

# Le « Case management » affirmatif : une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier

## Assertive case management: a comprehensive evaluation of a hospital based case management program

José P. C. de Cangas

Volume 19, numéro 1, printemps 1994

Aspects de la réadaptation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032295ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032295ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

de Cangas, J. P. C. (1994). Le « Case management » affirmatif : une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier. *Santé mentale au Québec*, 19(1), 75–91. <https://doi.org/10.7202/032295ar>

Résumé de l'article

Cette étude évalue l'efficacité d'un programme complet de traitement communautaire, élaboré à partir du modèle de « case management » affirmatif. Sur une période de six mois, les patients du programme CMA, malgré la gravité de leurs symptômes, ont obtenu de meilleurs résultats au chapitre de l'emploi et de l'adaptation sociale, ont vu leurs symptômes diminuer et ont été hospitalisés moins souvent et pour des périodes plus courtes. De plus, ces patients disent jouir d'une meilleure qualité et représentent un moins lourd fardeau pour leurs familles que les patients traités à l'hôpital. Finalement, les coûts totaux du programme CMA sont moindres que les coûts de traitement d'un programme hospitalier.



## **Le «Case management» affirmatif: une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier**

---

José P.C. de Cangas\*

Cette étude évalue l'efficacité d'un programme complet de traitement communautaire, élaboré à partir du modèle de «case management» affirmatif. Sur une période de six mois, les patients du programme CMA, malgré la gravité de leurs symptômes, ont obtenu de meilleurs résultats au chapitre de l'emploi et de l'adaptation sociale, ont vu leurs symptômes diminuer et ont été hospitalisés moins souvent et pour des périodes plus courtes. De plus, ces patients disent jouir d'une meilleure qualité et représentent un moins lourd fardeau pour leurs familles que les patients traités à l'hôpital. Finalement, les coûts totaux du programme CMA sont moindres que les coûts de traitement d'un programme hospitalier.

**A**u cours des 30 dernières années, les traitements destinés aux malades mentaux ont changé radicalement. Les législateurs, les défenseurs des droits et libertés et les familles des malades, chacun pour des raisons différentes, s'entendaient tous pour dire que les systèmes pour prodiguer les soins devraient être intégrés à la communauté et que l'institutionnalisation devrait être évitée (Bachrach, 1988, 1989; Bachrach et Harris, 1988). Ce mouvement a amené de nouvelles approches de distribution des services: le CMA en est un.

Ce système de services aux malades mentaux est vastement répandu dans les pays occidentaux. Les défenseurs de CMA prétendent qu'il peut offrir, à coût moindre, une meilleure qualité de vie. Plusieurs chercheurs ont analysé l'efficacité des services du CMA. Les résultats varient et sont parfois contradictoires. Une des grandes faiblesses de ces études est l'absence de critères objectifs, mesurables et opérationnels pour évaluer le comportement et les interventions des gestionnaires. Se basant sur 55 études, Maurin (1990) a analysé les tentatives de plusieurs chercheurs pour mesurer l'effica-

---

\* Professeur à l'École de nursing de l'Université Lakehead, à Thunder Bay (Ontario).

cité d'un tel programme; il a constaté que les résultats n'étaient pas concluants. Bond et ses collègues (1988) estiment, quant à eux, que le problème tient surtout à la difficulté de comparer les résultats de ces études. Des problèmes de définition et de comparabilité des échantillons viennent s'ajouter à ces difficultés (Weisbrod et al., 1980).

### **Définition du «Case management»**

Plus de 250 modèles de case management ont été recensés jusqu'à maintenant (de Cangas, 1989), ce qui rend difficiles l'analyse et la comparaison des résultats. Dans la présente étude, nous avons adopté la définition classique de Bachrach (1989), pour qui le CMA doit: 1) faciliter l'accès du patient aux services appropriés; 2) aider le patient à développer ses habiletés de base; 3) apporter au patient une aide pratique plutôt qu'une thérapie; 4) s'employer au dépistage avec vigueur; 5) améliorer la qualité de vie du patient et 6) recourir aux interventions cliniques lorsque la situation l'exige.

### **Structure de l'étude**

L'étude a été élaborée pour examiner l'efficacité du programme au regard du fonctionnement des patients, de leur qualité de vie et des coûts encourus, sur une période de six mois. On avait prédit que les sujets de programme de CMA feraient des progrès plus marqués, sous tous les aspects, que les patients hospitalisés. L'expérience prévoyait un échantillon prélevé au hasard, avant et après l'étude. Dans la population-cible, les sujets qui rencontraient les critères de sélection étaient assignés, au hasard, au groupe expérimental ou au groupe-contrôle.

Les sujets du groupe-contrôle ont été hospitalisés aussi longtemps qu'il s'avéra nécessaire puis référés à des services communautaires, quand le psychiatre traitant le jugeait à propos. Les sujets du groupe expérimental ont été admis à l'hôpital et immédiatement mis en contact par l'une des trois infirmières du programme qui, dès lors, assuraient la coordination et la gestion des cas de ces patients. Les données de base sur tous les patients ont été recueillies à l'admission, au congé de l'hôpital et six mois plus tard, par le biais d'entrevues individuelles menées par des assistants de recherches, qui travaillaient de façon indépendante des deux groupes.

Aucun patient n'a été exclu à cause de la gravité de sa symptomatologie ou pour quelque autre raison, à part les critères formels

d'exclusion. Étaient exclus les patients chez qui on n'avait pas diagnostiqué la schizophrénie ou une psychose affective et ceux qui n'avaient jamais été hospitalisés pour des soins psychiatriques. On a aussi exclu ceux qui refusaient de participer à l'étude.

### **Échantillonnage**

La population-cible comprenait tous les malades chroniques admis dans une institution psychiatrique à la suite d'un diagnostic de schizophrénie ou de troubles affectifs et tous ceux qui avaient déjà été admis dans un hôpital psychiatrique. Ceux qui souffraient des troubles psychiatriques suivants étaient exclus: syndrome cérébral organique, troubles de la personnalité, arriération mentale, alcoolisme ou autre toxicomanie comme diagnostic de premier ordre; un patient chez qui, par exemple, on avait diagnostiqué la schizophrénie et l'alcoolisme rencontrait les critères d'inclusion.

On a évalué le modèle CMA en le comparant avec le traitement donné à l'hôpital, combiné à une forme quelconque de soins communautaires volontairement acceptés par le patient, après son congé. Les sujets du groupe expérimental (GE) ont été assignés au programme CMA dès leur admission et ont été suivis — pendant une période de six mois après leur congé — par les trois mêmes infirmières qui les avaient traités à l'hôpital. Ces infirmières avaient reçu un entraînement spécial sur les méthodes du programme CMA; l'équipe a prodigué les soins à ses patients à l'hôpital et au cours de la période suivant le congé.

Les sujets du groupe contrôle (GC) ont été admis dans un institut psychiatrique et ont reçu les soins psychiatriques habituels qui, même si très différents d'un patient à l'autre, comportaient dans tous les cas une médication et une forme ou une autre de thérapie de groupe. Au moment de leur congé de l'hôpital, on a offert aux patients du GC la possibilité d'utiliser des services communautaires. Ils avaient le choix d'accepter ou de refuser; en cas de refus, aucun effort subséquent n'était fait pour les faire accepter. Dans l'autre groupe, par contre, et selon les principes du modèle CMA, on contactait les sujets aussi souvent que nécessaire pour qu'ils acceptent les soins après l'hospitalisation.

Aux fins de cette étude, 120 patients ont été sélectionnés puis répartis également (60-60) dans le groupe expérimental et le groupe contrôle.

## **Déroulement**

Les 60 sujets du GC ont été traités à l'hôpital aussi longtemps que les cliniciens traitants l'ont jugé nécessaire. Au moment de leur congé, on a assuré le suivi habituel et on les a mis en contact avec les services communautaires offrant des toxico-thérapies et autres traitements. Les 60 sujets du GE étaient suivis par l'équipe CMA qui coordonnait le traitement et les soins pendant et après l'hospitalisation.

## **La collecte des données**

Toutes les données ont été recueillies par trois assistants de recherche qui avaient reçu un entraînement d'un mois sur l'utilisation des méthodes d'évaluation; ces assistants ignoraient à quel groupe appartenaient les patients. La fiabilité interactionnelle, mesurée au pourcentage de convergence des assistants dans les méthodes d'évaluation, était élevée (92 %).

Les données de base sur chaque patient ont été recueillies à l'admission et au congé de l'hôpital, à partir des méthodes suivantes:

1. le Wechsler Adult Intelligence Test (WAIS);
2. l'échelle de réadaptation de Baker et Hall (REHAB);
3. l'échelle d'évaluation clinique de base (SCRS) (French et Heninger, 1970; Heninger et al., 1970).

Six mois après leur congé de l'hôpital, on a réévalué les patients en utilisant les méthodes et mesures suivantes: 1) la SCRS; 2) la REHAB; 3) l'inventaire Oregon sur la qualité de vie (OQULI); 4) le nombre de fois qu'un patient a été admis à l'hôpital dans les six mois suivants son congé (Récidive); 5) la durée de l'hospitalisation (en jours) au cours de ces six mois (Durée); 6) la Family Burden Scale de Grad et Sainsbury (1968); 7) l'émotion exprimée (EE), en utilisant le Five Minute Speech Sample (Magaña et al., 1986); et 8) les coûts et les bénéfices pour la société, six mois après le congé de l'hôpital.

## **Résultats**

Les résultats portent sur un total de 85 sujets: 43 du groupe expérimental et 42 du groupe-contrôle. Le tableau 1 présente les caractéristiques démographiques de l'échantillon.

Quatre-vingt-six (86 %) des sujets étaient célibataires, séparé(e)s ou divorcé(e)s; 65 % étaient des hommes et 35 % des femmes. Leurs caractéristiques démographiques étaient représentatives de cette population (Stein et Test, 1975). Le groupe expérimental était

Tableau 1  
**Caractéristiques démographiques de l'échantillon par groupe**

		E (n=33)	C (n=42)
Sexe	Hommes	30	25
	Femmes	13	17
Statut civil	Célibataires	32	32
	Marié(e)s	5	7
	Séparé(e)s	5	1
	Divorcé(e)s	1	2
Lieu de naissance	Alberta	31	21
	Canada	9	15
	Autres	3	6
Revenus annuels	0-499 \$	23	11
	500-999 \$	8	24
	1000 \$ +	12	7
Ont travaillé au cours de la dernière année	Oui	19	15
	Non	24	27
Instruction	Sans diplôme sec.	12	13
	Diplôme secondaire	24	23
	Diplôme professionnel	6	4
	Diplôme universitaire	1	2

composé de 70 % d'hommes et de 30 % de femmes; le groupe contrôle comptait 60 % d'hommes et 40 % de femmes. Cette légère différence dans la répartition des sujets selon le sexe représente un écart par rapport à la distribution normale des malades mentaux chroniques dans la population en général (Bland, 1988; Bland et al., 1984). Les autres variables démographiques suivent la distribution normale pour ce type de population (Mulkern et Manderscheid, 1975).

### Symptomatologie

Le nombre et la gravité des symptômes étaient plus élevés dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle dans les cas suivants: angoisses et peurs, comportements paranoïaques, hyperac-

tivité/niveau d'énergie et d'exaltation, plaintes de malaises physiques; le GE a aussi obtenu des scores plus élevés dans l'échelle de maladie globale, tel que mesuré à l'admission. Le groupe contrôle, toutefois, a montré des symptômes plus graves, six mois après le congé de l'hôpital.

Chez les sujets du groupe expérimental, on a noté un niveau plus bas d'humeurs dépressives, de tendances suicidaires, d'angoisses et de peurs, d'expression de la colère, de retrait social, d'agitation et autres troubles moteurs, de comportements paranoïaques, d'hallucinations, de troubles de la pensée, des dispositions à l'hyperactivité et à l'exaltation, et de plaintes pour des malaises physiques. Dans l'échelle globale, on a aussi noté chez les sujets du GE moins de symptômes que chez les sujets du GC.

Les mesures prises six mois après le congé indiquaient des progrès plus marqués chez les sujets du GE que chez ceux du GC, et ce, dans tous les tests et mesures: récurrence, symptomatologie, fonctionnement social, qualité de vie, coûts et fardeau familial.

### **Récurrence et durée de l'hospitalisation**

Au cours des six mois suivant leur congé, les sujets du groupe contrôle ont passé beaucoup plus de temps à l'hôpital que ceux du groupe expérimental (voir le tableau 2).

Les patients du GC ont aussi été admis à l'hôpital plus souvent. Cette différence prend une importance statistique lorsque calculée par la méthode du khi carré ( $X^2$ ) (voir le tableau 2). Cette méthode faisait aussi ressortir une différence marquée dans la durée de l'hospitalisation (voir le tableau 2).

### **Analyse des coûts**

Les coûts directs ont été évalués à partir des coûts réels de traitement, tels qu'ils apparaissent dans le rapport annuel de l'institution où s'est déroulée notre étude. On a calculé un coût quotidien de 212 \$.

De la même façon, les coûts du programme CMA ont été calculés à partir des salaires et des dépenses en capital du programme, tels que consignés dans le rapport annuel: on a établi le coût quotidien à 15 \$ pour les sujets du GE. Les dépenses du GC étaient de beaucoup supérieures à celles du GE; la tableau 3 nous montre la ventilation par poste.

Les coûts nets sont beaucoup moindres pour les sujets du GE que pour ceux du GC: 7 293 \$ contre 12 689 \$. Les coûts directs moyens du GE sont de 4 048 \$, comparés à 7 983 \$ pour les GC. Les

Tableau 2

**A. Fréquence et corrélation  $X^2$  du nombre d'admissions dans des hôpitaux psychiatriques et de la durée des séjours par groupe, pour la période de six mois suivant le congé**

No d'admissions	Gr. expérimental (n=43)	Gr. de contrôle (n=42)
0	32	11
1	5	18
2+	6	13
	$X^2 = 20,17$	$P < 0,05, dl = 2$

**B. Fréquences et corrélation  $X^2$  de la durée des séjours à l'hôpital, par groupe, pour la période de six mois suivant le congé**

No d'admissions	Gr. expérimental (n=43)	Gr. de contrôle (n=42)
0 — 4	32	11
5 — 25	32	11
5 — 25	5	8
26+	6	23
	$X^2 = 20,90$	$p < 0,05, dl = 2$

coûts indirects de traitement étaient plus bas (880 \$) pour le GE que pour le GC (1 738 \$). Les coûts du système judiciaire étaient beaucoup moindres pour le GE (96 \$) que pour le GC (251 \$). Les coûts moyens de maintien étaient de 2 572 \$ pour le GE et de 2 926 \$ pour le GC. Les coûts encourus par les familles des sujets du GE étaient un peu moindres (327 \$) que ceux des familles des sujets du GC (329 \$). De façon générale, les coûts du groupe expérimental étaient moindres dans toutes les catégories sauf les «autres services», où le coût moyen par sujet était de 209,30 \$ pour le GE contre 3,71 \$ pour le GC.

Les revenus totaux moyens des sujets du GE étaient plus élevés (439 \$) que ceux des sujets du GC (178 \$). À cause de la dispersion des données, on a calculé la médiane des coûts totaux, des revenus totaux et des revenus nets; les différences étaient plus grandes si on n'utilisait pas la médiane, la médiane des revenus du GC étant zéro (0). Trente-trois (33) sujets du GC n'avaient aucun revenu, six mois après leur congé de l'hôpital (d'où une médiane de zéro) contre seize (16) sujets du GE. Notons enfin que les coûts d'utilisation des «autres services» ont un impact important sur le coût total de maintien dans la communauté.



**Tableau 3**  
**Coûts et revenu net par patient, par catégories, en dollars,**  
**et test t de student pour les coûts nets**

<b>Coûts</b>	<b>E (n=43)</b>	<b>C (n42)</b>	
Coûts directs de traitement	Moyens	4048 \$	7893 \$
	D.S.	2697	7964
Coûts indirects de traitement	Moyens	880 \$	1738 \$
	DS	657	1841
Coûts système judiciaire	Moyens	96 \$	251 \$
	DS	418	777
Coûts de maintien	Moyens	2572 \$	2926 \$
	DS	329	327
Coûts familiaux	Moyens	135 \$	58 \$
	DS	329	327
Coûts totaux	Moyens	7732 \$	12868 \$
	DS	3491	7649
	Médiane	6285 \$	11217 \$
<b>REVENUS</b>			
Revenus totaux	Moyens	432 \$	178 \$
	DS	666	474
	Médiane	82 \$	0 \$
Coûts nets (coûts moins revenus):			
	Moyens	7293 \$	12689 \$
Coûts nets	DS	3609	7792
	Médiane	6285 \$	11105 \$
Coûts nets — stat t: 4,12*			

\*  $p < 0,05$ ,  $dl = 83$

### Utilisation des services médicaux et sociaux

Les patients du groupe contrôle ont utilisé les services communautaires et les autres services plus souvent que ceux du groupe expérimental. La comparaison apparaît dans le tableau IV.

**Tableau 4**  
**Utilisation des services médicaux et sociaux par groupe**  
 (Nombre de fois)

<b>Catégorie</b>	<b>Gr. expérimental (n=43)</b>	<b>Gr. de contrôle (n=42)</b>
Services sociaux	176	210
Cliniques psychiatriques	276	357
Hôpitaux	18	106
Cliniques médicales (incluant visites aux médecins et autres cliniciens)	15	57
Autres services	71	31

Les sujets du GE ont utilisé les services sociaux 176 fois contre 210 fois pour ceux du GC; ils ont fait 276 visites à une clinique psychiatrique pendant que les sujets du GC en faisaient 357. Les sujets du GE ont utilisé les hôpitaux 10 fois; les sujets du GC, 106 fois. De plus, les patients du GE se sont rendus 15 fois dans une clinique médicale contre 57 fois pour les autres. Toutefois, les sujets du groupe expérimental ont utilisé les autres services (santé publique, etc.) plus souvent (71 fois) que ceux du groupe contrôle (31).

### **Utilisation du système judiciaire**

Les patients du groupe CMA ont utilisé le système juridique et légal un peu moins souvent que le groupe contrôle (tableau V).

**Tableau 5**  
**Utilisation du système judiciaire**  
 (Nombre de fois)

<b>Catégorie</b>	<b>Gr. expérimental (n=43)</b>	<b>Gr. de contrôle (n=42)</b>
Jours en prison	1	5
Contacts avec la Cour	2	3
Visites aux responsables des libérations conditionnelles	1	3
Arrestations	7	23

Les sujets du GE ont passé moins de nuits en prison (1) que les sujets du GC (5) et ils ont eu moins souvent affaire à la cour. Les visites aux agents de liberté conditionnelle ont été plus nombreuses pour les sujets du GE (3 contre une) qui ont, par ailleurs, été arrêtés moins souvent par la police (7 fois) que les sujets du GC (23 arrestations).

### **Qualité de vie**

L'analyse des résultats calculés selon la loi de Student (test t) dans le tableau VI révèle que la différence entre les moyennes des deux groupes avait une importance statistique dans tous les critères de qualité de vie, à l'exception du degré de satisfaction au regard de la vie spirituelle et de l'aide-conseil reçu par les sans-emploi.

Outre ces deux items, les sujets du groupe expérimental se sont dits beaucoup plus satisfaits de leur qualité de vie que les sujets du groupe contrôle. L'absence de différence statistique significative à l'item aide-conseil peut s'expliquer par le petit nombre de réponses utilisables et par le fait que la plupart des sujets du GE avaient un emploi et se disaient donc satisfaits à cet égard. Pour des raisons que l'on ignore, la mesure de la satisfaction face à la vie spirituelle n'a pas de poids statistique.

### **Fonctionnement social**

Encore une fois, les résultats appuient notre hypothèse sur l'adaptation sociale. Six mois après leur congé de l'hôpital, les sujets du programme CMA semblaient mieux fonctionner socialement que les sujets du groupe contrôle (tableau VII).

Le test du khi carré ( $X^2$ ) fait ressortir des différences statistiques significatives dans les comportements déviants, notés, six mois après le congé, chez 24 sujets du groupe expérimental (56 %) et 32 du groupe contrôle (76 %). Étant donné l'emphase que le programme CMA met sur l'acquisition des habiletés communautaires et sociales, ces différences de comportements peuvent être le résultat des interventions de l'équipe.

### **Perception du fardeau par les familles**

Les familles et les proches des sujets du GE ont rapporté moins d'incidents qu'ils percevaient comme un fardeau. Ils ont rapporté moins de dérangements, dans toutes les catégories, que les familles des sujets du GC. Dans le premier groupe, on rapporte 18 exemples de perturbation des activités sociales et des loisirs, contre 19 dans

**Tableau 6**  
**Qualité de vie — Moyenne et test t de Student,**  
**par catégorie et groupe**

Catégorie		E (n=**)	C (n=**)	stat t
Satisfaction face à la vie	no.	43	40	2,75*
	moyenne	21,81	17,77	dl=8
Conditions de vie	no.	33	36	5,27
	moyenne	39,84	26,05	dl=67
	DS	6,68	13,59	
Conditions familiales	no.	39	41	3,42*
	moyenne	14,66	10,46	dl=78
	DS	4,89	5,98	
Vie sociale	no.	36	38	5,09*
	moyenne	59,11	39,68	dl=72
	DS	11,71	19,84	
Loisir	no.	43	42	5,69*
	moyenne	49,58	31,54	dl=83
	DS	12,32	16,59	
Emploi	no.	15	13	2,22*
	moyenne	30,26	24,84	dl=26
	DS	7,73	4,45	
Chômage	no.	24	17	1,07
	moyenne	34,50	32,05	dl=39
	DS	8,01	5,71	
Formation	no.	8	3	2,06
	moyenne	43,50	24,33	dl=9
	DS	12,27	17,89	
Vie spirituelle	no.	39	41	0,69
	moyenne	27,00	25,48	dl=78
	DS	8,45	10,7	
Expériences système judiciaire	no.	22	36	5,96
	moyenne	33,63	19,00	dl=56
	DS	5,69	10,59	
Santé physique	no.	42	42	4,59*
	moyenne	10,66	7,31	dl=82
	DS	1,58	4,46	
Santé psychologique	no.	42	42	5,38*
	moyenne	10,31	6,33	dl=82
	DS	1,60	4,50	
Satisfaction santé	no.	43	42	5,28*
	moyenne	28,4	19,76	dl=83
Satisfaction générale face à la vie	no.	43	42	5,44*
	moyenne	36,78	25,11	dl=83
	DS	7,66	11,49	

\*  $p < 0,05$ , dl = tel qu'indiqué sous stat t dans chaque colonne

\*\* Comme les réponses à l'Inventaire Oregon sur la Qualité de vie se rapportent à des situations particulières, les nombres varient d'une catégorie à l'autre.

**Tableau 7**  
**Pourcentage et corrélation  $X^2$  d'après l'Échelle de réadaptation de Baker et Hall (REHAB — fonctionnement social) à l'admission et au congé de l'hôpital**

		E (n=43)		C (n=42)	
		No. sujets	%	No. sujets	%
Admission	Sans problème	5	11,63	13	30,95
	Comportements déviants	38	88,37	29	69,05
		$X^2 = 4,75^*$			
Congé	Sans problème	11	25,58	19	45,24
	Comportements déviants	32	74,42	23	54,76
		$X^2 = 3,59^*$			

\*  $p < 0,05$ ,  $dl = 1$

l'autre. Toutefois, les familles des sujets du GC ont rapporté moins d'incidents touchant la vie domestique (11) que les familles du groupe expérimental (24), chez qui on a aussi compté 22 incidents impliquant les voisins, contre 41 pour les familles du groupe contrôle.

Les familles du GE ont rapporté que les sujets s'étaient plaints 24 fois de malaises physiques; chez les familles du GC, on a dénombré 32 plaintes de cette nature. Les comportements déplacés ont été rapportés 31 fois par les familles des patients du groupe expérimental contre 52 fois dans l'autre groupe. Les familles du GE ont rapporté 15 incidents de dommages mineurs à la propriété contre 28 pour les familles du GC. Des repréailles non violentes ont été rapportées 33 fois par les familles des patients du GE, ce qui est sensiblement moins que les 44 incidents semblables chez les familles des sujets du GC. On a rapporté un seul cas d'incident violent chez les familles du GE mais six chez les familles du GC. Ces résultats sont consignés dans le tableau VIII.

Pour le deuxième item du fardeau familial, l'émotion exprimée, on a utilisé la loi de Student (test t). Les résultats indiquent une différence marquée en termes d'émotion exprimée, entre les deux groupes (voir le tableau IX).

Les parents des sujets du groupe expérimental avaient des niveaux d'émotion exprimée considérablement moindres, mesurés avec le Five Minute Speech Sample, ce qui vient appuyer notre sixième hypothèse. Seulement 11 familles de patients du GC se sont

Tableau 8  
**Nombre d'indicents perçus comme un fardeau par la famille,  
 par catégorie et groupe**

<b>Catégorie</b>	<b>E (n=43)</b>	<b>C (n=42)</b>
Dérangements des loisirs et activités sociales	18	19
Perturbations de la vie quotidienne	24	11
Problème avec les voisins	22	41
Plaintes de douleurs physiques	24	32
Comportements déplacés	31	52
Dommmages mineurs à la propriété	15	28
Représailles non violentes	33	44
Violences	1	6

Tableau 9  
**Test t de Student pour les scores de l'émotion exprimée (FMSS)**

<b>FMSS</b>	<b>E (n=43)</b>	<b>C (n=42)</b>
Émotion exprimée	Moyenne	1,27
	Déviation standard	0,5
	Statistique-T: — 4,44*	0,44

\*  $p < 0,05$ ,  $dl = 83$

déclarées moins inquiètes, moins sévères et plus équilibrées dans leurs relations avec le malade (peu d'émotion exprimée); dans le GE, un bas niveau d'émotion exprimée a été noté dans 29 familles. Ces résultats appuient notre hypothèse car, selon Brown (1959), un haut niveau d'émotion exprimée correspond à l'ampleur du fardeau perçu par les familles. Par contre, un bas niveau d'émotion exprimée est en corrélation avec la durée de la présence du malade dans la communauté, comme c'était le cas dans cette étude. Il est possible que les familles des patients du groupe expérimental aient montré moins d'EE à cause du soutien que leur donnait l'équipe CMA ou à cause des soins reçus par les sujets.

### Analyse

D'habitude, de par la nature de leur maladie, les malades mentaux ne sont pas en mesure de demander des soins, et la plupart des

malades chroniques ne vont pas se faire traiter volontairement. Au cours de la présente étude, les agents du CMA ont souvent fait état de malades qui étaient hospitalisés plus longtemps que leur état ne l'exigeait et, dans plusieurs cas, qui étaient gardés à l'hôpital pour des raisons de nature sociale plutôt que psychiatrique. Ces observations renforcent les conclusions à l'effet que les programmes CMA réduisent la récurrence et la durée des hospitalisations et améliorent le fonctionnement social.

Même si l'on peut arguer que les interventions thérapeutiques du programme CMA s'appuient sur la conviction que l'hospitalisation doit constituer un dernier recours, les résultats de l'étude prouvent l'efficacité du programme sur tous les points. Ce succès peut s'expliquer par l'objectif fondamental de ce type de programme qui est d'amener le patient à l'autonomie sociale complète plutôt que de se concentrer à soulager ses symptômes et à contrôler ses comportements anormaux par des mesures aussi sévères que le confinement et la suspension de privilèges, souvent imposés aux sujets du groupe contrôle.

L'analyse des données de cette étude fait ressortir quatre conclusions. De façon générale, le programme CMA s'est avéré moins coûteux que les programmes de traitement offerts aux patients du groupe contrôle. Les sujets du groupe CMA jouissaient d'une meilleure qualité de vie que ceux du groupe contrôle. Socialement, ils fonctionnaient mieux aussi. Les familles des sujets du groupe CMA portaient un fardeau moins lourd que les familles de l'autre groupe. Cette conclusion est importante, des études précédentes ayant conclu que les programmes communautaires représentaient un fardeau accru pour les familles.

Les résultats de notre étude reflètent l'énorme soutien apporté aux patients par les équipes du programme CMA; cet aspect constitue un élément fondamental de ce programme expérimental. Les patients du groupe CMA n'ont pas été «jetés» dans la communauté; au contraire, les équipes du programme leur ont apporté un soutien incessant, dans presque tous les aspects de leur vie quotidienne. Le taux de récurrence était beaucoup plus bas dans le groupe expérimental. Plus important encore est le fait que l'intégration à la communauté ne s'est pas faite au détriment de la qualité de vie; au contraire, les patients du groupe CMA ont affirmé jouir d'une meilleure qualité de vie que les patients hospitalisés. Ils ont aussi amélioré leur fonctionnement social et leur autonomie, à tous points de vue. Leur symptomatologie

était moins prononcée et ils tiraient plus de satisfaction de leur vie que les patients à l'hôpital.

D'autres constatations touchent les coûts. Le coût du traitement d'un patient dans sa communauté est élevé mais reste deux fois moindre que le coût du traitement dans une institution psychiatrique. De plus, tous les autres indicateurs de résultats positifs sont plus bas dans le groupe de patients hospitalisés que dans le groupe CMA. L'étude démontre par ailleurs l'avantage de mesurer l'efficacité des traitements par des méthodes multifactorielles. Les résultats portent à croire que les programmes CMA sont plus efficaces que les autres. Ceci vient appuyer d'autres études qui ont conclu que les malades psychotiques graves pouvaient être traités avec succès en ayant le moins souvent recours à l'hospitalisation.

## Conclusion

Nous avons comparé un programme communautaire basé sur le modèle conceptuel du CMA avec les traitements traditionnels donnés dans les institutions pour malades mentaux chroniques. Pour une période de six mois suivant le congé de l'hôpital, les résultats indiquent que le programme communautaire: 1) réduit le nombre d'hospitalisations et leur durée; 2) amène à une meilleure qualité de vie; 3) réduit le fardeau pour les familles des malades; 4) réduit le nombre et la gravité des symptômes psychiatriques; 5) augmente le niveau de fonctionnement social; et 6) réduit considérablement les coûts des traitements.

En dépit de quelques contraintes — entre autres la comparabilité des échantillons, l'absence de contrôle sur la médication, les variations dans le diagnostic et la durée de l'hospitalisation et les différences culturelles entre les sujets de l'étude et ceux des premières recherches sur les programmes de ce type —, les programmes CMA, pour la plupart des sujets, semblent constituer une solution plus efficace et moins coûteuse que les traitements en institution. De façon plus spécifique, on peut affirmer qu'avec un minimum de recours à l'hospitalisation, on a pu traiter, dans leur communauté, des malades mentaux chroniques et graves, qui y ont accru leur niveau de fonctionnement social, leur satisfaction et leur qualité de vie.

## RÉFÉRENCES

- BACHRACH, L.L., 1988, Defining chronic mental illness: a concept paper, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 4, 383-388.



- BACHRACH, L.L., 1989, The chronic patient: case management — toward a shared definition, *Hospital and Community Psychiatry*, 40 9, 883-884.
- BACHRACH, L.L., HARRIS, M., 1988, Notes de l'éditeur, in M. Harris et L.L. Bachrach, édés., Clinical case management, *New directions in Mental Health Services*, 40, 1-3.
- BAKER, R., HALL, J., 1983, *Users Manual for the Rehabilitation Evaluation Hall and Baker*, Vine Publishing, Aberdeen.
- BLAND, R.C., 1984, Long term mental illness in Canada, An epidemiological perspective on schizophrenia and affective disorders, *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 3, 242-246.
- BLAND, R.C., NEWMAN, S.C., ORN, H., édés., 1988, Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton (Supplément), *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 338, 1988.
- BOND, G.R., MILLER, L.D., KUMWEID, R.D., WARD, R.S., 1988, Assertive case management in three CMCH's controlled study, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 4, 411-418.
- DE CANGAS, J., 1989, *A Study of a Comprehensive Community Living Treatment Program for the Chronically Mentally Ill*, thèse de maîtrise non publiée, Université de l'Alberta, Edmonton.
- FRENCH, N.H., HENINGER, G.R., 1970, A short clinical rating scale for use by nursing personnel: I. Development and Design, *Archives of General Psychiatry*, 23, 233-270.
- GRAD, J., SAINSBURY, R., 1968, The effects that patients have on their families in a community-care and a control psychiatric service: a two-year follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 114, 265-278.
- HENINGER, G.R., FRENCH, N.H., SLAVINSKY, A.T., DAVIS, L., MUELLER, P.S., 1970, A short clinical rating scale for use by nursing personnel: II. reliability, validity and application, *Archives of General Psychiatry*, 23, 241-248.
- LEHMAN, A.F., WARD, N.C., LINN, L.S., 1982, Chronic mental patients: the quality of life issue, *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271-1275.
- MAGANA, A.B., GOLDSTEIN, M.J., KARNO, M., MIKLOWITZ, D.J., JENKINS, J., FALLOON, I.R.H., 1986, A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients, *Psychiatric Research*, 17, 203-212.
- MAURIN, J., 1990, Case management: caring for psychiatric clients, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 28, 7, 6-12.
- MULKERN, V.M., MANDERSCHIED, R.W., 1989, Characteristics of community support program clients in 1980 to 1984, *Hospital and Community Psychiatry*, 40 2, 165-171.
- STEIN, L.I., TEST, M.A., éd., 1985, The training in community living model: a decade of experience, *New directions for mental health Services*, 26, Jossey-Bass, San Francisco.

- STEIN, L.I., TEST, M.A., 1980, An alternative to hospital treatment, I. conceptual model, treatment program and clinical evaluation, *Archives of General Psychiatry*, 37, 302-397.
- TEST, M.A., STEIN, L.I., 1980, An alternative to hospital treatment, III. social cost, *Archives of General Psychiatry*, 37, 409-412.
- WEISBROD, B.A., TEST, M.A., STEIN, L.I., 1980, An alternative to hospital treatment, II. economic benefit-cost analysis, *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.

## ABSTRACT

### **Assertive case management: a comprehensive evaluation of a hospital based case management program**

This study measured the effectiveness of a comprehensive community treatment program modeled after an Assertive Case Management structure. It used an experimental random assignment design. Over a six month period, patients in the ACM program, despite their acute symptoms, had better vocational and social outcomes, less symptomatology, lower recidivism and length of hospital stay rates. Most revealing was their reported quality of life and lower perceived family burden than the hospital program patients. Further, the ACM patients' overall treatment costs were lower than the patients in the hospital program.