***Manuel de l’utilisateur[[1]](#footnote-1)
pour la Grille d’évaluation de la préparation à la transition des services communautaires de traitement intensif (Assertive Community Treatment Transition Readiness Scale©)***

**Gary S. Cuddeback, Ph.D.**

**TABLE DES MATIÈRES**

**Chapitre 1 : Introduction** 3

Aperçu du chapitre 3

Définition des termes 3

Revue des écrits 3

Nécessité de mettre en place des mesures normalisées pour évaluer

la préparation à la transition 4

Élaboration de la grilleATR© 5

Caractéristiques évaluées par la grilleATR© 5

Avantages d’utiliser la grilleATR© 5

Comment ne pas utiliser la grilleATR© 6

**Chapitre 2 : Notation et interprétation de la grille ATR©** 7

Aperçu du chapitre 7

Notation de la grille ATR© 7

Scores à inverser 7

Réponses manquantes 8

Scores à la grille ATR© 8

 Score total 8

 Score moyen 8

 Seuils de passage 9

**Chapitre 3 : Administration et utilisation** 10

Aperçu du chapitre 10

Quand remplir la grille ATR© 10

Comment remplir la grille ATR© 10

Utilisation de la grille ATR© 10

***CHAPITRE 1 : INTRODUCTION***

***Aperçu du chapitre***

Ceci est le manuel de l’utilisateur pour la Grille d’évaluation de la préparation à la transition des services communautaires de traitement intensif (*Assertive Community Treatment Transition Readiness Scale*©), ou grille d’évaluation ATR©. **Il est fortement recommandé de lire ce manuel attentivement et intégralement avant d’utiliser la grille d’évaluation ATR©.** La grille ATR© est un outil de mesure papier-crayon composé de 18 énoncés qui a été élaboré pour aider les équipes communautaires de traitement intensif (ECTI) à identifier les clients des services communautaires de traitement intensif (SCTI) qui pourraient être prêts à faire la transition des SCTI vers des services moins intensifs. Dans ce chapitre, nous fournirons un bref aperçu des recherches publiées sur les transitions des SCTI. Nous discuterons ensuite de l’importance et de la nécessité de mettre en place des mesures normalisées pour aider les ECTI à identifier les clients qui pourraient être prêts à faire la transition vers des services moins intensifs. Puis, nous décrirons brièvement l’élaboration de la grille ATR©. Ensuite, nous aborderons certains des avantages d’utiliser la grille ATR©. Le chapitre 1 se conclura par des consignes sur comment ne pas utiliser la grille ATR©. Mais nous allons d’abord commencer par présenter les termes clés qui seront utilisés tout au long de ce manuel.

***Définition des termes***

Plusieurs termes clés seront utilisés tout au long de ce manuel; nous les avons définis ci-dessous.

***Services communautaires de traitement intensif (SCTI)*** – Les SCTI sont une pratique fondée sur des données probantes et destinée aux personnes atteintes d’une maladie mentale grave et persistante.

***Personnel des services communautaires de traitement intensif (personnel des SCTI)*** – Les membres du personnel des SCTI peuvent inclure, mais sans s’y limiter : des gestionnaires de cas, des travailleurs sociaux, des thérapeutes, du personnel infirmier, des psychiatres, des spécialistes en toxicomanie, des spécialistes en logement, des spécialistes en prestations d’aide et des travailleurs de soutien par les pairs.

***Client des services communautaires de traitement intensif (client des SCTI)*** – Ce terme désigne une personne atteinte d’une maladie mentale grave et persistante et qui reçoit des SCTI.

***Transition*** – Ce terme désigne une transition planifiée des SCTI vers des services moins intensifs.

***Préparation à la transition*** – La préparation à la transition désigne le potentiel d’un client des SCTI à faire la transition des SCTI vers des services moins intensifs, sans subir une détérioration de son niveau de fonctionnement ni de résultats indésirables, comme l’hospitalisation ou l’incarcération.

***Services moins intensifs*** – Ce terme est utilisé tout au long de ce manuel pour décrire les services qui sont moins intensifs et/ou moins fréquents que les SCTI. Ces services peuvent aussi être désignés par les termes suivants : soins habituels, gestion de cas traditionnelle, ou soutien communautaire dans la communauté.

***Revue des écrits***

Les services communautaires de traitement intensif (SCTI) sont une pratique fondée sur des données probantes et destinée aux personnes atteintes d’une maladie mentale grave et persistante. Ces services sont caractérisés par une approche d’équipe multidisciplinaire qui offre un faible ratio personnel-clients (1:10), une disponibilité 24/7, des programmes agressifs d’action sociale et d’engagement, ainsi qu’une grande gamme d’interventions psychosociales.[[2]](#footnote-2) Les SCTI ciblent les personnes les plus gravement malades parmi celles qui sont atteintes d’une maladie mentale, et on pensait à l’origine que les personnes ayant besoin de SCTI en auraient besoin tout leur vie.[[3]](#footnote-3) Toutefois, cette perspective de « SCTI à vie » est contraire à ce que nous savons aujourd’hui au sujet du rétablissement à la suite d’une maladie mentale et elle présente un défi important, parce qu’une fois qu’une équipe a atteint sa capacité, elle ne constitue plus une ressource pour la communauté.[[4]](#footnote-4),[[5]](#footnote-5) Cela pose donc un problème significatif, parce que dans la plupart des communautés, la capacité des SCTI ne répond pas à la demande et beaucoup de personnes qui pourraient bénéficier des SCTI se voient refuser l’accès à ces services.[[6]](#footnote-6) Beaucoup d’équipes règlent ce problème de discordance entre la capacité et la demande en poussant leurs clients à faire la transition vers des services moins intensifs.

Peu d’études ont examiné les transitions des personnes atteintes d’une maladie mentale grave des SCTI vers des services moins intensifs. Plusieurs études expérimentales suggèrent que les clients ne devraient pas faire la transition des SCTI. Par exemple, dans l’étude d’origine sur les SCTI effectuée par Stein et Test, dans les 14 mois suivant la transition des soins habituels, les anciens clients des SCTI qui avaient été choisis de façon aléatoire pour faire la transition vers des services moins intensifs avaient repris les mêmes tendances de fonctionnement et d’hospitalisation que lorsqu’ils ne recevaient pas de SCTI.[[7]](#footnote-7) Une autre étude indique une augmentation de 67 % des journées d’hospitalisation chez les clients choisis de façon aléatoire pour faire la transition vers des services de gestion de cas standard. Une troisième étude indique une augmentation des hospitalisations et une perte en gains cliniques chez les clients choisis de façon aléatoire pour se faire couper les services intensifs à domicile (du type des SCTI).[[8]](#footnote-8),[[9]](#footnote-9)

D’autres études, bien que moins probantes, laissent entendre que les clients des SCTI peuvent faire la transition vers des services moins intensifs. Par exemple, un examen rétrospectif des dossiers a démontré que les clients des SCTI qui ont fait cette transition avaient obtenu de meilleurs résultats que les clients qui n’avaient pas fait la transition; toutefois, ceux qui avaient réussi la transition fonctionnaient à un niveau supérieure avant de faire la transition que ceux qui ont continué de recevoir les SCTI.[[10]](#footnote-10) Par ailleurs, deux études quasi-expérimentales comparaient les résultats de logement chez les clients qui avaient reçu des services de gestion de cas intensifs limités dans le temps et les clients qui avaient reçus des soins habituels, et cette étude démontre que les services de gestion de cas intensifs limités dans le temps entraînent des effets à long terme sur la situation de logement; toutefois, les effets des hospitalisations et d’autres indicateurs ont été omis.[[11]](#footnote-11),[[12]](#footnote-12)

***Nécessité de mettre en place des mesures normalisées pour évaluer la préparation à la transition***

Les données probantes sur les transitions des SCTI vers des services moins intensifs sont partagées. De plus, il y a un certain nombre de lacunes au niveau de nos connaissances, y compris la compréhension claire de quels clients peuvent faire la transition vers des services moins intensifs, à quel niveau de services moins intensifs et quels seront les résultats. Par surcroît, il n’existe aucune mesure normalisée conçue spécifiquement pour aider les ECTI à identifier les clients qui pourraient être prêts à faire la transition des SCTI vers des services moins intensifs. C’est particulièrement problématique étant donné l’accent mis sur l’accès accru aux pratiques fondées sur des données probantes dans le système public de santé mentale.[[13]](#footnote-13) Le manque de mesures normalisées conçues spécifiquement pour aider les ECTI à identifier les clients qui pourraient être prêts à faire la transition vers des services moins intensifs est un obstacle significatif aux progrès dans la pratique, les politiques et la recherche en santé mentale. C’est donc pour combler cette lacune importante dans la pratique, les politiques et la recherche en santé mentale que nous avons élaboré la Grille d’évaluation de la préparation à la transition des services communautaires de traitement intensif (*Assertive Community Treatment Transition Readiness Scale*©), ou grille d’évaluation ATR©.

***Élaboration de la grille ATR©***

La grille d’évaluation ATR© est un outil de mesure papier-crayon composé de 18 énoncés conçu pour aider le personnel des SCTI à identifier les clients des SCTI à faire la transition vers des services moins intensifs. En élaborant les énoncés de la grille ATR©, plusieurs sources ont été utilisées pour déterminer le contenu des énoncés : (a) des entrevues qualitatives avec du personnel expérimenté des SCTI, (b) des recherches sur les transitions des services communautaires de traitement intensif; et (c) des mesures normalisées similaires, comme l’outil *Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services* (LOCUS).[[14]](#footnote-14)

***Caractéristiques évaluées par la grille ATR©***

Les éléments de la grille ATR© ont été soigneusement conçus en respectant les bons principes de conception des énoncés et en rédigeant des directives claires sur la façon de la remplir.[[15]](#footnote-15) Les éléments traitent des domaines suivants : (a) stabilité de l’état psychiatrique et du comportement; (b) hospitalisation et incarcération; (c) stabilité du logement; (d) engagement/participation au traitement; (e) observance du traitement médicamenteux; (g) autonomie; (g) complexité des problèmes de santé et de comportement, y compris la dépendance/toxicomanie; (h) intensité du besoin de services; (i) prestations d’aide; (j) soutien social; (k) ressources; (l) introspection; (m) structure quotidienne; et (n) emploi.

***Avantages d’utiliser la grille ATR©***

L’utilisation de mesures normalisées comme la grille ATR©, de concert avec le jugement clinique et d’autres méthodes de prise de décisions, présente de nombreux avantages. L’expérience clinique et le jugement professionnel devraient être et seront toujours une part essentielle de l’identification de clients qui sont prêts à faire la transition des SCTI vers des services moins intensifs. Toutefois, il faut se servir de l’expérience clinique et du jugement professionnel de concert avec des mesures normalisées de grande qualité pour améliorer les évaluations de la préparation d’un client à la transition. ***Le but n’est pas de remplacer le jugement clinique mais d’améliorer ce jugement en utilisant la grille ATR©.***

La grille ATR© a la capacité de formaliser et de codifier le processus décisionnel lié à la transition en guidant les ECTI sur les informations pertinentes à prendre en considération concernant la transition vers des services moins intensifs, et cela pourrait être particulièrement important pour les ECTI et les membres du personnel nouveaux et/ou inexpérimentés. Par ailleurs, une mesure normalisée telle que la grille ATR© pourrait réduire la subjectivité et le biais inhérent au jugement clinique et à l’expérience de pratique. De plus, la grille ATR© peut faciliter la communication et la responsabilisation parmi les membres du personnel des équipes et entre les équipes et leurs organismes respectifs grâce aux informations quantitatives qui peuvent être intégrées dans les évaluations et les rapports. La grille ATR© pourrait être utilisée comme outil clinique pour suivre les progrès des clients, planifier les cas et en tant qu’outil administratif et/ou de surveillance pour orienter les objectifs de traitement et surveiller le rendement des ECTI. De plus, les scores à la grille ATR© peuvent être utilisés par les organismes ainsi que les autorités locales et provinciales en matière de santé mentale pour établir des normes sur la transition des clients des SCTI. Enfin, les mesures normalisées comme la grille ATR© permettent d’économiser de l’argent et du temps en ce qui concerne les évaluation subjectives, surtout lorsque ces évaluations demandent peu de formation ou d’effort.[[16]](#footnote-16)

***Comment ne pas utiliser la grille ATR©***

Il ne faut pas utiliser la grille ATR© comme unique méthode pour prendre des décisions sur la transition des clients. La grille ATR© devrait être utilisée de concert avec le jugement clinique et d’autres méthodes d’évaluation pour identifier les clients qui pourraient être prêts à faire la transition des SCTI vers des services moins intensifs. Mais surtout, la grille ATR© ne doit pas être utilisée à des fins à laquelle elle n'est pas destinée. Par exemple, il ne faut pas utiliser la grille ATR© pour déterminer si un client a besoin d’être hospitalisé.

***CHAPITRE 2 : NOTATION ET INTERPRÉTATION DE LA GRILLE ATR©***

***Aperçu du chapitre***

Le chapitre 2 traite de la notation et de l’interprétation des résultats de la grille ATR©. Dans ce chapitre, nous fournirons des directives sur la façon de calculer le score de la grille ATR©. Nous présenterons ensuite des lignes directrices sur les données manquantes et les scores à inverser. Ensuite, nous aborderons le score total et le score moyen à la grille ATR©. Cette section se conclura par une présentation sur les seuils de passage de la grille ATR©.

***Notation de la grille ATR©***

La grille d’évaluation ATR© est un outil de mesure comprenant 18 éléments qui a été élaboré pour évaluer la préparation des clients des SCTI à faire la transition des SCTI vers des services moins intensifs. Les 18 éléments traitent des domaines suivants :

* stabilité de l’état psychiatrique et du comportement;
* hospitalisation et incarcération;
* stabilité du logement;
* engagement/participation au traitement;
* observance du traitement médicamenteux;
* autonomie;
* complexité des problèmes de santé et de comportement;
* intensité du besoin de services;
* prestations d’aide;
* soutien social;
* ressources;
* introspection;
* structure quotidienne; et
* emploi.

Chaque énoncé est évalué en fonction d’une grille de réponse en quatre points : tout à fait en désaccord (1), en désaccord (2), d’accord (3), tout à fait d’accord (4). Par exemple, le premier énoncé est : « La personne n’a plus besoin de services intensifs ». Si vous êtes tout à fait d’accord avec cet énoncé au sujet du client des SCTI que vous évaluez, le client recevrait un score de 4 pour cet élément. Si vous êtes tout à fait en désaccord avec l’énoncé et pensez que le client a encore besoin de services intensifs, le client recevrait un score de 1 pour cet élément. Nous fournirons plus loin des directives sur la façon de calculer le score total et le score moyen.

***Scores à inverser***

Avant de calculer le score total ou moyen, il faut inverser le score des réponses à quatre des énoncés; ainsi des scores plus élevés pour chaque élément indiquent un plus grand potentiel de transition des services communautaires de traitement intensif vers des services moins intensifs. Tel qu’indiqué ci-dessus, lorsque vous remplissez la grille ATR© pour un client, vous devez évaluer le client en fonction d’une série d’énoncés en utilisant une grille en quatre points : tout à fait en désaccord (1), en désaccord (2), d’accord (3), tout à fait d’accord (4). Les scores des réponses aux énoncés suivants doivent être inversés :

* Énoncé 5 – La personne a été admise dans un hôpital psychiatrique au cours des six derniers mois.
* Énoncé 7 – La personne a été incarcérée au cours des six derniers mois.
* Énoncé 12 – La personne a des besoins complexes (c.-à-d., troubles de la personnalité, problèmes de santé, dépendance ou toxicomanie).
* Énoncé 17 – Les comportements de la personne n’ont pas été stables au cours des six derniers mois.

Par exemple, si vous avez répondu « tout à fait en désaccord » (1) à l’énoncé 5 pour un client particulier, cette réponse doit être inversée à 4 avant de calculer le score total ou moyen de ce client. Si vous avez répondu « tout à fait d’accord » (4) à l’énoncé 12 : « La personne a des besoins complexes (c.-à-d., troubles de la personnalité, problèmes de santé, dépendance ou toxicomanie) », il faut inverser le score de la réponse à 1 avant de calculer le score total ou moyen de ce client.

***Réponses manquantes***

Vous ne devez pas calculer le score total ou moyen à la grille ATR© si vous avez répondu à moins de 80 % des énoncés. C’est-à-dire qu’il faut répondre à au moins 14 des 18 énoncés pour pouvoir calculer le score du client à la grille ATR©.

***Scores à la grille ATR©***

Les scores plus élevés à la grille ATR© indiquent un plus grand potentiel de transition des SCTI vers des services moins intensifs. On peut aussi calculer le score total ou moyen à la grille ATR©. Le score total se calcule en additionnant toutes les réponses aux énoncés de la grille, et le score moyen se calcule en faisant la moyenne des résultats à toutes les réponses aux énoncés. ***Assurez-vous d’inverser le score des réponses aux énoncés 5, 7, 12 et 17 avant de calculer le score total ou moyen!***

***Score total :*** Le score total à la grille ATR© se calcule en additionnant toutes les réponses aux énoncés. Les scores totaux varient entre 18 et 72, et les scores plus élevés indiquent un plus grand potentiel de transition des SCTI vers des services moins intensifs. ***Assurez-vous de commencer par inverser le score des réponses aux énoncés 5, 7, 12 et 17!*** Nous avons fourni un exemple de feuille de calcul Excel simple ci-dessous. Veuillez communiquer avec l’auteur si vous souhaitez obtenir une copie de ce programme ou si vous aimeriez avoir de l’aide pour concevoir votre propre programme de notation et de collecte de données.

***Score moyen :*** Le score moyen à la grille ATR© se calcule en additionnant toutes les réponses aux énoncés et en divisant le résultat par le nombre d’énoncés évalués. Les scores moyens varient entre 1,0 et 4,0. On peut créer une feuille de calcul simple dans Excel.

Si la feuille de calcul ci-dessous était fonctionnelle, il suffirait de saisir les scores de chaque énoncé dans les colonnes Q1-Q18. La feuille de calcul peut être programmée de façon à vous avertir lorsque vous saisissez un score qui est en dehors de la plage de réponses acceptables (c.-à-d., 1, 2, 3, ou 4). Remarquez que le score de l’énoncé 4 est en dehors de la plage de réponses acceptables et que la cellule est donc en surbrillance rouge. ***Assurez-vous d’inverser le score des réponses aux énoncés 5, 7, 12 et 17 avant!*** On peut programmer la feuille de calcul de façon à calculer automatiquement le score total et le score moyen.

***Seuils de passage :*** Les seuils de passage ont été établis dans le but d’aider les ECTI à utiliser la grille ATR© afin de les aider à prendre des décisions au sujet des client des SCTI qui pourraient être prêts à faire la transition vers des services moins intensifs. Vous trouverez davantage de renseignements sur la façon de procéder dans un manuel technique qui sera bientôt disponible. Les seuils de passage doivent seulement être utilisés comme guide approximatif et non comme une règle définitive et immuable pour prendre les décisions concernant la transition des clients.

Dans ce contexte, les clients ayant un **score** **total** à la grille ATR© qui est **égal ou supérieur à 50** pourraient être considérés comme de bons candidats pour la transition des SCTI vers des services moins intensifs. De même, les clients ayant un **score** **moyen** qui est **égal ou supérieur à 2,8** pourraient être considérés comme de bons candidats pour la transition des SCTI vers des services moins intensifs.

Les mesures comme la grille ATR© ne sont jamais des outils parfaits pour prévoir ce pour quoi ils ont été conçus. Donc, comme pour tout outil de mesure, il y a une certaine marge d’erreur de mesure inhérente, et comme pour tout seuil ou valeur de passage, il y aura des erreurs de classification. Idéalement, une mesure devrait maximiser les vrais positifs (c.-à-d., identifier correctement les clients ayant un potentiel de réussir la transition lorsque c’est réellement le cas), tout en minimisant les faux positifs (c.-à-d., identifier incorrectement des clients comme ayant un potentiel de réussir la transition lorsque ce n’est pas le cas).

L’utilisation des seuils de passage ci-dessus vous permettra d’identifier correctement environ 75 % de vos clients qui ont un potentiel de transition lorsque c’est le cas, mais entraîne aussi l’identification erronées d’environ 22 % de vos clients comment ayant un potentiel de transition alors que ce n’est pas le cas. C’est pourquoi il est important de se rappeler que la grille ATR© doit être utilisée de concert avec le jugement clinique, l’expérience de pratique et d’autres ressources pour prendre des décisions au sujet de la transition des clients.

Tel qu’indiqué plus tôt, ces seuils doivent seulement servir d’indications générales. Par exemple, si un client a un score total de 25 sur 72 à la grille ATR©, cette personne ne serait pas une bonne candidate à la transition. Si un client a un score de 68 sur 72 à la grille ATR©, cette personne pourrait être une bonne candidate à la transition. Plus le score d’un client est éloigné du seuil de passage, plus il sera facile d’évaluer la préparation du client à la transition; toutefois, plus le score d’un client est rapproché du seuil de passage, plus il sera difficile de prendre une décision au sujet de sa transition. Une fois de plus, ces seuils de passage donne une indication générale, et la grille ATR© ne devrait pas être la seule méthode utilisée pour prendre les décisions au sujet de la transition des clients.

***CHAPITRE 3 : ADMINISTRATION ET UTILISATION***

***Aperçu du chapitre***

Le chapitre 3 traite de l’administration et de l’utilisation de la grille ATR©. Dans ce chapitre, nous allons présenter les lignes directrices qui précisent quand remplir la grille ATR©. Ensuite nous expliquerons comment remplir la grille ATR©. Ce chapitre ce conclura par une discussion sur la façon d’utiliser la grille ATR©.

***Quand remplir la grille ATR©***

La grille ATR© est un outil qui a été conçu pour aider à identifier les clients qui pourraient être prêts à faire la transition des SCTI vers des services moins intensifs. Cela signifie que la grille ATR© peut être utilisée pour évaluer un client qui reçoit des SCTI depuis quelques temps, dont l’état est stable et qui pourrait bien gérer la transition vers des services moins intensifs, ce qui était le but initial. Mais la grille ATR© pourrait aussi avoir d’autres usages. Par exemple, on peut s’en servir comme outil clinique pour évaluer et surveiller les progrès du client. Ainsi, la grille ATR© pourrait être utilisée pendant le processus d’inscription aux SCTI, puis administrée de nouveau périodiquement (p. ex. : tous les six mois).

***Comment remplir la grille ATR©***

Il n’existe actuellement qu’une seule version de la grille ATR©, qui est destinée au personnel. C’est-à-dire que la grille ATR© doit être remplie par un membre du personnel des SCTI pour un client des SCTI. La grille ATR© comprend 18 énoncés. Il faut lire attentivement chaque énoncé avant d’y répondre. La grille ATR© peut être remplie par un membre individuel du personnel des SCTI ou par l’équipe au complet. À l’origine, la grille ATR© a été conçue pour être remplie sans que le client soit présent; mais vous ou votre organisme pourriez décider de procéder autrement. Il n’existe actuellement qu’une version papier-crayon de la grille ATR© (voir ci-dessous).

***Utilisation de la grille ATR©***

La grille ATR© est un ouvrage en cours. Jusqu’ici, ellesemble indiquer une excellente fiabilité ainsi qu’une bonne validité convergente et prédictive. Cependant, la grille ATR© a uniquement fait l’objet de tests rétrospectifs, et il faut donc faire davantage de tests!

La grille ATR© est un outil gratuit, et vous pouvez vous en servir aussi souvent que vous le désirez. Nous serions intéressés d’avoir de vos nouvelles si vous ou votre organisme décidez d’utiliser la grille ATR©. Plus particulièrement, si votre équipe ou organisme décide d’adopter la grille ATR© dans le cadre de votre stratégie d’évaluation de routine, nous aimerions vous parler de la façon dont vous allez recueillir vos données et de comment celles-ci pourraient servir à effectuer davantage de tests. De plus, nous serions reconnaissants de recevoir votre rétroaction sur la grille ATR©, et particulièrement ce que vous avez aimé et ce que vous n’avez pas aimé, ainsi que vos suggestions d’améliorations. Si vous avez d’autres questions au sujet de la grille ATR© ou si vous êtes intéressé par le manuel technique, n’hésitez pas à communiquer avec nous.

**MERCI!**

1. Ce projet a été subventionné par l’Ohio Department of Mental Health ainsi que la Health Foundation of Greater Cincinnati. Toute correspondance concernant ce manuel doit être adressée en anglais à Gary S. Cuddeback, Ph.D., University of North Carolina at Chapel Hill, 325 Pittsboro Street, CB #3550, Chapel Hill, NC 27599; 919-962-4363; cuddeback@mail.schsr.unc.edu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bond, G. R.; Drake, R. E.; Mueser, K. T.; Latimer, E., « Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients », *Disease Management & Health Outcomes,* 2001, 9 (3), pp. 141-159. [↑](#footnote-ref-2)
3. Stein, L. I.; Test, M. A., « Alternative to mental hospital treatment », *Archives of General Psychiatry,* 1980,37, pp. 392-397. [↑](#footnote-ref-3)
4. Davidson, L., *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*, 2003, New York, New York University Press. [↑](#footnote-ref-4)
5. Anthony, W., « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, *16*(4), pp. 11-23. [↑](#footnote-ref-5)
6. Cuddeback, G. S.; Morrissey, J. P.; Meyer, P. S., « How many ACT teams do we need? Results from a large, urban community », *Psychiatric Services,* 2006, *57*(12), pp. 1803-1806. [↑](#footnote-ref-6)
7. Stein, L. I.; Test, M. A., « Alternative to mental hospital treatment », *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, pp. 392-397. [↑](#footnote-ref-7)
8. Audini, B.; Marks, M.; Lawrence, R.E.; Connolly, J.; Watts, V., « Home-based versus outpatient/in-patient care for people with serious mental illness: Phase II of a controlled study », *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165, pp. 204–210. [↑](#footnote-ref-8)
9. McRae, J.; Higgins, M.; Lycan, C.; Sherman, M. D., « What happens to patients after five years of intensive case management stops? », *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, 41 (2), pp. 175-179. [↑](#footnote-ref-9)
10. Salyers, M. P.; Masterston, T. W.; Fekete, D. M.; Picone, J. J.; Bond, G. R., « Transferring clients from intensive case management: Impact on client functioning », *American Journal of Orthopsychiatry,* 1998, 68 (2), pp. 233-245. [↑](#footnote-ref-10)
11. Jones, K.; Colson, P. W.; Holter, M. C.; Lin, S.; Valencia, E.; Susser, E.; Wyatt, R. J., « Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness », *Psychiatric Services*, 2003, 54 (6), pp. 884-890. [↑](#footnote-ref-11)
12. Susser, E.; Valenica, E.; Conover, S.; Felix, A.; Wei-Yann, T.; Wyatt, R. J., « Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A “critical time” intervention after discharge from a shelter », *American Journal of Public Health*, 1997, 87 (2), pp. 356-262. [↑](#footnote-ref-12)
13. New Freedom Commission on Mental Health, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report*, 2003, DHHS Pub. No SMA-03-3832, Rockville, MD. [↑](#footnote-ref-13)
14. Sowers, W.; George, C.; Thompson, K., « Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services (LOCUS): A preliminary assessment of reliability and validity », *Community Mental Health Journal*, 1999, 35 (6), pp. 545-563. [↑](#footnote-ref-14)
15. Nunnally, J. C.; Bernstein, I. H., *Psychometric theory* (4th ed.), 2001, New York, McGraw-Hill. [↑](#footnote-ref-15)
16. Nunnally, J. C.; Bernstein, I. H., *Psychometric theory* (4th ed.), 2001, New York, McGraw-Hill. [↑](#footnote-ref-16)