuve corrélationnelle que la norme est associée à des résultats positifs.
- Le niveau 4 reflète l'opinion d'experts (c'est-à-dire qu'il est défini par le groupe de travail ou d'autres compétences du Canada, en l'absence de confirmation empirique dans les comptes rendus de recherche).

Tableau 1 : suite

Évaluation et planification	<ul style="list-style-type: none"> Après achèvement du processus d'accueil, la cliente ou le client est soumis, dans les 10 jours ouvrables, à une évaluation normalisée à l'échelle de l'organisme concernant ses besoins en matière de services. 	Accessibilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> La personne responsable de la gestion d'un cas établit obligatoirement un programme de services personnalisé et détaillé en consultation avec le client ou la cliente, en veillant à ce que le programme reflète les buts et les besoins qu'il ou elle a exprimés. Ce programme inclut des stratégies de gestion des crises et des délais d'atteinte des buts de la cliente ou du client. 	Acceptabilité et pertinence		✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> Le programme de services fait mention des autres services et ressources qui pourraient, s'il y a lieu, contribuer à satisfaire l'ensemble des besoins de la cliente ou du client. 	Continuité		✓	✓	✓
Prestation de services directs et intervention	<ul style="list-style-type: none"> La prestation des services est obligatoirement axée sur la collectivité, pas sur les locaux du fournisseur de services. 	Pertinence	✓	✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> La prestation des services s'adapte aux variations quantitatives et qualitatives des besoins de la clientèle. 	Pertinence		✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> Dans la mesure du possible, une personne responsable de la gestion des cas au sein d'un organisme ne s'occupe jamais de plus de 20 cas simultanément. 	Pertinence		✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les services de gestion de cas intensive sont obligatoirement disponibles au moins huit heures par jour, cinq jours par semaine. 	Accessibilité		✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> L'accès aux services et aux mécanismes de soutien en dehors des heures normales de travail, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, fait l'objet de protocoles écrits, en plus d'être documenté dans les programmes de services des clientes et clients lors de la planification des services à leur disposition en cas de crise ou autre urgence. 	Accessibilité		✓	✓	✓

Tableau 1 : suite

Prestation de services directs et intervention (suite)	<ul style="list-style-type: none"> L'organisme fera tout en son possible pour que son personnel de première ligne suive une formation portant sur des domaines variés (p. ex., intervention auprès de personnes suicidaires, normes de sécurité pour les interventions dans la collectivité, intervention non violente, éducation antiracisme, réadaptation psychosociale, dépistage des dépendances, sensibilité au multiculturalisme, dynamiques familiales, symptomatologie psychiatrique et psychotropes). La formation est soutenue par des ententes de perfectionnement professionnel. 	Compétence		✓		✓
	<ul style="list-style-type: none"> Par souci d'uniformité, les services sont, dans la mesure du possible, assurés par une seule et même personne principalement responsable de la gestion du cas. 	Continuité		✓	✓	✓
Surveillance, évaluation et suivi	<ul style="list-style-type: none"> Les clientes et clients participent au moins une fois par année à l'examen de leur programme de services. Un membre du personnel de niveau supérieur ou du personnel de supervision devrait également examiner chaque programme une fois par année. 	Pertinence et acceptabilité		✓		✓
	<ul style="list-style-type: none"> La satisfaction de la clientèle (y compris les clientes et clients, leurs familles et les organismes externes) fait l'objet d'un suivi continu et les résultats de ce suivi servent à améliorer les services. 	Acceptabilité		✓		✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les organismes assurant les services évaluent chaque année un aspect quelconque de leurs programmes par rapport aux normes officielles et aux meilleures pratiques. 	Pertinence et efficacité		✓		✓
	<ul style="list-style-type: none"> Un programme écrit est établi après achèvement d'un service dans lequel sont énoncés les critères de suivi, de renouvellement des services de gestion de cas intensive et de mise en liaison avec d'autres services. 	Efficacité, acceptabilité et continuité				✓

Tableau 1 : suite

Surveillance, évaluation et suivi (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Les organismes adoptent un protocole écrit établissant comment accueillir les plaintes des clientes ou clients, de leurs familles et d'autres organismes, et comment y donner suite, et ils en informent les clientes et clients. 	Acceptabilité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les organismes passent leur administration des normes en revue une fois par année (y compris leur mise en œuvre et la vérification de leur respect). 	Efficacité et efficience				✓
Information, liaison, défense des intérêts, consultation et collaboration	<ul style="list-style-type: none"> Chaque organisme fournisseur de services conclut des partenariats ou des ententes touchant la prestation de services avec d'autres organismes, services communautaires ou fournisseurs de soins primaires, de sorte à garantir la continuité au niveau de la prestation des services. 	Continuité		✓		✓
	<ul style="list-style-type: none"> Les responsables de la gestion des cas connaissent les services disponibles et savent lesquels seraient dans l'intérêt véritable d'une cliente ou d'un client, de sorte à pouvoir lui fournir des renseignements d'actualité. 	Efficacité				✓
	<ul style="list-style-type: none"> La personne responsable de la gestion des cas défend les intérêts de la cliente ou du client en vue de lui procurer des services accessibles et adaptés à ses besoins. 	Accessibilité et pertinence		✓	✓	✓
	<ul style="list-style-type: none"> L'organisme fournisseur de services élabore un plan écrit faisant ressortir les ressources communautaires, les liens à établir et les besoins de formation du personnel, et il passe ce plan en revue une fois par année pour en vérifier la pertinence. 	Pertinence et continuité				✓

Prochaines étapes

Le présent document, qui décrit les normes relatives aux services de gestion de cas intensive, représente une étape de plus dans la responsabilisation de ces services en Ontario. Le ministère compte poursuivre son développement des composantes du *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, de manière à définir et établir des rapports et des processus de responsabilisation au sein du système de santé mentale.

La définition des principes, des buts et des composantes essentielles d'un système de santé mentale réformé est chose faite, tout comme l'élaboration de domaines et d'indicateurs de rendement, de même que de normes, basés sur ces principes, buts et composantes. Ceci représente en soi une étape de l'établissement d'orientations précises pour les personnes sur le terrain quant à la manière d'assurer les services de gestion de cas intensive. Bien que les fournisseurs de services ne soient pas tous en mesure de satisfaire immédiatement à l'ensemble des normes, un financement considérable est investi dans le but d'améliorer les services de gestion de cas intensive afin qu'ils puissent satisfaire aux normes.

Le ministère élaborera également des exigences concernant la collecte de données et de mesures du rendement fondées sur les résultats, de sorte à pouvoir surveiller la prestation des services de gestion de cas intensive et en rendre compte. Les données disponibles au rythme de la mise en œuvre de ces exigences et mesures serviront à comparer les services de gestion de cas intensive et les services de soutien connexes aux normes applicables.

Une fois ces composantes en place, le ministère pourra mettre en œuvre un processus de responsabilisation lui permettant de surveiller la prestation des services de gestion de cas intensive et de répondre à ces questions importantes :

La prestation des services a-t-elle lieu partout dans la province de manière conforme aux politiques ministérielles et aux meilleures pratiques fondées sur des données probantes?

Et surtout : Est-ce que les clientes et clients sont satisfaits des services qui leur sont fournis et est-ce que ces services leur permettent d'atteindre leurs buts personnels?

Ces différentes étapes contribueront à l'amélioration et à l'évaluation continues des services de gestion de cas intensive au sein du système de santé mentale de l'Ontario.

Annexe A : Domaines de rendement³

Domaine	Définition
Acceptabilité	Les services dispensés satisfont aux attentes des bénéficiaires, de la collectivité, des fournisseurs et du gouvernement.
Accessibilité	Les personnes qui ont besoin de services sont capables d'obtenir les services qu'il leur faut, où et quand elles en ont besoin.
Pertinence	Les services dispensés répondent aux besoins des bénéficiaires et sont fondés sur des normes établies.
Compétence	Les connaissances, les compétences et les actes des personnes qui dispensent les services sont appropriés en rapport avec ces services.
Continuité	Le système est viable, complet et apte à fournir des services unifiés et coordonnés provenant de tous les programmes, praticiens et organismes, ainsi que de tous les niveaux de service, le tout conformément aux besoins individuels.
Efficacité	Les services, interventions ou actes produisent les résultats voulus.
Efficiences	Les organismes et programmes obtiennent les résultats voulus en utilisant les ressources de la manière la plus rentable possible.
Sécurité	Les organismes et programmes évitent ou réduisent les risques et les dangers potentiels pour leur clientèle, les familles, le personnel des services de santé mentale et la collectivité associés à l'intervention ou à son absence ou encore à l'environnement.

³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2003). *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, p. 20.

Annexe B : Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale – Domaines et indicateurs de rendement⁴

DOMAINE				
INDICATEURS	Acceptabilité	Accessibilité	Pertinence	Compétence
	Satisfaction du client et de sa famille relativement aux services reçus	Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves	Existence de programmes de base selon les meilleures pratiques	Disponibilité de ressources pour former le personnel et le doter des compétences requises par son rôle
	Participation du client et de sa famille aux décisions portant sur le traitement	Portée des services atteint les sans-abri	Fidélité : adhésion aux meilleures pratiques	Disponibilité de ressources pour le perfectionnement professionnel et l'apprentissage continu
	Plaintes officielles : mécanismes mis en œuvre	Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale	Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves	Satisfaction des normes professionnelles ou d'agrément de la province (lorsqu'il y a lieu)
	Déclaration des droits des patients	Identification des lacunes en ressources humaines	Protocoles de traitement de la comorbidité	
	Participation du client et de sa famille à la prestation et à la planification des services	Accès aux soins primaires	Taux de réadmission à l'hôpital*	
	Sensibilisation aux réalités culturelles	Temps d'attente pour les services requis	Taux d'institutionnalisation involontaire*	
	Choix des services déterminé par le client et sa famille	Disponibilité des soins hors des heures d'ouverture	Durée du séjour aux soins actifs*	
		Disponibilité d'un moyen de transport	Temps passé dans des programmes communautaires	
		Refus de service	Recours à l'isolement et à des dispositifs de retenue	
		Intervention précoce	Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client	
		Perception de l'accessibilité par le client et sa famille	Financement et dépenses fondés sur les besoins	
		Accès au continuum des services de santé mentale	Perception de la pertinence par le client et sa famille	
		Taux de délinquance ou de criminalité	Disponibilité des services communautaires	
		Taux de délinquance et de criminalité		
		Équilibre entre la communauté et les établissements		

⁴ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2003). *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*, p. 20-21.

DOMAINE

Continuité	Efficacité	Efficienc	Sécurité
Mécanismes de continuité	Intégration à la vie communautaire	Dépenses en santé mentale par habitant	Complications associées à l'électro-convulsothérapie
Visites en salle d'urgence*	Mortalité	Proportion du financement du personnel consacré à l'administration et au soutien	Erreurs de médication
Suivi communautaire après la sortie de l'hôpital	Taux de délinquance ou de criminalité	Stratégie de répartition des ressources fondée sur les besoins	Effets secondaires des médicaments
Planification des congés documentée	État clinique	Équilibre entre la communauté et les établissements	Incidents critiques
Cas ne faisant l'objet d'aucun suivi	État fonctionnel	Outil de planification du volume des ressources	Suicides
Points de reddition clairs, visibles et accessibles	Participation à des activités de jour valables	Coût unitaire et coût par client	Homicides
	Situation de logement	Budget et outils pour l'évaluation et le contrôle du rendement	Taux d'institutionnalisation involontaire
	Qualité de vie		Pratique de la gestion des risques
	État de santé physique		Repérage des recherches et des pratiques visant à réduire le nombre d'incidents indésirables et d'erreurs

INDICATEURS

NOTE : Les éléments suivis d'un astérisque servent souvent de mesures. Ils figurent ici parce qu'ils peuvent servir d'indicateurs de problèmes au niveau du fonctionnement du système.

Annexe C : Liste des membres du groupe de travail des intervenants

Tim Aubry

Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa Ottawa

Anne Bowlby

Chef, Direction de la santé mentale et des dépendances, Division de la santé communautaire, MSSLD

Anna Brisson

Chef de programme, Gestion de cas intensive, Muskoka-Parry Sound Community Mental Health Service, Bracebridge

Mary Jane Cripps

Directrice générale, Reconnect Mental Health Services, Toronto

Robin Daly

Conseillère en santé mentale Région de Toronto Division de la santé communautaire, MSSLD

Brad Davey

Chef de programme, santé mentale Région du Sud-Ouest, Division de la santé communautaire, MSSLD

Shannon Desrosiers

Directrice générale, North Bay Community Housing Initiatives, North Bay

Catherine Ford

Analyste principale des programmes, Direction de la santé mentale et des dépendances, Division de la santé communautaire, MSSLD

Heather Smith Fowler

Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa Ottawa

Lana Frado

Directrice générale, Sound Times Support Services, Toronto

Vicente Gannam

Analyste principal du Programme de lutte contre les dépendances, Direction de la santé mentale et des dépendances, Division de la santé communautaire, MSSLD

Margaret Gehrs

Hôpital St. Michael's – Toronto

Sheryl Lindsay

Community Resources Consultants of Toronto

Susan Marshall

Can-Help, Fort Frances

Alan Mathany

Équipes d'intervention en cas de crise et de soutien communautaire Services communautaires de santé mentale de Frontenac, Kingston

Beth McCarthy-Kent

Conseillère en santé mentale, Région du Nord Division de la santé communautaire, MSSLD

Pierina Minna

Conseillère en santé mentale, Région du Centre-Ouest, Division de la santé mentale communautaire, MSSLD

Deb Moskal

Hazeltown Outreach Mental Health Service, Kitchener

Martha Ocampo

Co-directrice des programmes, Across Boundaries: Ethnoracial Mental Health Centre, Toronto

Karen O'Connor

Directrice des programmes, West Metro Community Support Services, Direction de Toronto, Association canadienne pour la santé mentale, Toronto

Diane Pelletier

Directrice, Services de soutien communautaires en santé mentale, Kenora

Susan Philpott

York Support Services Network, Newmarket

Peg Purvis

Directrice générale, Direction du comté de Brant, Association canadienne pour la santé mentale, Brantford

Deb Sherman

Mental Health Rights Coalition, Hamilton

Nancy Sidle

Chef de programme, Community Occupational Therapy Associates, Toronto

Vicky Stevens

Directrice générale, SEARCH, Strathroy

Alan Stevenson

Directeur général, Direction du comté de Lambton, Association canadienne pour la santé mentale, Sarnia

Jim Traveson

Chef de programme, Services communautaires de santé mentale d'Algoma, Sault Ste. Marie

Jose Urbano

Directeur de programmes, Haliburton Highlands Health Care Centre, Minden

Brent Woodford

Directeur général, Adult Mental Health Services of Haldimand- Norfolk, Simcoe

Bernadette Wren

Directrice, Services communautaires de santé mentale du comté de Renfrew, Pembroke

Soutien du personnel

Ruth Stoddart, Nancy Douglas, Aimee Watson, Unité des politiques relatives à la santé mentale et à la réadaptation, MSSLD

Annexe D : Définitions des fonctions des services de gestion de cas intensive

Le document *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* (1999) a défini les fonctions des services de gestion de cas intensive.

- **Services d’approche et identification de la clientèle** – ces fonctions consistent à aller au-devant des personnes qui ont ou qui semblent avoir besoin de services de santé mentale, afin de disposer de suffisamment de temps et de souplesse d’action pour établir une relation de travail. Elles consistent aussi à informer les membres de la famille d’une cliente ou d’un client, les autres personnes qui lui apportent un soutien clef, le cas échéant, et ses autres fournisseurs de services de la disponibilité des services de gestion de cas intensive et de la façon de s’en prévaloir.
- **Évaluation et planification** – ces fonctions consistent à faire une évaluation détaillée et personnalisée des besoins immédiats et continus d’une cliente ou d’un client, qui est invité à participer à l’identification de ses forces personnelles et à l’établissement d’objectifs qui lui sont propres. Elles incluent aussi la mise au point avec chaque cliente et client d’un programme détaillé et personnalisé tenant compte de ses objectifs et faisant ressortir les compétences, les ressources et les services à prévoir pour répondre à ses besoins. Si la cliente ou le client y consent, des membres de son entourage participent à ces activités d’évaluation et de planification.
- **Prestation de services directs** – cette fonction facilite l’accès et le recours coordonnés aux services dont une personne a besoin ou qu’elle souhaite obtenir, notamment en ce qui concerne l’assistance avec les activités de la vie quotidienne (logement), les services d’intervention et de traitement en cas de crise (c.-à-d. des services de counseling et de soutien), la promotion de la santé et les soins préventifs ou encore la défense des intérêts sur le plan des droits de la personne et d’autres droits garantis par la loi. Elle met l’accent sur la collaboration et l’établissement de partenariats avec des communautés ethniques et raciales et avec les organismes qui les représentent, afin de contribuer à la prestation de services appropriés aux membres de ces communautés.
- **Intervention** – cette fonction facilite la liaison avec d’autres services, soutiens et ressources appropriés. Elle a trait à des activités telles que l’établissement d’une première relation avec les clientes et clients, les interventions en cas de crise, les services de soutien intensifs et à court terme, de même que la mise en rapport avec les niveaux de service appropriés. Axée sur les besoins de clientes et clients, elle consiste à repérer les services accessibles, pertinents et coordonnés, de même qu’à défendre les intérêts des personnes concernées pour leur procurer ces services.
- **Surveillance, évaluation et suivi** – ces fonctions consistent à évaluer, d’une part, la réalisation des objectifs visés (tant par la cliente ou le client que par la personne responsable de la gestion de son cas) et, d’autre part, le degré de satisfaction des clientes et clients. Elle consiste aussi à régulièrement passer les programmes de services en revue avec les clientes et clients, afin de s’assurer que les services qui leur sont fournis sont appropriés et pertinents.
- **Information, liaison, défense des intérêts, consultation et collaboration** – ces fonctions consistent à renseigner la cliente ou le client, sa famille, son entourage immédiat et ses fournisseurs de services sur les types de services et de mécanismes de soutien disponibles. Elles facilitent l’accès à tout un éventail de services, y compris ceux assurés dans d’autres secteurs, et elles incluent la collaboration avec les autres fournisseurs de services pour que les clientes et clients puissent plus rapidement accéder aux ressources nécessaires.

Annexe E : Normes, domaines et indicateurs relatifs aux services de gestion de cas intensive⁵

Fonctions	Normes
Services d'approche et d'identification de la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, des services d'approche dynamiques seront offerts pour établir une relation avec les clientes et clients à l'endroit de leur choix, tout en tenant compte de la sécurité de la clientèle et du fournisseur de services.
	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de l'approche des personnes qui manifestent des besoins identifiables et précis en matière de services de santé mentale ou de services de soutien connexes continus, les services seront offerts de la façon la moins perturbatrice possible.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services prévoient obligatoirement des moyens d'approche différents pour repérer et servir les clientes et clients aux besoins variés, p. ex. en raison de leur âge, de leur culture ou de leur langue. Les méthodes d'approche et d'identification de la clientèle sont adaptées en fonction des besoins de celle-ci.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes disposent tous d'un processus d'accueil documenté incluant l'application de critères d'admissibilité aux services.
	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus d'accueil est entamé au plus tard 10 jours ouvrables après le contact initial avec une cliente ou un client.
	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque organisme élabore un plan de gestion de sa liste d'attente et le passe en revue une fois par année.
	<ul style="list-style-type: none"> • Au moment de recommander un aiguillage vers des services additionnels ou vers un type de service différent, la cliente ou le client est consulté au sujet de l'aiguillage en question.

⁵ D'après les domaines et les indicateurs définis dans le *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale* (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2003).

Domaines	Indicateurs
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Intervention précoce • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille
Accessibilité Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Refus de service • Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement aux services reçus • Déclaration des droits des patients • Sensibilité aux réalités culturelles • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Portée des services atteint les personnes ayant des maladies mentales graves • Portée des services atteint les sans-abri • Refus de service • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Temps d'attente pour les services requis
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente pour les services requis • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Refus de service
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente pour les services requis • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Refus de service
Accessibilité Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille • Accès au continuum des services de santé mentale • Refus de service • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Disponibilité des services communautaires

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
<p>Évaluation et planification</p>	<ul style="list-style-type: none"> Après achèvement du processus d'accueil, la cliente ou le client est soumis, dans les 10 jours ouvrables, à une évaluation normalisée à l'échelle de l'organisme concernant ses besoins en matière de services.
	<ul style="list-style-type: none"> La personne responsable de la gestion d'un cas établit obligatoirement un programme de services personnalisé et détaillé en consultation avec le client ou la cliente, en veillant à ce que le programme reflète les buts et les besoins qu'il ou elle a exprimés. Ce programme inclut des stratégies de gestion des crises et des délais d'atteinte des buts de la cliente ou du client.
	<ul style="list-style-type: none"> Après achèvement du processus d'accueil, la cliente ou le client est soumis, dans les 10 jours ouvrables, à une évaluation normalisée à l'échelle de l'organisme concernant ses besoins en matière de services.
<p>Prestation de services directs/ Intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> La prestation des services est obligatoirement axée sur la collectivité, pas sur les locaux du fournisseur de services.
	<ul style="list-style-type: none"> La prestation des services s'adapte aux variations quantitatives et qualitatives des besoins de la clientèle.

Domaines	Indicateurs
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente pour les services requis • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille
Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Participation du client ou de la cliente et de sa famille aux décisions portant sur le traitement • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Choix des services déterminé par le client ou la cliente et sa famille • Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement aux services reçus • Déclaration des droits des patients • Sensibilité aux réalités culturelles
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Disponibilité des services communautaires
Continuité	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de continuité
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Fidélité : adhésion aux meilleures pratiques • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Temps passé dans des programmes communautaires • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Disponibilité des services communautaires • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Temps passé dans des programmes communautaires • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Équilibre entre la communauté et les établissements • Taux de réadmission à l'hôpital • Durée du séjour aux soins actifs • Protocoles de traitement de la comorbidité • Taux d'institutionnalisation involontaire

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
Prestation de services directs/ Intervention (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, une personne responsable de la gestion des cas au sein d'un organisme ne s'occupe jamais de plus de 20 cas simultanément.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services de gestion de cas intensive sont obligatoirement disponibles au moins huit heures par jour, cinq jours par semaine.
	<ul style="list-style-type: none"> • L'accès aux services et aux mécanismes de soutien en dehors des heures normales de travail, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, fait l'objet de protocoles écrits, en plus d'être documenté dans les programmes de services des clientes et clients lors de la planification des services à leur disposition en cas de crise ou autre urgence.
	<ul style="list-style-type: none"> • L'organisme fera tout en son possible pour que son personnel de première ligne suive une formation portant sur des domaines variés (p. ex., intervention auprès de personnes suicidaires, normes de sécurité pour les interventions dans la collectivité, intervention non violente, éducation antiracisme, réadaptation psychosociale, dépistage des dépendances, sensibilité au multiculturalisme, dynamiques familiales, symptomatologie psychiatrique et psychotropes). La formation est soutenue par des ententes de perfectionnement professionnel. (p. ex., intervention auprès de personnes suicidaires, normes de sécurité pour les interventions dans la collectivité, intervention non violente, éducation antiracisme, réadaptation psychosociale, dépistage des dépendances, sensibilité au multiculturalisme, dynamiques familiales, symptomatologie psychiatrique et psychotropes).
	<ul style="list-style-type: none"> • Par souci d'uniformité, les services sont, dans la mesure du possible, assurés par une seule et même personne principalement responsable de la gestion du cas.
Surveillance, évaluation et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Les clientes et clients participent au moins une fois par année à l'examen de leur programme de services. Un membre du personnel de niveau supérieur ou du personnel de supervision devrait également examiner chaque programme une fois par année.
	<ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction de la clientèle (y compris les clientes et clients, leurs familles et les organismes externes) fait l'objet d'un suivi continu et les résultats de ce suivi servent à améliorer les services.

Domaines	Indicateurs
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Fidélité : adhésion aux meilleures pratiques • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente pour les services requis • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Refus de service • Disponibilité d'un moyen de transport
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Temps d'attente pour les services requis • Disponibilité des soins hors des heures normales de travail • Intervention précoce • Disponibilité d'un moyen de transport • Refus de service
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de ressources pour former le personnel et le doter des compétences requises par son rôle • Disponibilité de ressources pour le perfectionnement en cours d'emploi et l'apprentissage continu • Satisfaction des normes professionnelles ou d'agrément de la province (lorsqu'il y a lieu)
Continuité	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de continuité • Points de responsabilité clairs, visibles et accessibles
Pertinence Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Satisfaction de la cliente ou du client et de sa famille relativement au service reçu • Participation du client ou de la cliente et de sa famille aux décisions portant sur le traitement • Plaintes officielles : mécanismes mis en œuvre
Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement aux services reçus • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Participation du client ou de la cliente et de sa famille aux décisions portant sur le traitement • Déclaration des droits des patients • Plaintes officielles : mécanismes mis en œuvre

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
<p>Surveillance, évaluation et suivi (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes assurant les services évaluent chaque année un aspect quelconque de leurs programmes par rapport aux normes officielles et aux meilleures pratiques.
	<ul style="list-style-type: none"> • Un programme écrit est établi après achèvement d'un service dans lequel sont énoncés les critères de suivi, de renouvellement des services de gestion de cas intensive et de mise en liaison avec d'autres services.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes adoptent un protocole écrit établissant comment accueillir les plaintes des clientes ou clients, de leurs familles et d'autres organismes, et comment y donner suite, et ils en informent les clientes et clients.

Domaines	Indicateurs
<p>Pertinence</p> <p>Efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fidélité : adhésion aux meilleures pratiques • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente • Intégration à la vie communautaire • Mortalité • Taux de délinquance et de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique
<p>Efficacité</p> <p>Acceptabilité</p> <p>Continuité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration à la vie communautaire • Mortalité • Taux de délinquance et de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Choix des services déterminé par le client ou la cliente et sa famille • Satisfaction de la cliente ou du client et de sa famille relativement au service reçu • Planification des congés documentée • Cas ne faisant l'objet d'aucun suivi
<p>Acceptabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plaintes officielles : mécanismes mis en œuvre • Satisfaction du client ou de la cliente et de sa famille relativement aux services reçus • Participation du client ou de la cliente et de sa famille à la prestation et à la planification des services • Déclaration des droits des patients

Annexe E : suite

Fonctions	Normes
<p>Surveillance, évaluation et suivi (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes passent leur administration des normes en revue une fois par année (y compris leur mise en œuvre et la vérification de leur respect).
<p>Information, liaison, défense des intérêts, consultation et collaboration</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque organisme fournisseur de services conclut des partenariats ou des ententes touchant la prestation de services avec d'autres organismes, services communautaires ou fournisseurs de soins primaires, de sorte à garantir la continuité au niveau de la prestation des services. • Les responsables de la gestion des cas connaissent les services disponibles et savent lesquels seraient dans l'intérêt véritable d'une cliente ou d'un client, de sorte à pouvoir lui fournir des renseignements d'actualité. • La personne responsable de la gestion des cas défend les intérêts de la cliente ou du client en vue de lui procurer des services accessibles et adaptés à ses besoins. • L'organisme fournisseur de services élabore un plan écrit faisant ressortir les ressources communautaires, les liens à établir et les besoins de formation du personnel, et il passe ce plan en revue une fois par année pour en vérifier la pertinence.

Domaines	Indicateurs
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration à la vie communautaire • Mortalité • Taux de délinquance et de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique
Efficience	<ul style="list-style-type: none"> • Budgets et outils pour l'évaluation et le contrôle du rendement
Continuité	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de continuité • Cas ne faisant l'objet d'aucun suivi • Points de responsabilité clairs, visibles et accessibles
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration à la vie communautaire • Mortalité • Taux de délinquance et de criminalité • État clinique • État fonctionnel • Participation à des activités de jour valables • Situation de logement • Qualité de vie • État de santé physique
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux psychiatres et à d'autres professionnels de la santé mentale • Temps d'attente pour les services requis • Accès au continuum des services de santé mentale • Perception de l'accessibilité par le client ou la cliente et sa famille
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Services et soutien connexe fondés sur les meilleures pratiques offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves • Disponibilité des services communautaires • Perception de la pertinence par le client ou la cliente et sa famille • Niveau et modalités de service adaptés aux besoins du client ou de la cliente
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des services communautaires
Continuité	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de continuité

Annexe F : Analyse documentaire – Résumé des conclusions clefs de la recherche sur les services de gestion de cas intensive

L'élaboration des normes relatives aux services de gestion de cas intensive s'est appuyée sur une analyse des écrits traitant de ces services. Dans l'ensemble, peu de recherches ont été faites au sujet de ces services. Il ressort des rapports publiés à la suite d'études de recherche sur les services de gestion de cas intensive qu'il n'existe aucune définition type de ces services; la plupart des études effectuées ont mesuré les taux d'hospitalisation et constaté que les services de gestion de cas ont pour effet de réduire ces taux.

Les paragraphes qui suivent résument les conclusions de cette analyse documentaire.

Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale (1997)

L'*Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale (Goering et coll.)* effectué en 1997 pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial a mené aux conclusions suivantes :

- Bien que les services de gestion de cas soient très répandus, il n'existe à l'heure actuelle pas de définitions ni de méthodes de gestion normalisées s'y rapportant.
- Les recherches effectuées jusqu'à ce jour ont surtout porté sur l'efficacité des modèles de services de gestion de cas accompagnés de services de soutien complets ou des modèles de services communautaires de traitement actif, quelques-unes ayant aussi pris en considération d'autres modèles de gestion des cas. Scott et Dixon (1995), par exemple, ont comparé la gestion de cas intensive à la gestion de cas générale, tandis que Rapp (1996), après une analyse des résultats de 34 études sur la gestion de cas, énumère les éléments des programmes qui, à son avis, contribuent à des résultats positifs chez les clientes et clients.
- La plupart des études examinées ont tenu compte dans une certaine mesure des taux d'hospitalisation comme indicateur de l'efficacité des services. Elles ont toutes mené à la conclusion que les services de gestion de cas réduisent ces taux et que la gestion de cas intensive réduit l'utilisation des services aux hospitalisés.
- Les études examinées donnent à penser que les modèles de gestion de cas présentent des avantages additionnels, notamment :
 - la réalisation d'économies, en ce sens que les modèles de gestion de cas se traduisent par des coûts directs et indirects réduits, souvent attribuables à une réduction des hospitalisations;
 - un degré de satisfaction élevé chez les clientes ou clients et leurs familles;
 - le fait que le recours aux services communautaires de traitement ne représente aucun fardeau additionnel pour les familles;
 - une meilleure adaptation à la vie communautaire (fonctionnement social ou professionnel, vie en établissement, prise régulière des médicaments prescrits et qualité de vie);
 - une utilisation plus fréquente des services communautaires dans les modèles qui mettent l'accent sur les liens avec d'autres services de ce type;
- Les études semblent toutefois indiquer que les modèles de gestion de cas n'ont guère d'effet sur l'état clinique des clientes ou clients.
- Il ressort de ces conclusions que les éléments indispensables à la meilleure prestation possible des services de gestion de cas intensive sont les suivants :
 - l'application du modèle de réadaptation, qui est axé sur l'amélioration des aptitudes à la vie quotidienne et adapté aux besoins particuliers des clientes et clients et qui, de plus, apporte à ses bénéficiaires un soutien interpersonnel continu;

- l'application du modèle de renforcement des aptitudes personnelles des clientes et clients, qui consiste aussi à repérer ou à aménager des ressources communautaires et des cadres de vie ou de travail susceptibles de les aider à atteindre leurs objectifs;
- la prestation de services d'approche, la disponibilité permanente et ininterrompue des services, la prestation des services dans la collectivité, des services de soutien souples et personnalisés, et enfin la participation des clientes et clients et de leurs principaux aidants à tous les aspects de la prestation des services.

Bilan de la situation au Canada et ailleurs

Nous avons procédé à une analyse documentaire et à un examen de l'état de la situation au Canada et ailleurs en ce qui concerne les normes relatives aux services de gestion de cas intensive. Nous avons parcouru les rapports de recherche et autres écrits publiés dans le domaine, afin d'établir la nature des normes en vigueur ou en cours d'élaboration. Nous en avons conclu ce qui suit :

- Nombreux sont les travaux en cours dans le domaine, au Canada comme ailleurs. Toutes les provinces canadiennes prises en considération ont mis en place des services et des normes ou sont en voie de le faire (*British Columbia Ministry of Health, 1998; Santé Manitoba, 1997; Nova Scotia Department of Health, 2003; Newfoundland Department of Health and Community Services, 2003*). La Nouvelle-Écosse dispose de normes détaillées relatives à la gestion de cas intensive basées sur les données probantes disponibles et les meilleures pratiques (*Nova Scotia Department of Health, 2003*). L'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis en sont rendus à divers stades de la mise en place de programmes et de services normalisés. Le Royaume-Uni et l'Australie ne disposent pas de normes spécifiques pour les services de gestion de cas intensive, mais ont adopté des normes nationales relatives à la prestation des services de santé mentale en général (*Commonwealth d'Australie, 1996; National Health Service, 1999*).
- Les connaissances cliniques se multiplient au sujet des composantes clefs qui font l'efficacité des services de gestion de cas, mais l'information traitant spécifiquement des modèles de gestion de cas intensive reste limitée et les normes définitives fondées sur les données probantes font généralement défaut (*Baronet et Gerber, 1998; Goering et coll., 1997*). Il a cependant été constaté que les modèles représentant la gestion de cas la plus intensive semblent contribuer à de meilleurs résultats pour les clientes et les clients, notamment sur le plan de leur satisfaction par rapport aux services reçus, de leur qualité de vie, des taux d'hospitalisation et des admissions aux urgences hospitalières (*Aubry et coll., 2000; Baronet et Gerber, 1998; Bedell et coll., 2000; Holloway et Carson, 1998; Rapp, 1998; Schmidt-Posner et Jerrell, 1998*).

Analyse documentaire : Validation des normes

Les normes relatives aux services de gestion de cas intensive ébauchées par le groupe de travail d'intervenants ont été validées par une personne spécialisée dans les conseils en recherche moyennant une analyse de la littérature publiée dans ce domaine. Une hiérarchie des niveaux de preuve a été constituée, afin d'établir des rapprochements entre les normes et les conclusions qui les appuient dans les écrits examinés.

Niveaux de preuve

- Une hiérarchie de quatre niveaux de preuve adaptée de la classification mise au point en Nouvelle-Écosse (*Nova-Scotia Department of Health, 2003*) a servi à comparer les normes proposées concernant les services de gestion de cas intensive aux conclusions publiées dans la littérature pertinente.
 - Le niveau 1 reflète une preuve d'efficacité directe (autrement dit, il a été établi, moyennant son évaluation indépendante dans le cadre d'une étude, que la norme produit des résultats positifs).
 - Le niveau 2 reflète une preuve d'efficacité indirecte (autrement dit, la norme est l'une des caractéristiques ou composantes d'un programme à l'efficacité éprouvée).
 - Le niveau 3 reflète soit des études basées sur des opinions d'experts, voire un consensus parmi les experts que la norme est efficace, soit une preuve corrélacionnelle que la norme est associée à des résultats positifs.
 - Le niveau 4 reflète l'opinion d'experts (c'est-à-dire qu'il est défini par le groupe de travail ou d'autres compétences du Canada, en l'absence de confirmation empirique dans les comptes rendus de recherche).

Conclusions de l'analyse

- D'après la littérature examinée, qui traite des services de gestion de cas intensive (SGCI) et des services communautaires de traitement actif (SCTA), il existe davantage de preuves à l'appui des SCTA que des SGCI. La validité de la plupart des normes proposées est confirmée par des preuves de niveaux 2 et 3, l'une des normes étant confirmée par une preuve de niveau 1.

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
<p>Services d'approche et identification de la clientèle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, des services d'approche dynamiques seront offerts pour établir une relation avec les clientes et clients à l'endroit de leur choix, tout en tenant compte de la sécurité de la clientèle et du fournisseur de services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – une étude (SCTA) a eu pour objet d'aller au-devant de la clientèle des services d'hébergement d'urgence, dans le but d'établir un premier rapport avec les personnes particulièrement suspicieuses et réticentes à se prévaloir de ces services (<i>Morse et coll., 1992; Calsyn et coll., 1998</i>). • D'autres programmes portent sans doute sur les services d'approche dynamiques visant à « recruter » des clientes et clients; cette pratique n'est toutefois que rarement décrite dans les articles soumis à un comité de lecture parus dans les revues spécialisées.
	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de l'approche des personnes qui manifestent des besoins identifiables et précis en matière de services de santé mentale ou de services de soutien connexes continus, les services seront offerts de la façon la moins perturbatrice possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – neuf études (1 SGCI, 8 SCTA). Aux fins de ces études, plusieurs programmes ont ciblé une catégorie particulière de personnes atteintes de maladies mentales graves dont les besoins n'étaient pas convenablement satisfaits, parmi lesquelles des personnes souvent ou depuis longtemps sans abri (<i>Calsyn et coll., 1998; First et coll., 1990; Korr et Joseph, 1995; Lehman et coll., 1997; Morse et coll., 1992; Morse et coll., 1997</i>), qui font un usage fréquent des services de santé mentale (<i>Lafave et coll., 1996</i>) ou qui sont hospitalisées de façon répétée (<i>Dincin et coll., 1995</i>), des contrevenants ayant des problèmes de santé mentale (<i>Wilson et coll., 1995</i>), des personnes auxquelles s'adressent un nombre insuffisant de services (<i>D'Ercole et coll., 1997</i>) ou encore des personnes auxquelles se rapporte une catégorie de diagnostic spécifique, par exemple la schizophrénie ou un trouble affectif (<i>Bond et coll., 1990</i>). • Niveau 3 – trois études.

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
Services d'approche et identification de la clientèle (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Les services prévoient obligatoirement des moyens d'approche différents pour repérer et servir les clientes et clients aux besoins variés, p. ex. en raison de leur âge, de leur culture ou de leur langue. Les méthodes d'approche et d'identification de la clientèle sont adaptées en fonction des besoins de celle-ci. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – six études (2 SGCI, 4 SCTA). • Niveau 3 – une étude (SCTA). • Ces études portaient sur des programmes qui ciblaient et qui allaient au-devant de personnes ayant des besoins précis en matière de services, notamment les personnes qui nécessitent des soins de santé mentale continus dans la collectivité (<i>Kuno et coll., 1999</i>), celles qui sont considérées les plus difficiles à soigner (<i>Galster et coll., 1994</i>), celles qui ont besoin de visites à domicile régulières (<i>Bond et coll., 1991a</i>), celles auxquelles s'adressent trop peu de services par rapport à leurs besoins (<i>Bond et coll., 1990; Witheridge, 1991</i>) ou encore les personnes ayant connu un taux élevé de réadmission à l'hôpital ou des difficultés au niveau de l'intégration à la vie communautaire (<i>Bush et coll., 1990</i>). • Rien n'a été relevé dans la littérature comme preuve explicite que ces programmes allaient au-devant des clientes et clients de la manière « la moins perturbatrice possible », mais il a été pris pour acquis que tel était le cas, vu la façon dont les services de gestion de cas sont généralement assurés dans la collectivité.
	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes disposent tous d'un processus d'accueil documenté incluant l'application de critères d'admissibilité aux services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – dix études (2 SGCI, 7 SCTA, 1 similaire aux SGCI). Tous les programmes avaient des critères d'admissibilité ou d'admission très spécifiques. Certains utilisaient des instruments d'évaluation normalisés pour déterminer si une cliente ou un client satisfaisait à ces critères (<i>Bond et coll., 1991b; Calsyn et coll., 1998; Morse et coll., 1992</i>); d'autres incluait dans leurs critères

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
Services d'approche et identification de la clientèle (suite)		<p>d'admissibilité un diagnostic officiel par une professionnelle compétente ou un professionnel compétent (<i>Bond et coll., 1988; Drake et coll., 1998; Hoult et Reynolds, 1984</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 3 – une étude dans le cadre de laquelle des experts reconnus (chefs de programme et responsables de la gestion des cas) ont établi la nécessité d'adopter des critères d'admissibilité spécifiques pour les SGCI (<i>Schaedle et Epstein, 2000</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus d'accueil est entamé au plus tard 10 jours ouvrables après le contact initial avec une cliente ou un client. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – deux études (1 SGCI, 1 SCTA). Dans le programme retenu pour l'étude des SGCI, l'évaluation de la situation des clientes et clients a eu lieu dès leur admission au programme (<i>Hoult et Reynolds, 1984</i>). L'autre étude a constaté que le personnel des SCTA évaluait les clientes et clients pour établir leur admissibilité dans les 72 heures suivant leur admission à l'hôpital (<i>Dincin et coll., 1995</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque organisme élabore un plan de gestion de sa liste d'attente et le passe en revue une fois par année. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.
	<ul style="list-style-type: none"> • Au moment de recommander un aiguillage vers des services additionnels ou vers un type de service différent, la cliente ou le client est consulté au sujet de l'aiguillage en question. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.
Évaluation et planification	<ul style="list-style-type: none"> • Après achèvement du processus d'accueil, la cliente ou le client est soumis, dans les 10 jours ouvrables, à une évaluation normalisée à l'échelle de l'organisme concernant ses besoins en matière de services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.
	<ul style="list-style-type: none"> • La personne responsable de la gestion d'un cas établit obligatoirement un programme de services personnalisé et détaillé en consultation avec le 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – neuf études (4 SGCI, 4 SCTA, 1 similaire aux SGCI). Ces études ont souligné l'importance, d'une part, de la participation des clientes et clients au

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
<p>Évaluation et planification (suite)</p>	<p>client ou la cliente, en veillant à ce que le programme reflète les buts et les besoins qu'il ou elle a exprimés. Ce programme inclut des stratégies de gestion des crises et des délais d'atteinte des buts de la cliente ou du client.</p>	<p>processus de planification des services et, d'autre part, de l'établissement de programmes susceptibles d'améliorer la qualité de vie des clientes et clients dans la collectivité (p. ex., <i>Aberg-Wistedt et coll., 1995; Hoult et Reynolds, 1984; Morse et coll., 1997</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 3 – six études. Ces études font ressortir que la collaboration entre les responsables de la gestion des cas et les clientes ou clients à la planification des services est un élément indispensable à l'efficacité des services (p. ex., <i>Rapp, 1998; Schaedle et Epstein, 2000</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme de services fait mention des autres services et ressources qui pourraient, s'il y a lieu, contribuer à satisfaire l'ensemble des besoins de la cliente ou du client. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – douze études (5 SGCI, 7 SCTA). Ces études ont constaté que la mise en relation des clientes et clients avec des services autres que ceux du programme de gestion de cas fait partie intégrante de la fonction de gestion des cas (p. ex., <i>Hoult et Reynolds, 1984; Kuno et coll., 1999; Rosenheck et coll., 2003</i>). • Niveau 3 – trois études (2 SGCI, 1 SCTA). Dans le cadre de ces études, des experts ont constaté que la coordination et la liaison avec d'autres organismes communautaires sont deux aspects essentiels de l'efficacité des programmes de gestion des cas (<i>McGrew et coll., 2003; Schaedle et Epstein, 2000</i>).
<p>Prestation de services directs et intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La prestation des services est obligatoirement axée sur la collectivité, pas sur les locaux du fournisseur de services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 1 – une étude, qui a montré que les clientes et clients qui bénéficient de services de gestion de cas à domicile obtiennent davantage de résultats positifs que les personnes recevant ce type de services à l'hôpital (<i>Knapp et coll., 1994; Muijen et coll., 1992</i>).

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
<p>Prestation de services directs et intervention (suite)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – 22 études (13 SCTA, 7 SGCI, 2 autres). Ces études décrivent les services tels qu'ils sont assurés au domicile des clientes ou clients (<i>Audini et coll., 1994; Bush et coll., 1990; D'Ercole et coll., 1997; Dincin et coll., 1995; Galster et coll., 1994; Lafave et coll., 1996; Marks et coll., 1994</i>), directement et dans le cadre de vie habituel des clientes ou clients (<i>Bond et coll., 1990; Calsyn et coll., 1998; Solomon et Drainé, 1995; Stein et Test, 1980; Wolff et coll., 1997</i>), ou encore dans la collectivité (<i>Drake et coll., 1998; Hoult et Reynolds, 1984; Korr et Joseph, 1995; Salkever et coll., 1999</i>). • Niveau 3 – huit études (5 SCTA, 1 SGCI, 2 autres). Dans ces études, des experts en gestion des cas ont mis en lumière que la prestation de services directs ou les contacts dans la collectivité sont indispensables (<i>McGrew et coll., 1994; McGrew et Bond, 1995; McGrew et coll., 2003; Rapp, 1998; Schaedle et coll., 2002</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • La prestation des services s'adapte aux variations quantitatives et qualitatives des besoins de la clientèle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – cinq études (4 SGCI, 1 SCTA). Ces études décrivent des programmes dans le cadre desquels l'intensité des services varie selon les besoins des clientes ou clients (<i>Aberg-Wistedt, 1995; Dincin et coll., 1995; Galster et coll., 1994; Hoult et Reynolds, 1984; Hu et Jerrel, 1998</i>). • Niveau 3 – une étude, qui a démontré que l'adaptation de l'intensité des services de gestion de cas aux besoins d'une cliente ou d'un client peut donner de bons résultats (<i>Sherman et Ryan, 1998</i>).

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
<p>Prestation de services directs et intervention (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, une personne responsable de la gestion des cas au sein d'un organisme ne s'occupe jamais de plus de 20 cas simultanément. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluent des études aux fins desquelles le rapport responsable de la gestion des cas-clients ou clients était de 1 pour 30, sinon moins. • Niveau 2 – 17 études (6 SGCI, 11 SCTA). Dans ces études, le rapport entre le nombre de responsables de la gestion des cas et le nombre de clientes ou clients est décrit comme se situant entre 1 pour 10 et 1 pour 15 (<i>Aberg-Wistedt et coll., 1995; Bond et coll., 1988; Bond et coll., 1990; Bond et coll., 1991a; Bond et coll., 1991b; Bush et coll., 1990; Dincin et coll., 1995; Drake et coll., 1998; Korr et Joseph, 1995; Lehman et coll., 1997; Macias et coll., 1997; Morse et coll., 1992</i>). D'autres études décrivent des programmes de gestion de cas comme étant efficaces avec des rapports responsable de la gestion des cas-clients ou clients situés entre 1 pour 15 et 1 pour 30 (<i>Jerrell et Ridgley, 1995; Kuno et coll., 1999; Morse et coll., 1997</i>). • Niveau 3 – huit études, qui ont établi un lien entre un nombre réduit de cas confiés à une même personne et de meilleurs résultats pour les clientes et clients dont cette personne s'occupe (<i>King et coll., 2000; Sherman et Ryan, 1998</i>), et qui rapportent des opinions d'experts selon lesquels le nombre de cas gérés par une seule et même personne ne devrait pas dépasser 10 à 12 (<i>Rapp, 1998; Schaedle et Epstein, 2000; Schaedle et coll., 2002</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • Les services de gestion de cas intensive sont obligatoirement disponibles au moins huit heures par jour, cinq jours par semaine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluent des études dans le cadre desquelles le personnel était disponible au moins durant le minimum d'heures d'une semaine ordinaire (c.-à-d. 40 heures), bien qu'une bonne partie des programmes à l'efficacité avérée selon les écrits

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
<p>Prestation de services directs et intervention (suite)</p>		<p>publiés à leur égard assurent des services permanents et sans interruption (autrement dit, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7). Ces études ont constaté que ces programmes fonctionnent souvent selon un horaire ordinaire (c.-à-d. 40 heures par semaine), auquel viennent s'ajouter des services d'urgence, selon les besoins. Rien dans la description des programmes ne laissait entrevoir jusqu'à quel point des services étaient fournis ou non en soirée et la fin de semaine pour répondre à des besoins non urgents des clientes ou clients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – 19 études (7 SGCI, 10 SCTA, 1 étude sur un programme similaire aux SGCI, 1 étude ayant comparé un programme de SCTA à un programme de SGCI). • Niveau 3 – quatre études (4 SCTA). Ces études recommandent que les programmes de SCTA soient disponibles 24 heures sur 24 (<i>McGrew et coll., 1994; McGrew et coll., 2003; McGrew et Bond, 1995; Rapp, 1998</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • L'accès aux services et aux mécanismes de soutien en dehors des heures normales de travail, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, fait l'objet de protocoles écrits, en plus d'être documenté dans les programmes de services des clientes et clients lors de la planification des services à leur disposition en cas de crise ou autre urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • La littérature renferme quantité de données probantes sur l'efficacité des programmes qui offrent une certaine forme de service de relève en dehors des heures normales de travail, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Dans certains cas, la relève est assurée par le programme de gestion de cas, d'autres fois, elle est confiée à un autre service. Rien dans la description des programmes n'indique si ceux-ci suivent des protocoles écrits documentés dans les programmes de service des clientes et clients. Ces programmes appliquent vraisemblablement des procédures

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
Prestation de services directs et intervention (suite)		<p>écrites quant à la façon de répondre aux besoins d'une cliente ou d'un client en situation de crise.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – 16 études (6 SGCI, 10 SCTA). Les programmes de SGCI étudiés offraient des services 24 heures sur 24 par des membres de leur personnel en disponibilité sur appel (<i>Aberg-Wistedt et coll., 1995; Audini et coll., 1994; Bush et coll., 1990; Galster et coll., 1994</i>). • Niveau 3 – six études. Ces études font état d'opinions d'experts selon lesquels la disponibilité 24 heures sur 24 est indispensable à l'efficacité des services de gestion de cas (<i>McGrew et coll., 1994; McGrew et coll., 2003; McGrew et Bond, 1995; Rapp, 1998; Schaedle et coll., 2002; Schaedle et Epstein, 2000</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • L'organisme fera tout en son possible pour que son personnel de première ligne suive une formation portant sur des domaines variés (p. ex., intervention auprès de personnes suicidaires, normes de sécurité pour les interventions dans la collectivité, intervention non violente, éducation antiracisme, réadaptation psychosociale, dépistage des dépendances, sensibilité au multiculturalisme, dynamiques familiales, symptomatologie psychiatrique et psychotropes). La formation est soutenue par des ententes de perfectionnement professionnel. (p. ex., intervention auprès de personnes suicidaires, normes de sécurité pour les interventions dans la collectivité, intervention non violente, éducation antiracisme, réadaptation psychosociale, dépistage des dépendances, sensibilité au multiculturalisme, dynamiques familiales, symptomatologie psychiatrique et psychotropes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – deux études. Les descriptions des programmes dans les écrits examinés ne font en général pas mention de la formation des responsables de la gestion des cas. Deux études seulement mentionnent que les responsables de la gestion des cas ont suivi une formation systématique dans un domaine quelconque, mais pas spécifiquement dans un des domaines que prévoit la norme ci-contre (<i>D'Ercole et coll., 1997; Hoult et Reynolds, 1984</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • Par souci d'uniformité, les services sont, dans la mesure du possible, assurés par une seule et même personne principalement responsable de la gestion du cas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – neuf études (5 SGCI, 2 programmes ressemblant à des SGCI, 2 SCTA). Dans le cadre des études sur les SGCI, les responsables de la gestion des cas avaient la responsabilité

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
Prestation de services directs et intervention (suite)		<p>première pour un certain nombre de cas et travaillaient de façon relativement autonome avec leurs clientes et clients (<i>Aberg-Wistedt et coll., 1995; Hoult et Reynolds, 1984; Kuno et coll., 1999; Macias et coll., 1997; Marks et coll., 1994; Muijen et coll., 1992; Stanard, 1999</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 3 – cinq études ayant abouti à la formulation d'opinions d'experts, qui ont constaté que l'attribution des dossiers de clientes et de clients spécifiques aux responsables de la gestion des cas est de la plus haute importance pour les programmes de SCTA (<i>McGrew et Bond, 1995; Rapp, 1998</i>) ou de SGCI (<i>Schaedle et Epstein, 2000</i>), voire les deux (<i>Schaedle et coll., 2002</i>).
Surveillance, évaluation et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Les clientes et clients participent au moins une fois par année à l'examen de leur programme de services. Un membre du personnel de niveau supérieur ou du personnel de supervision devrait également examiner chaque programme une fois par année. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – une étude (SGCI). Dans le cadre du programme de SGCI que décrit cette étude, les clientes et clients rencontraient régulièrement leur équipe de gestion de cas et participaient personnellement aux prises de décisions concernant leur programme de réadaptation (<i>Aberg-Wistedt et coll., 1995</i>). Rien dans le rapport d'étude n'a permis d'établir si une lettre était envoyée aux clientes et clients pour les informer de leur programme de services, ni si une personne membre du personnel de niveau supérieur participait à l'examen des programmes de services.
	<ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction de la clientèle (y compris les clientes et clients, leurs familles et les organismes externes) fait l'objet d'un suivi continu et les résultats de ce suivi servent à améliorer les services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – trois études qui se sont penchées sur la satisfaction des clientes et clients et de leurs familles relativement aux services reçus, dont deux ont pris en considération des programmes de SGCI (<i>Aberg-Wistedt, 1995; Bond et coll., 1990; Hoult et Reynolds, 1984</i>).

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
<p>Surveillance, évaluation et suivi (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes assurant les services évaluent chaque année un aspect quelconque de leurs programmes par rapport aux normes officielles et aux meilleures pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – deux études (2 SCTA). Il convient de noter que jusqu'à présent, aucune meilleure pratique ni aucune norme n'a été établie concernant les programmes de SGCI. Dans l'une des deux études, le personnel du programme passait chaque cas en revue une fois tous les trois mois pour vérifier si des changements étaient intervenus au niveau de la situation de logement et de l'hospitalisation des clientes et clients (<i>Korr et Joseph, 1995</i>). Dans l'autre, les chercheurs et chercheuses ont évalué si un programme était fidèlement mis en œuvre en se servant de l'échelle d'évaluation des services communautaires de traitement actif de Dartmouth (Dartmouth Assertive Community Treatment scale) (<i>Resnick et coll., 2003</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • Un programme écrit est établi après achèvement d'un service dans lequel sont énoncés les critères de suivi, de renouvellement des services de gestion de cas intensive et de mise en liaison avec d'autres services. • Les organismes adoptent un protocole écrit établissant comment accueillir les plaintes des clientes ou clients, de leurs familles et d'autres organismes, et comment y donner suite, et ils en informent les clientes et clients. • Les organismes passent leur administration des normes en revue une fois par année (y compris leur mise en œuvre et la vérification de leur respect). 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts. • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.
<p>Information, liaison, défense des intérêts, consultation et collaboration</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque organisme fournisseur de services conclut des partenariats ou des ententes touchant la prestation de services avec d'autres organismes, services communautaires ou fournisseurs de soins primaires, 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 – une étude, qui a constaté qu'un programme offert en Angleterre et qui est similaire à un programme de SGCI (Daily Living Program) assure la liaison entre les clientes et clients et les membres de leur famille, leurs

Annexe F : suite

Fonctions	Normes	Preuves à l'appui des normes
<p>Information, liaison, défense des intérêts, consultation et collaboration (suite)</p>	<p>de sorte à garantir la continuité au niveau de la prestation des services.</p>	<p>amis, les gens de leur quartier, les services sociaux, les locateurs, les sociétés de logement, les services publics, les avocates ou avocats et les responsables de l'administration pénitentiaire (<i>Marks et coll., 1994</i>). Il se peut que d'autres programmes dont la littérature confirme l'efficacité incluaient aussi des ententes relatives à la prestation des services, mais ces ententes n'étaient pas abordées dans les écrits publiés au sujet des programmes.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les responsables de la gestion des cas connaissent les services disponibles et savent lesquels seraient dans l'intérêt véritable d'une cliente ou d'un client, de sorte à pouvoir lui fournir des renseignements d'actualité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.
	<ul style="list-style-type: none"> • La personne responsable de la gestion des cas défend les intérêts de la cliente ou du client en vue de lui procurer des services accessibles et adaptés à ses besoins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluent des études sur des programmes d'interventions pour la défense des clientes et des clients. • Niveau 2 – sept études (2 SGCI, 4 SCTA, 1 similaire aux SGCI) ont défini le rôle des responsables de la gestion des cas comme incluant la défense des intérêts des clientes et clients pour les aider à accéder aux ressources communautaires qu'il leur faut, telles que le logement, l'emploi et les ressources financières (<i>Bond et coll., 1990; Bush et coll., 1990; Macias et coll., 1997</i>). • Niveau 3 – une étude, qui a fourni une opinion d'experts au sujet des ingrédients indispensables aux services de gestion des cas (<i>Witheridge, 1991</i>).
	<ul style="list-style-type: none"> • L'organisme fournisseur de services élabore un plan écrit faisant ressortir les ressources communautaires, les liens à établir et les besoins de formation du personnel, et il passe ce plan en revue une fois par année pour en vérifier la pertinence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau 4 – Norme fondée sur des opinions d'experts.

Annexe G : Bibliographie

- Aberg-Wistedt, A., Cressell, T., Lidberg, Y. et Liljenberg, B. (1995). Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46(12), 1263-1266.
- Aubry, T., Farrell, S., O'Connor, B. V., Kerr, P., Weston, J. et Elliott, D. (2000). Family-focused case management: a case study of an innovative demonstration program. *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 19(1), 63-78.
- Audini, B., Marks, I. M., Lawrence, R.E. et Connolly, J. (1994). Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness: Phase II of a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 165(2), 204-210.
- Baronet, A. M. et Gerber, G. J. (1998). Psychiatric rehabilitation: efficacy of four models. *Clinical Psychology Review*, 18(2), 189-228.
- Bedell, J., Cohen, N. et Sullivan, A. (2000). Case management: the current best practices and the next generation of innovation. *Community Mental Health Journal*, 36(2), 179-194.
- Bond, G. R., McDonel, E. C., Miller, L. D. et Pense, M. (1991b). Assertive community treatment and reference groups: An evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(2), 31-43.
- Bond, G. R., Miller, L. D., Krumweid, R. et Ward, R. S. (1988). Assertive case management in three CMHCs: A controlled study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(4), 411-418.
- Bond, G. R., Pense, M., Dietzen, L., McCafferty, D., Grezza, R. et 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. et Wasmer, D. (1990). Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a larger city: A controlled study. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 865-891.
- British Columbia Ministry of Health. (1998). *Revitalizing and Rebalancing British Columbia's Mental Health System: The 1998 Mental Health Plan*. Récupéré le 23 juillet 2004 à <http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/mhpd.pdf>.
- Bush, C. T., Langford, M. W., Rosen, P. et Gott, W. (1990). Operation Outreach: Intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(6), 647-649.
- California Mental Health Planning Council (2001). *Draft: California Mental Health Master Plan*. California Department of Mental Health. Récupéré le 22 juillet 2004 à <http://www.dmh.cahwnet.gov/MHPC/docs/masterplan/mstrplan.pdf>.
- Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L. et Allen, G. (1998). The impact of assertive community treatment on the social relationships of people who are homeless and mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 34(6), 579-593.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Rapport final : Guidés dans nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Récupéré le 9 septembre 2004 à <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0086.html>.

- Commonwealth d'Australie. (1996). *National Standards for Mental Health Services*. Récupéré le 20 octobre 2004 à <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mentalhealth-mhinfo-standards-nsmhs.htm>.
- D'Ercole, A., Struening, E., Curtis, J. L. et Millman, E. J. (1997). Effects of diagnosis, demographic characteristics and case management on re-hospitalization. *Psychiatric Services*, 48(5), 682-688.
- Dincin, J., Wasmer, D., Witheridge, T. F. et Sobeck, L. (1995). Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatient bed-days. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(9), 833-838.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. et Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.
- First, R. J., Rife, J. C. et Kraus, S. (1990). Case management with people who are homeless and mentally ill: Preliminary findings from an NIMH demonstration project. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(2), 87-91.
- Galster, G. C., Champney, T. F. et Williams, Y. (1994). Costs of caring for persons with long-term mental illness in alternative residential settings. *Evaluation & Program Planning*, 17(3), 239-248.
- Goering, P., Boydell, K., Butteril, D., Cochrane, J., Durbin, J., Rogers, J. et Trainor, J. (1997). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale*. Produit pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial.
- Gouvernement de l'Ontario. (2004). *Budget de l'Ontario 2004, Document d'information : Transformation des services de santé*. Récupéré le 9 septembre 2004 à <http://www.gov.on.ca/FIN/bud04f/bkf1.htm>.
- Holloway, F. et Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 172, 19-22.
- Hoult, J. et Reynolds, I. (1984). A comparative trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta Psychiatr. Scand*, 69, 359-372.
- Hu, T. et Jerrell, J. M. (1998). Estimating the cost of impact of three case management programmes for treating people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 173 (Suppl. 36), 26-32.
- Jerrell, J. M. et Ridgely, M. S. (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 183(9), 566-576.
- King, R., Le Bas, J. et Spooner, D. (2000). The impact of caseload on the personal efficacy of mental health case managers. *Psychiatric Services*, 51(3), 364-368.
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopoulou, V., Hallaw, A., Fenyo, A., Marks, I. M., Connolly, J., Audini, B. et Muijen, M. (1994). Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 195-203.
- Korr, W. S. et Joseph, A. (1995). Housing the homeless mentally ill: Findings from Chicago. *Journal of Social Service Research*, 21(1), 53-68.
- Kuno, E., Rothbard, A. B. et Sands, R. G. (1999). Service components of case management that reduce inpatient care use for persons with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 153-167.

- Lafave, H. G., de Souza, H. R. et Gerber, G. J. (1996). Assertive community treatment of severe mental illness: A Canadian experience. *Psychiatric Services*, 47(7), 757-759.
- Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R. et Postrado, L. T. (1997). A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1038-1043.
- Macias, C., Farley, O. W., Jackson, R. et Kinney, R. (1997). Case management in the context of capitation financing: An evaluation of the strengths model. *Administration & Policy in Mental Health*, 24(6), 535-543.
- Marks, I. M., Connolly, M., Muijen, B., Audini, G., McNamee, G. et Lawrence, R. E. (1994). Synopsis of the daily living program for the seriously mentally ill: A controlled comparison of home vs. hospital-based care. *Community Treatments for Acute Psychiatric Illness*.
- McGrew, J. H. et Bond, G. R. (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: Judgments of the experts. *Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 113-125.
- McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L. et Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62(4), 670-678.
- McGrew, J. H., Pescosolido, B. et Wright, E. (2003). Case managers' perspectives on critical ingredients of assertive community treatment and on its implementation. *Psychiatric Services*, 54(3), 370-376.
- Ministère de la Santé du Manitoba. (1997). *Services de santé essentiels au Manitoba*. Santé Manitoba. Récupéré le 22 juillet 2004 à <http://www.gov.mb.ca/health/documents/core.fr.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2004). *Information publique – Agir pour améliorer les soins de santé*. Récupéré le 18 octobre 2004 à <http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/index.html>.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2003). *Cadre de travail sur la responsabilisation en santé mentale*.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (1999). *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (1999). *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G. et Tempelhoff, B. (1992). Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hospital & Community Psychiatry*, 43(10), 1005-1010.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D. et Trusty, M. L. (1997). An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 48(4), 497-503.
- Muijen, M., Marks, I. M., Connolly, J. et Audini, B. (1992). The Daily Living Programme: Preliminary comparison of community versus hospital-based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. *British Journal of Psychiatry*, 160 Mar, 379-384.
- National Health Service (1999). *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. Royaume-Uni.

Newfoundland Department of Health and Community Services. (2003). *Working together for Mental Health: a proposed mental health services strategy for Newfoundland and Labrador*. Récupéré le 23 juillet 2004 à <http://www.gov.nf.ca/health/publications/pdfiles/Mental%20Health%20Strategy%20Disc%20Doc%20Nov%202003.pdf>

Nova Scotia Department of Health. (2003). *Standards for Mental Health Services in Nova Scotia*. Récupéré le 23 juillet 2004 à www.gov.ns.ca/health/downloads/Standards.pdf.

Ohio Department of Mental Health, Office of Program Evaluation and Research (1999). *Towards Best Practices: Top Ten Findings from the Longitudinal Consumer Outcomes Study 1999*. Columbus, Ohio, Ohio Department of Mental Health, Office of Program Evaluation and Research.

Rapp, C. A. (1996). The active ingredients of effective case management: A research synthesis. In: Giesler, L.J. (ed.) *Case Management for Behavioural Managed Care*. National Association of Case Management, Cincinnati, Ohio.

Rapp, C. A. (1998). The active ingredients of effective case management: A research synthesis. *Community Mental Health Journal*, 34(4), 363-380.

Resnick, S. G., Neale, M. S. et Rosenheck, R. A. (2003). Impact of public support payments, intensive psychiatric community care, and program fidelity on employment outcomes for people with severe mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(3), 139-144.

Rosenheck R, Kaspro W, Frisman et Liu-Mares, W (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry* 60, 940-951.

Salkever, D., Domino, M. E., Burns, B. J., Santos, A. B., Deci, P. A. et Dias, J. et coll. (1999). Assertive community treatment for people with severe mental illness: The effect on hospital use and costs. *Health Services Research*, 34(2), 577-601.

Santé Canada. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Récupéré le 9 septembre 2004 à <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html>.

Schaedle, R. W. et Epstein, I. (2000). Specifying intensive case management: A multiple perspective approach. *Mental Health Services Research*, 2(2), 95-105.

Schaedle, R., McGrew, J. H., Bond, G. R. et Epstein, I. (2002). A comparison of experts' perspectives on assertive community treatment and intensive case management. *Psychiatric Services*, 53(2), 207-210.

Schmidt-Posner J. et Jerrell, J. M. (1998). Qualitative analysis of three case management programs. *Community Mental Health Journal*, 34(4), 381-392.

Scott, J. E. et Dixon, L. B. (1995). Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 24(4), 657-668.

Sherman, P. S. et Ryan, C. S. (1998). Intensity and duration of intensive case management services. *Psychiatric Services*, 49, 1585-1589.

Solomon, P. et Draine, J. (1995). The efficacy of a consumer case management team: Two-year outcomes of a randomized trial. *Journal of Mental Health Administrations*, 22, 135-146.

Stanard, R. P. (1999). The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health centre. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 169-179.

Stein, L. I. et Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment I conceptual model: Treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

Wilson, D., Tien, G. et Eaves, D. (1995). Increasing the community tenure of mentally disordered offenders: An assertive case management program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 61-69.

Witheridge, T. F. (1991). The “active ingredients” of assertive outreach. *New Directions for mental health services*, 52, 47-64.

Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A. et Calsyn, R. J. (1997). Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 341-348.

