

## LES ROLES ATTENDUS DES COORDONNATEURS DES PLANS DE SERVICES INDIVIDUALISÉS

Hélène Poirier, Daniel Boisvert et Ghyslain Parent

Ce premier de deux articles présente, à partir d'une recension des écrits, la problématique de la coordination de la planification des services éducatifs, d'adaptation et de réadaptation offerts aux personnes ayant des difficultés d'apprentissage ou d'intégration sociale et de comportement.

L'identification des différents rôles attendus dans la coordination des services se réalise à travers la description des problèmes qui découlent de la désinstitutionnalisation des clientèles dans le domaine de la santé et des services sociaux de même qu'à partir des réalités vécues dans le processus de l'intégration scolaire. L'article aborde également les changements apportés dans les diverses législations québécoises des deux domaines qui amènent la mise en place d'un processus de planification privilégié: le plan de services individualisé.

### CONTEXTE DU PROBLEME

Les plans de services sont certes des processus efficaces d'intervention qui remettent en question les pratiques traditionnelles et le rôle des personnes qui oeuvrent dans la planification et la prestation des services offerts ou à dispenser. Par exemple, élaborer des services pour répondre aux véritables besoins des individus exige une adaptation des services qui met en adéquation les besoins de ces personnes en fonction des meilleures ressources au niveau de leur résidence, des services de loisir ou, encore quant aux ressources éducatives et de travail

qui existent dans la communauté. Qui plus est, dans le choix des ressources, il faut tenir compte davantage du projet de vie de la personne et de ses attentes. Ce travail, réalisé en étroite collaboration avec la personne, remet en question les systèmes de valeurs traditionnels parce qu'il invite à une plus grande concertation entre les intervenants.

Toutefois, l'implantation de tout le plan de services individualisé et ses plans d'intervention ne s'est pas faite sans difficulté. Comme le faisait remarquer Harvey (1991), ces nouvelles manières de procéder par la concertation demandent une intendance "paperassière et téléphonique" importante jusqu'alors inconnue. Toute la complexité du domaine des relations humaines a une influence sur celui qui, selon les diverses lois touchant les domaines de l'éducation et de la santé et des services sociaux, doit veiller à la coordination du plan de services. Certes, de nouvelles pressions s'exercent envers le responsable de la coordination du PSI, mais quelles sont véritablement les attentes envers la

---

Hélène Poirier, étudiante à la maîtrise en éducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières; Daniel Boisvert, professeur au département de génagogie de l'Université du Québec à Trois-Rivières; Ghyslain Parent, professeur au département des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

coordination des plans de services?

Il semble encore difficile de répondre à cette question pour deux raisons. D'abord, les expériences québécoises actuelles en matière de plans de services individualisés, sans être vraiment analysées avec rigueur, montrent une grande variété dans la manière dont le coordonnateur s'acquitte de ses fonctions et de ses tâches. Par ailleurs, l'esprit même du plan de services individualisé, qui place la personne au centre de ses services, apporte une ambiguïté réelle aux rôles attendus. En effet, certaines activités de coordination peuvent être exécutées par la personne elle-même, par un individu actif et significatif auprès d'elle (proches, parents, intervenants, camarades, etc.) ou, encore, par un membre d'un organisme communautaire.

Contrairement au plan de services qui est lui-même un processus bien décrit et étayé par des écrits relativement abondants et une pratique qui tend à se généraliser, le rôle du coordonnateur fait toutefois l'objet de peu de recherches et la majorité des documents de réflexion sont des récits des expériences américaines de "case management". Les modèles québécois de coordination sont-ils très différents de ceux de nos voisins du sud? Peut-on s'en inspirer? Quels modèles de coordination ressortent particulièrement au Québec? Peut-on clairement définir le rôle du coordonnateur dans ces différents modèles?

Dans cette recherche sur les fonctions et les tâches du coordonnateur des plans de services, les principales banques de données utilisées sont BADADUQ, PSYCINFO et ERIC. Les principaux descripteurs qui ont permis de trouver de l'information sont les suivants: *case management*, plan de services individualisé (*individual planning services*), coordination des services (*broker services*), plan d'intervention (*intervention planning*), planification et coordination.

Quelques ouvrages principaux ont aussi servi à préciser les tâches et fonctions théoriques du coordonnateur. Ce sont: *La coordination des plans*

*de services*" (Marceau, 1987); *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90* (Tessier & Clément, 1992); *Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire* (Goupil, 1991) et les travaux de Champagne (1992) portant sur les concepts théoriques et pratiques du plan de services individualisé.

### ELEMENTS D'UNE DEFINITION GENERALE DE LA COORDINATION DES SERVICES

Tessier et Clément (1992) indiquent que, si l'expérimentation du plan de services individualisé est relativement récente dans le champ de la santé mentale ou de l'éducation, la pratique est plus ancienne dans le domaine de la déficience intellectuelle. La recension des écrits révèle que c'est en 1978 qu'une loi américaine oblige le recours à un coordonnateur de plan de services individualisé pour "toute personne admissible", c'est-à-dire ayant des besoins tant psychologiques que sociaux.

Au Québec, l'introduction dans les politiques gouvernementales de la notion de plan de services individualisé coïncide avec le mouvement de désinstitutionnalisation des personnes hébergées en institution pour des difficultés de santé mentale ou pour l'unique raison de leur limitation intellectuelle. L'apparition du concept de plan de services individualisé est intimement liée aussi à la nécessité de planifier les services offerts dans la communauté, d'informer la population sur l'intégration sociale de ces personnes, d'assurer une coordination des interventions ainsi qu'un financement approprié et, enfin, de clarifier les responsabilités des organismes prestataires de services.

Le plan de services individualisé repose notamment sur l'action du coordonnateur qui vise à ce que soit assurée l'implantation de cette planification. Ce concept se présente de manière relativement précise chez les auteurs qui l'identifient à un mécanisme ou à une méthode d'intervention sociale. Intagliata (1982) mentionne que la coordination des plans de services est un processus ou une méthode qui permet

de s'assurer que les consommateurs reçoivent les services dont ils ont besoin d'une manière coordonnée, efficace et efficiente. Austin (1983) ajoute que la coordination est un mécanisme qui relie et coordonne les parties d'un système de distribution de services. De plus, Kemp (1981) précise que la coordination est une méthode de globalisation de services unifiés, coordonnés et appropriés aux personnes qui en ont besoin. Cette coordination s'effectue par un agent qui, en collaboration avec le client, prend la responsabilité de fournir ou de procurer les services requis. Bernstein (1981) ajoute que le "*case management*", entendu comme synonyme de coordination de services, peut être vu comme un modèle de gestion.

Pour sa part, Champagne (1992) définit le plan de services individualisé comme un outil de planification et de coordination des services individualisés visant globalement à donner un sens et une direction à la personne et à son milieu, dans le cheminement de ses actions, des actions des intervenants, des programmes, des établissements et de divers organismes, tout en tenant compte du contexte culturel et juridique. Ce plan de services individualisé comprend des buts, des objectifs, des moyens, un échéancier, des éléments d'évaluation et identifie des personnes responsables. Il inclut donc l'ensemble des plans d'intervention élaborés sous la responsabilité d'un ou de plusieurs intervenants d'une même organisation alors que le plan de services individualisé touche plusieurs intervenants de plusieurs milieux que ce soit d'établissements publics ou d'organismes communautaires. Ainsi la définition suivante pourrait être retenue: "Processus permettant la coordination efficace et opportune des services individualisés répondant aux besoins de la personne et qui exige une concertation des prestataires de services".

Tessier et Clément (1992, p.224) complètent cette définition en mentionnant que la coordination des plans de services permet d'assurer aux clients les différents services dont ils ont besoin et leur adaptabilité dans le temps. Elle sous-tend aussi qu'une personne ou une équipe assume la responsa-

bilité d'une relation de soutien du client sur une base continue et à long terme, et ce, peu importe le fait que le client soit hospitalisé ou le nombre d'agences qui interviennent pour le soutenir. Le coordonnateur des plans de services agit comme un "aidant", un avocat, un courtier de services, assistant à la fois le client et sa famille pour qu'ils arrivent à répondre à leurs besoins dans leur négociation avec le système qui doit offrir le service.

### Modèles de coordination des services

Une première typologie des modèles de coordination des plans de services individualisés pour les personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants, tirée de Robinson et Toff-Bergman (1989), est présentée par Tessier et Clément (1992). Elle est complétée par les réflexions de Chamberlain et Rapp (1991).

D'abord, les écrits de Robinson et Toff-Bergman (1989: voir Tessier & Clément, 1992) présentent la coordination des services selon quatre modèles principaux: (1) un modèle de courtiers de services (broker model); (2) un modèle qui met l'accent sur les forces du client plutôt que sur ses faiblesses (personal strength model); (3) un modèle de réadaptation (rehabilitation model); (4) un modèle de prise en charge totale (full support model).

Comme il sera possible de le constater par la présentation de ces différents modèles, les orientations sont très différentes. Toutefois, ils ont des caractéristiques semblables sous certains traits; structure de coordination, ratio personnel-clients, degré d'instruction du coordonnateur, crédibilité et type de responsabilités de l'intervenant.

### **Le modèle de courtiers de services (broker model)**

Ce modèle a pour objectif principal de mettre l'individu en rapport avec les ressources communautaires. Intagliata (1982) qui en est l'instigateur cherche à introduire en psychiatrie une pratique élaborée d'abord en déficience intellectuelle. Un modèle élargi a été développé par

le "Texas State Wide Case Management Program". Notons que ce modèle porte aussi le nom de "generalist model" car les personnes sont dirigées vers les services spécialisés, contrairement aux autres modèles où les coordonnateurs rendent eux-mêmes les services.

Le tableau suivant, inspiré de Tessier et Clément (1992), donne les principales caractéristiques du modèle des courtiers de services. Il présente, premièrement, une analyse des dimensions plus classiques et, ensuite, une adaptation du modèle en raison des expériences d'utilisation.

Le modèle élargi diffère quelque peu du modèle traditionnel. En effet, le client est plus présent dans le modèle élargi où l'accent est mis sur ses besoins et la défense de ses droits. De plus, l'approche traditionnelle mise sur l'arrimage des demandes du client aux services existants, tandis que l'approche élargie tente d'identifier les nouveaux services à recevoir en sus des services déjà existants. Ici, l'objectif, comme pour l'ensemble du modèle, est de s'assurer que les clients reçoivent des services de ressources autres que celles offertes par le courtier lui-même.

Ce modèle de courtiers de service s'apparente au modèle minimal présenté par Boisvert (1990), lequel se centre sur le dépistage, l'évaluation de la personne, la planification des services et la référence aux fournisseurs de services.

#### **Le modèle qui met l'accent sur les forces du client plutôt que sur ses faiblesses (personal strength model)**

Ce modèle est aussi connu sous le nom de "developmental acquisition model". Le but de l'approche de ce modèle est d'améliorer la qualité de la vie et la performance de la personne en lui donnant toutes les possibilités désirées pour orienter ses choix (Rapp & Chamberlain, 1985). L'intervenant identifie les forces de la personne et crée des situations personnelles et environnementales où il est possible d'expérimenter une certaine forme

de succès et ainsi augmenter l'importance des forces personnelles. De plus, le tissu social est utilisé comme un réseau de ressources disponibles dans l'environnement de la personne.

Le modèle théorique conçu à l'université de Kansas au Missouri a connu deux applications importantes en Ohio et dans l'état de New York. Le tableau suivant présente les caractéristiques de ce modèle.

La différence majeure, entre le modèle théorique et les applications, réside dans la notion de défense des droits et d'empowerment. Dans le modèle actualisé à New York, le processus de prestation de services, de la demande à l'offre, est très important parce que des démarches sont entreprises pour la mise en place de nouvelles ressources ou l'amélioration de services existants. Il y a lieu aussi de noter qu'au lieu d'un individu coordonnateur supervisé par une équipe, le modèle propose une équipe dont les responsabilités de supervision sont partagées.

#### **Le modèle de réadaptation (rehabilitation model)**

Le modèle de réadaptation cherche à aider le client à réussir son programme et à accroître son niveau de satisfaction dans l'environnement social de son choix avec le moins d'aide professionnelle possible. Ce modèle a été développé à l'Université de Boston et appliqué, entre autres, à Toronto (Anthony, Cohen & Farkas, 1990; Cohen, Vitalo, Anthony & Pierce, 1980; Farkas & Anthony, 1989). Le tableau suivant présente les caractéristiques de ce modèle.

Dans le cas du modèle de réadaptation, l'application qui en a été faite à Toronto diffère peu du modèle original. Dans les deux cas, l'identification et l'évaluation des déficits, agissant comme des barrières, sont très importantes.

#### **Le modèle de prise en charge totale (full support model)**

Les volontés du modèle de prise en charge totale sont de diminuer les symptômes et améliorer le niveau de fonctionnement de la personne (Stein &

**Tableau 1**

**Modèle des courtiers de services (broker model)**

	<b>MODELE TRADITIONNEL</b>	<b>MODELE ELARGI</b>
<b>Philosophie-orientation</b>	Insistance mise sur les services et liaison avec les services existants.	Insistance mise sur le client et courtiers de services.
<b>Evaluation</b>	Besoins et diagnostic clinique	Besoins
<b>Structure de coordination</b>	Individu coordonnateur	Individu coordonnateur
<b>Etendue des responsabilités</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Références et courtiers de services</li><li>. Rôle de coordonnateur de services</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Références et courtiers de services</li><li>. Rôle de coordonnateur de services</li><li>. Défense des droits du client</li><li>. Aucune intervention clinique</li></ul>
<b>Ratios personnel-personnes</b>	1:30/50	1:20/40
<b>Scolarité</b>	Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines ou en service social	Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines ou en service social avec expérience

**Tableau 2**

**Modèle qui met l'accent sur les forces du client  
plutôt que ses faiblesses (personal strength model)**

	<b>MODELE THEORIQUE</b>	<b>APPLICATION 1</b>	<b>APPLICATION 2</b>
<b>Éléments-clés</b>	Modèle théorique (Rapp, 1985)	Ohio (Lucas County)	New York (Suffolk County)
<b>Philosophie-orientation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Direction assumée par le client</li> <li>. Conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Direction assumée par le client</li> <li>. Conseiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Direction assumée par le client</li> <li>. Défense des droits du client - Empowerment</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Forces et composantes de la vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Forces et composantes de la vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Composantes de la vie</li> <li>. Plans dirigés par le client</li> <li>. Besoins par rapport aux services disponibles</li> </ul>
<b>Structure de coordination</b>	Individu coordonnateur avec supervision de groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Equipe de coordonnateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Equipe de coordonnateurs</li> </ul>
<b>Étendue des responsabilités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Relation engagée</li> <li>. Motivation</li> <li>. Association avec le client</li> <li>. Enseignement sur l'utilisation des forces</li> <li>. Défense des droits du client</li> <li>. Intervention en temps de crise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Relation engagée</li> <li>. Motivation</li> <li>. Association avec le client</li> <li>. Enseignement sur l'utilisation des forces</li> <li>. Défense des droits du client</li> <li>. Intervention en temps de crise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Relation engagée</li> <li>. Motivation</li> <li>. Association avec le client</li> <li>. Enseignement sur l'utilisation des forces</li> <li>. Défense des droits du client</li> <li>. "Empowerment" (action politique pour la mise en place des ressources inexistantes)</li> </ul>

Tableau 2. (Suite)

Modèle qui met l'accent sur les forces du client  
plutôt que ses faiblesses (personal strength model)

	MODELE THEORIQUE	APPLICATION 1	APPLICATION 2
<b>Ratios personnel-personnes</b>	1:15/20	1:15	1:10
<b>Scolarité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Superviseur: Ph.D. en service social</li> <li>. Coordonnateur: maîtrise en service social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Superviseur: maîtrise en service social, conseiller en éducation ou baccalauréat en sciences humaines</li> <li>. Coordonnateur: professionnel des sciences humaines avec expérience</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Baccalauréat en sciences humaines et quatre années d'expérience</li> <li>. Maîtrise en sciences humaines et deux années d'expérience</li> </ul>

**Tableau 3**

**Modèle de réadaptation (rehabilitation model)**

	<b>MODELE THEORIQUE</b>	<b>APPLICATION A TORONTO</b>
<b>Éléments-clés</b>	. Clarke Institute of Psychiatry (Boston)	. Toronto community resource program
<b>Philosophie-orientation</b>	. Insistance mise sur le client . Réadaptation et coordination intégrées	. Insistance mise sur le client . Réadaptation et coordination intégrées
<b>Evaluation</b>	. Forces . Déficits . Composantes de la vie . Habilités fonctionnelles . Objectifs	. Forces . Déficits . Composantes de la vie . Habilités fonctionnelles
<b>Structure de coordination</b>	. Individu coordonnateur	. Individu coordonnateur
<b>Etendue des responsabilités</b>	. Enseignement des habiletés . Défense des droits du client	. Enseignement des habiletés . Défense des droits du client
<b>Ratios personnel-personnes</b>	1:10/25	1:25/35
<b>Scolarité</b>	. Baccalauréat, maîtrise en sciences humaines, ou diplôme supérieur	. Baccalauréat, maîtrise en sciences humaines, baccalauréat avec expérience

Test, 1980, 1985: voir Tessier & Clément, 1992). Il a été développé à partir d'une expérimentation effectuée en milieu hospitalier à Madison et appliquée à Charleston et à Chicago. Le tableau suivant présente les caractéristiques de ce modèle.

Dans l'application faite à Chicago, le diagnostic clinique disparaît du modèle original et met en évidence les notions de forces, de déficits et de besoins. Dans le même sens, la gestion de la médication est étendue à la gestion de la vie quotidienne.

Le "modèle de prise en charge totale" est semblable au modèle québécois de coordination proposé par Boisvert (1990) et ce, particulièrement par les aspects du dépistage, du travail avec la personne et de la planification des services. Tessier et Clément (1992) mentionnent que Chamberlain et Rapp (1991) ajoutent une dimension à la coordination des plans de services individualisés qui privilégie l'interaction "client-coordonnateur" (clinical case management) où le coordonnateur des services s'intéresse aux besoins émotifs de la personne tout en lui assurant la coordination des services dont elle a besoin.

De l'analyse des différents modèles de coordination présentés, il est possible de tirer certains constats. D'abord, le système de soutien à la personne comprend des éléments de son environnement comme les ressources naturelles et les services non officiels dans la communauté. Les services sont généralement dispensés dans le milieu de vie de la personne: à son domicile ou ailleurs dans sa communauté. Les coordonnateurs ont des contacts très fréquents, voire hebdomadaires, avec la personne dans un travail à long terme, sans limite dans le temps.

Dans le modèle de "courtiers de services", l'évaluation est plutôt administrative ayant pour but d'identifier les besoins et de diriger la personne vers les services appropriés. Ce modèle, axé sur les forces de la personne, vise à identifier et à soutenir un comportement positif qui lui permet de mieux se développer. La personne acquiert une habileté à

prendre les décisions qui lui apparaissent les meilleures et à diriger elle-même son plan de services. Dans le modèle de réadaptation, le fonctionnement de l'individu dans son environnement oriente l'identification de ses forces et de ses déficits. À partir d'objectifs généraux de réadaptation, une évaluation fonctionnelle permet d'identifier les habiletés présentes chez les personnes par rapport à celles requises pour réaliser les objectifs. Par la suite, il y a une évaluation des habiletés présentes et requises en terme d'intervention à entreprendre pour atteindre le but fixé. Les cas de "prise en charge totale" exigent une approche plus clinique. Contrairement aux autres modèles, l'évaluation comprend un diagnostic clinique en plus d'une évaluation des composantes de la vie courante et les décisions sont prises par une équipe multidisciplinaire.

Les modèles de "courtage de services", qui mettent l'accent sur les forces des clients, et le "modèle de réadaptation" prévoient, tous deux, un coordonnateur comme agent auprès de la personne. Cet agent est en étroite relation avec cette personne. Dans le modèle de "prise en charge totale", ce travail est confié à une équipe multidisciplinaire qui assure le traitement, sur une base continue, tout comme les services de réadaptation et de coordination. Le choix entre ces deux options découle de la perception que le système a du rôle du coordonnateur: distribuer tous les services ou s'assurer qu'ils sont distribués par d'autres.

La réponse du coordonnateur ou de l'équipe aux demandes de la personne, le dépistage et les ressources relationnelles sont comblés par le "modèle mettant l'accent sur les forces du client", le "modèle de prise en charge totale" et le "modèle clinique". Quant au "modèle de courtage" et au "modèle de réadaptation", il n'y a pas d'intervention en temps de crise.

De plus, certaines fonctions de base sont exercées par le coordonnateur: le dépistage et l'identification des clients, l'évaluation individualisée, la planification individualisée des services, la relation avec les

**Tableau 4**

**Modèle de prise en charge totale (Full support)**

	<b>MODELE THEORIQUE</b>	<b>APPLICATION</b>	<b>APPLICATION</b>
<b>Eléments-clés</b>	Stein et Test (1980, 1985)	CMHC Charleston	Bridge - Thresholds Chicago
<b>Philosophie-orientation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insistance mise sur les services</li> <li>. Activités cliniques et coordination intégrée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insistance mise sur les services</li> <li>. Activités cliniques et coordination intégrée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insistance mise sur les services</li> <li>. Activités cliniques et coordination intégrée</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Composantes de la vie</li> <li>. Diagnostic clinique</li> <li>. Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Composantes de la vie</li> <li>. Diagnostic clinique</li> <li>. Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Forces</li> <li>. Déficiés</li> <li>. Composantes de la vie</li> <li>. Besoins</li> <li>. Intervention</li> </ul>
<b>Structure de coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Equipe multidisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Equipe multidisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Equipe multidisciplinaire</li> </ul>
<b>Etendue des responsabilités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Intervention clinique</li> <li>. Défense des droits du client</li> <li>. Soins complets</li> <li>. Services directs (gestion de la médication)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Intervention clinique</li> <li>. Soins complets</li> <li>. Services directs (gestion de la médication)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Intervention clinique</li> <li>. Soins complets</li> <li>. Services directs (gestion de la vie quotidienne)</li> </ul>
<b>Ratios personnel-personnes</b>	1:7	1:10	1:10
<b>Scolarité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines (quelques généralistes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines ou diplôme supérieur</li> </ul>

services requis, la surveillance de la distribution des services et la consultation pour le client (Levine & Fleming, 1985). L'importance accordée à l'une ou l'autre varie selon les modèles. Il y a lieu, cependant, d'ajouter les fonctions concernant l'intervention en temps de crise, la consultation à l'intérieur du système et l'assistance directe pour la gestion des systèmes.

La formation professionnelle des coordonnateurs est importante quoiqu'elle diffère selon les orientations des modèles. Elle est de niveau post-secondaire, préférablement de niveau universitaire et même de la maîtrise. La discipline professionnelle la plus souvent requise est le service social. L'expérience et l'empathie demeurent également des atouts précieux.

Il faut aussi considérer deux autres aspects: (1) la population visée varie selon les différents modèles même si, dans l'ensemble, les personnes présentant le plus de difficultés sont les plus mentionnées; (2) les ratios personnel-clients sont, en général, assez élevés, se situant entre 1/10 et 1/25.

En résumé, l'étude de ces différents modèles permet de tracer certains traits communs: (1) il faut tenir compte du milieu naturel pour élaborer le système de soutien à la personne; (2) le processus d'évaluation des besoins de la personne change selon les différents modèles de coordination; (3) la coordination des différentes étapes de processus de planification peut être confiée à un agent coordonnateur ou à une équipe multidisciplinaire; (4) plusieurs fonctions communes touchant la coordination se retrouvent dans l'ensemble des modèles; et (5) la formation des intervenants, la population visée et les ratios personnel-clients sont autant de variables qui dépendent des modèles.

### **Rôles et fonctions du coordonnateur de plan de services individualisé**

L'analyse des écrits actuels permet de dégager deux dimensions à la coordination. La première est centrée sur la personne elle-même, dimension que Tessier et Clément (1992) nomment "le suivi

continu"; et l'autre dimension, est axée sur les services requis par le client, donc sur le système.

### **Fonctions "liées à la personne"**

Il est nécessaire que le coordonnateur identifie rapidement une personne en besoin de services et s'associe avec elle pour trouver et planifier des solutions. Cette activité, "centrée sur la personne", a pour but d'évaluer sa situation, ses besoins d'aide dans les différentes sphères de sa vie et son degré de réceptivité face à cette aide. La majorité des auteurs s'entendent sur les fonctions suivantes reliées à cette composante de la coordination des services: (1) le dépistage ou l'identification de la clientèle, (2) l'évaluation de la personne, (3) le travail avec la personne et (4) la planification individualisée des services.

#### *Le dépistage ou l'identification de la clientèle*

L'opération dépistage ou identification de la clientèle consiste à identifier le plus rapidement, en bas âge, les personnes en besoin de services ainsi que les personnes à risque de dévalorisation qui présentent notamment des problèmes de santé mentale, des troubles de comportement ou des problèmes d'adaptation avec lesquelles le coordonnateur sera appelé à travailler. Les populations cibles peuvent être les individus eux-mêmes en besoin de services, leur famille, leur voisinage ou même des dispensateurs de services qui lui font alors parvenir des informations par le biais d'une référence (Levine & Fleming, 1985; Weil, 1985).

#### *L'évaluation des besoins de la personne*

Pour bien répondre aux besoins de la personne, il est nécessaire d'en faire une évaluation adéquate. L'évaluation a été traitée par plusieurs auteurs (Levine & Fleming, 1985; Intagliata, 1982; Moxley, 1989; Rubin, 1987; Weil, 1985). En bref, l'évaluation a pour but de créer un lien avec le client, de connaître sa situation et son niveau de fonctionnement social, d'identifier son réseau familial et communautaire, ses besoins d'aide et son

attitude face à cette aide. Elle devra tenir compte, à la fois, de la réalité du client, de ses capacités, des ressources et besoins et des services auxquels il peut avoir accès (Turcotte, 1993).

### *Le travail avec la personne*

Le travail avec la personne consiste à l'aider dans tous les aspects de la prestation des services qu'elle doit recevoir des fournisseurs de services et, si le besoin s'en fait sentir, à l'accompagner lors de l'application des plans d'intervention.

Tessier et Clément (1992) analysent les différentes facettes du travail avec la personne selon les trois principaux modèles. Dans le "modèle axé sur le client", le coordonnateur aura une relation engagée, de la motivation. Il travaillera en association avec le client et pourra dispenser un enseignement sur l'utilisation des forces de la personne. Dans le "modèle de réadaptation", il y a lieu de parler d'enseignement des habiletés. Finalement, dans le "modèle de prise en charge totale", il est question d'interventions cliniques, de soins complets, de gestion de la médication et de gestion des activités de la vie quotidienne.

Moxley (1989) mentionne que le coordonnateur peut aussi intervenir directement auprès du client pour améliorer ses habiletés de communication, pour l'accompagner dans le dénouement des situations de crise ou pour l'aider à développer ses compétences sociales. Dans ces cas de situations de crise, le coordonnateur est la personne désignée pour entreprendre les mesures nécessaires au rétablissement de la situation normale, le tout en concertation avec la personne elle-même si possible, sa famille ou son représentant (Moxley, 1989; Tessier & Clément, 1992). Tessier et Clément (1992) mentionnent que les interventions du coordonnateur en temps de crise se retrouvent particulièrement dans le "modèle axé sur les forces du client" et dans le "modèle de prise en charge totale".

### *La planification individualisée des services*

La planification individualisée des services permet de déterminer les objectifs pour la personne en accord avec les attentes des responsables de la coordination, les possibilités du programme, les aspirations et les préférences du client (Levine & Fleming, 1985; Steinberg, 1983).

Selon Moxley (1989), la planification consiste à faciliter l'articulation d'un plan d'action intégrant la mise à contribution d'intervenants professionnels et de membres du réseau naturel de la personne. Dans l'élaboration de ce plan, l'accent est mis sur la progression et la complémentarité des ressources disponibles dans la communauté. Selon ce même auteur, la planification comporte cinq étapes: l'identification des besoins prioritaires, la traduction de ces besoins en objectifs généraux d'intervention, l'identification des rôles et responsabilités des ressources pertinentes, l'établissement d'un échéancier et l'identification d'indicateurs qui permettront de superviser et d'évaluer le plan de services.

Avec Despins (1990), il s'agit d'assurer la cohérence des interventions et des plans d'intervention de la personne. La planification permet d'élaborer un éventail de services individualisés et de services de support en utilisant les ressources du client et de son milieu afin qu'il puisse fonctionner de façon autonome et avec les services adéquats. Notons la caractéristique d'individualité apportée à cette fonction qui met en évidence l'importance de travailler en fonction des besoins spécifiques de la personne. Pour Steinberg (1983), cela consiste à élaborer un éventail de services individualisés et de services de support qui répondent aux besoins et aux priorités de la personne, tout en tenant compte des limites de temps. Il ajoute, de plus, que la planification des services permet d'utiliser les ressources des clients et de leur milieu pour "maximiser" le potentiel de l'individu et de son environnement afin qu'il puisse fonctionner de façon

autonome et se référer aux services adéquats.

Dans les modèles québécois, à cette étape, Boisvert (1992) parle de la préparation de la rencontre visant l'élaboration de plan de services individualisé. Pour ce faire, le coordonnateur doit assembler les documents, les évaluations et les renseignements sur la personne. Il prépare la rencontre en désignant les membres de l'équipe interdisciplinaire potentielle, en la complétant au besoin, en intégrant les nouveaux membres et en les informant de leurs rôles et fonctions. Finalement, il établit le calendrier des réunions. Lors de la réunion, il oriente et intègre la personne dans l'équipe interdisciplinaire, anime et facilite le travail d'équipe en favorisant la prise de décision par consensus. Il peut aussi présenter la personne et contribue à la précision des besoins (Boisvert & Ouellet, 1990; Côté, Dufour, Pilon & Tremblay, 1989; Despins, 1990).

#### **Fonctions "liées à la prestation des services"**

La mise en application, la révision et l'évaluation du processus de plans de services incombent à la principale ressource qui dispense les services à la personne concernée. C'est le deuxième niveau de préoccupation de la coordination. Il s'agit ici de la création de liens formels et informels entre la personne ou son représentant, sa famille et les fournisseurs de services. De plus, elle comprend la promotion des intérêts de la personne et doit assurer l'accessibilité, la disponibilité, la "dispensation", le développement et la qualité des services. S'y retrouvent les fonctions suivantes: (1) la défense des droits de la personne et sa représentation, (2) la coordination du plan de services et la demande de développement des ressources, (3) le développement d'un système de support naturel, (4) la surveillance de la qualité et l'évaluation des services et, enfin, (5) l'éducation du public.

#### ***La défense des droits de la personne et sa représentation (advocacy)***

Le système a le devoir d'informer la personne de ses droits et de l'aider à les défendre (Côté *et al.*, 1989;

Despins, 1990). En cas d'absence ou de "dispensation" inadéquate des services ou même quand les établissements résistent à créer de nouveaux services et dans les situations où les canaux informels n'ont pas été efficaces, il peut arriver que le coordonnateur doive recourir à des moyens de pression formels comme les rappels officiels à l'administration des établissements ou à des demandes d'appui de groupes de citoyens, d'associations diverses et même de consultants juridiques (Levine & Fleming, 1985; Weil, 1985). Cette fonction essentielle se retrouve dans tous les modèles de coordination décrits par Tessier et Clément (1992).

#### ***La coordination du plan de services et la demande de développement des ressources***

Le coordonnateur doit rester en relation avec la personne pour avoir une meilleure compréhension de son plan de services (Côté *et al.*, 1989; Despins, 1990) et pour percevoir tout changement dans sa situation (Turcotte, 1993). Il doit assurer l'implantation des décisions prises par l'équipe du plan de services et repérer les ressources ou services additionnels requis par la personne. (Côté *et al.*, 1989; Laurendeau, 1989).

Dans le "modèle de courtage de service", une fois l'évaluation et la planification terminées, le client est mis en contact avec les services et ressources disponibles en le référant aux endroits appropriés et, au besoin, en travaillant à éliminer les facteurs qui font obstacle à l'utilisation de ces services (Moxley, 1989; Tessier & Clément 1992). Pour Weil (1985), le coordonnateur doit utiliser des mécanismes formels comme des ententes entre les dispensateurs de services spécifiant les rôles, les responsabilités de chacun, les critères d'admission et les procédures de la collaboration.

Pour s'assurer que les services sont correctement dispensés, le coordonnateur doit être en contact avec chacun des intervenants qui entrent en relation avec la personne dans le cadre des plans d'intervention prévus lors de la réunion du plan de services. Il doit

travailler avec les dispensateurs de services afin d'être mis au courant de l'évolution de la situation et faire en sorte que l'information dont ils disposent est globale et à jour (Turcotte, 1993). Pour Weil (1985), il ne s'agit pas pour le coordonnateur de fournir lui-même les services, mais de négocier les horaires, d'amener les dispensateurs à travailler entre eux dans le souci des dimensions interpersonnelles et interprofessionnelles des différents services.

De plus, il devra voir à ce que les échanges entre les dispensateurs de services sont conformes aux attentes des personnes en besoin et aux ententes formelles ou informelles préalablement établies. C'est ce que Tessier et Clément (1992) appelleront la "consultation à l'intérieur du système" et Levine et Fleming (1985), la "relation avec les services requis".

Pour Despins (1990), il faut éviter les doublages ou les carences de services. De plus, dans l'éventualité où les services requis sont inexistantes, le coordonnateur doit voir à ce que les dispensateurs offrent les services nécessaires. C'est ici qu'entre en jeu une nouvelle notion, celle "d'empowerment" ou action politique pour la mise à jour des ressources existantes. (Tessier & Clément, 1992).

### ***Le développement d'un système de support naturel***

Cette fonction de coordination permet à la personne d'être plus autonome dans la communauté et avec l'aide des individus de la collectivité. Elle suppose de créer des liens avec ceux-ci et de les appuyer dans leurs efforts d'intégration. Le coordonnateur devient le lien entre la population, le milieu naturel et la personne elle-même qui veut y jouer un rôle valorisé et valorisant. Moxley (1989) ajoute que le coordonnateur devrait aussi faire des interventions indirectes auprès des organisations formelles, des ressources informelles et auprès de la communauté afin d'améliorer la réponse aux besoins du client.

### ***La surveillance de la qualité (supervision) et l'évaluation des services***

La surveillance de la distribution des services (Levine & Fleming, 1985) est certainement l'une des principales fonctions de la coordination des services. Elle doit assurer l'implantation des décisions prises par l'équipe (Côté *et al.*, 1989).

Pour Weil (1985), la supervision a pour but de vérifier que la personne reçoit bien les services attendus et entendus et que ceux-ci sont nécessaires et appropriés pour elle. C'est ici que se rencontrera peut-être le plus d'obstacles organisationnels: hiérarchie, statut professionnel, système de valeurs, optiques différentes des problèmes et priorité de certaines solutions.

Dans le modèle québécois (Despins, 1990), il est nécessaire de s'assurer de l'atteinte des objectifs inscrits au plan de services. Laurendeau (1989) ajoute que le coordonnateur doit s'assurer de la concordance des objectifs des plans d'intervention avec les objectifs privilégiés au plan de services. Il est responsable du suivi et de la révision du plan de services. Pour Despins (1990, p.68) "le coordonnateur ne joue donc pas un rôle coercitif... Il est plutôt un facilitateur qui a une vision globale des besoins de la personne".

La fonction d'évaluation a pour but de vérifier la qualité de la dispensation des services et d'amener les différents partenaires à échanger et à collaborer entre eux de façon à offrir la réponse la plus adéquate possible aux besoins de la personne. Le coordonnateur est directement engagé dans l'évaluation des services dispensés en jugeant des progrès de la personne et des problèmes existants, en concertation avec les personnes concernées et cela de façon à susciter les ajustements nécessaires à la prestation des services. Selon Despins (1990), s'il le faut, il faudra même convoquer de nouveau une réunion sur un ou plusieurs aspects du dernier plan

de services. Pour Boisvert et Ouellet (1990), le coordonnateur doit s'assurer que les évaluations et les services ne sont pas limités aux ressources dont disposent les établissements mais plutôt en rapport direct avec les besoins de la personne visée.

### *L'éducation du public*

Sur une échelle plus générale, le coordonnateur peut être appelé à informer le public des réalités vécues par les personnes en besoin de services. Il peut le faire par le biais des dispensateurs de services, des associations diverses ou par des actions directes dans la collectivité.

En résumé, les auteurs identifient deux dimensions à la coordination en ce qui a trait aux fonctions du coordonnateur: (1) les fonctions liées à la personne et (2) les fonctions liées à la prestation des services.

Le dépistage ou l'identification de la clientèle est la première fonction liée à la personne. Elle consiste à identifier la clientèle avec laquelle sera appelé à travailler le coordonnateur. L'évaluation des personnes permet de connaître cette clientèle et de bien déterminer ses besoins en termes de services. Le travail avec la personne consiste à l'aider dans tous les aspects des services qu'elle doit recevoir et cela aussi bien dans les services planifiés qu'en situation de crise. La planification individualisée des services correspond à toutes les actions permettant

de privilégier les objectifs à atteindre, d'identifier les rôles et les responsabilités des ressources, d'établir un échéancier et d'identifier les critères de réussite de l'intervention. Ce rôle correspond à l'élaboration de la rencontre de plan de services individualisé.

Dans les fonctions liées à la prestation de services, on retrouve la défense des droits de la personne et sa représentation alors que le coordonnateur peut devoir faire appel aux pouvoirs politiques pour que le système réponde aux besoins de la personne. Ce pouvoir politique peut être aussi interpellé quand il s'agit du développement de nouvelles ressources ou du respect des ententes entre les ressources déjà existantes, c'est là qu'on parle de la coordination des services. Dans cet esprit et en fonction d'une approche globale de la personne, le coordonnateur ne doit pas négliger le développement d'un système de soutien naturel qui permettra à la personne de rester présente dans la collectivité. La surveillance de la qualité et l'évaluation des services est sans contredit, l'un des rôles les plus importants du coordonnateur. Il doit voir à ce que la personne reçoive non seulement les services attendus mais aussi les services entendus avec les ressources. Sans être coercitif, c'est tout de même un rôle de superviseur de la "dispensation" des services que le coordonnateur est appelé à adopter. Finalement, l'éducation du public, de façon plus générale, est une autre tâche qui peut être dévolue au coordonnateur.

## **EXPECTED ROLES AND COORDINATORS OF INDIVIDUAL SERVICES PLANS**

This first of two studies presents, from literature review, the problematic of the coordination of the planification in educative, adaptative or readaptative settings for persons with scolar ou social mainstreaming difficulties, or behavioral disorder.

The identification of expected roles in coordination of the services have been realised through the description of problems in deinstitutionalization in socio-medical services and in scolar mainstreaming process. This article describes also the outcoming changes from "quebecese" laws of these two domains who support the individualized planning of services.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M. (1990) *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University, Sargent College of Allied Health Professions.
- AUSTIN, C. (1983) Case Management in Long-Term Care: Options and Opportunities. *Health and Social Work*, 8, 16-30.
- BERNSTEIN, A. (1981) *Case Managers: who are they are they making any difference in mental health services delivery*. Thèse de doctorat inédite de l'University of Georgia (U.M.I.).
- BOISVERT, D. (1990) *Le plan de services individualisé, participation et animation*. Montréal: Editions Agences d'ARC.
- BOISVERT, D., OUELLET, P. A. (1990) Une équipe de travail dynamique. Dans: Boisvert, D. (Éd.), *Le plan de services individualisé, participation et animation*. Montréal: Éditions Agences d'ARC.
- CHAMBERLAIN, R., RAPP, C. A. (1991) A Decade of Case Management: A Methodological Review of Outcome Research. *Community Mental Health Journal*, 27(3), 171-188.
- CHAMPAGNE, N. (1992) Plan de services individualisés: concept théorique et pratique. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 3(1), 59-73.
- COHEN, M. R., VITALO, R. L., ANTHONY, W. A., PIERCE, R. M. (1980) *The Skills of Community Service Coordination*. Baltimore: University Park Press.
- COTE, R., DUFOUR, C., PILON, W., TREMBLAY, M. (1989) *Guide d'élaboration des plans de services et d'intervention*. Québec: Université Laval, G.R.E.D.D.
- DESPINS, S. (1990) Des services planifiés. Dans: Boisvert, D. (Ed.). *Le plan de services individualisé, participation et animation*. Montréal: Editions Agences d'ARC.
- GOUPIL, G. (1991) *Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- HARVEY, M. (1991) Grandeur et misères du plan de services individualisé. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 2(2), 143-153.
- INTAGLIATA, J. (1982) Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 655-674.
- KEMP, B. J. (1981) The Case Management Model in Human Service Delivery. *Annual Review of Rehabilitation*, 2, 212-238.
- LAURENDEAU, R. (1989) *Plan de services, plans d'intervention*. Guide méthodologique. Hull: Université du Québec à Hull.
- LEVINE, I. S., FLEMING, M. (1985) *Issues in Case Management*. Maryland: Center of Rehabilitation and Manpower Services.
- MARCEAU, M. P. (1987) *La coordination des plans de services*. Montréal: Centre des Services Sociaux du Montréal Métropolitain.
- MOXLEY, D. P. (1989) *The Practice of Case Management*. Beverly Hills: Sage.
- RUBIN, A. (1987) *Case Management*. *Encyclopedia of Social Work*. Silver Spring: National Association of Social Workers.
- STEINBERG, R. (1983) *Case Management and the Elderly's Handbook for Planning and Adminstrating Programs*. Lexington: Lexington Books.
- TESSIER, L., CLEMENT, M. (1992) *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- TURCOTTE, D. (1993) *L'implantation du plan de services individualisé en protection de la jeunesse. Le cas du CSS de l'Outaouais*. Québec: Laboratoire de recherche de l'Ecole de service social de l'Université Laval.
- WEIL, M. (1985) *Case Management in Human Service Practice*. A Systematic Approach to Mobilizing Resources for Clients. San Francisco: Jossey-Bass.