

## PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ: CONCEPT THEORIQUE ET PRATIQUE

Noël Champagne

La prestation des services de santé d'adaptation/réadaptation des services sociaux et scolaires pour les personnes comporte un ensemble de problèmes. Ces derniers sont liés à l'accessibilité, la bureaucratisation, la fragmentation et au dédoublement des services et à des lacunes liées à la planification, l'information, la coordination et le financement.

L'approche du plan de services individualisé, apparaît de plus en plus comme un élément de solution face à cette problématique.

L'article tente de circonscrire l'origine, la définition, le système d'application et les courants de pratiques de l'approche. Au-delà de sa réalité utilitaire et mécanique, le plan de services individualisé présente un contexte théorique et pratique à la fois vaste et diversifié.

La mouvance de ce contexte émerge et s'oriente dans le partage d'encadrement conceptuel et pratique. Tout le champ interactionniste des caractéristiques de la personne et de son environnement de plan de services en constitue la base.

Le fait de recourir à de l'aide suite à une difficulté apparaît pour les humains en général comme un phénomène naturel et normal au cours d'une vie. La nature de l'aide peut varier en fonction de la difficulté rencontrée. Certaines difficultés ou problèmes sont parfois complexes et nécessitent de l'aide dite "spécialisée". Les personnes recourent à cette forme d'aide suite à de la maladie, des accidents, des catastrophes, des problèmes sociaux, des problèmes liés à la consommation de nourriture, d'alcool, de drogue et finalement pour toutes difficultés qui placent la personne dans un état de déséquilibre soit personnel et/ou avec son environnement social et physique.

L'accès à de l'aide et principalement à de l'aide dite "spécialisée" représente pour les personnes un problème en soi, qu'il soit de l'ordre des obstacles

tant sociaux que physiques. Le système d'aide, tant dans sa configuration organisationnelle qu'humaine, présente aussi un problème pour le consommateur des services d'aide; le milieu hospitalier en est un exemple. Pour la personne en difficulté, le système de services apparaît bureaucratique, fragmenté et dédoublé dans la prestation. Les rôles et les responsabilités des ressources humaines ne sont pas compris et globalement, la personne se sent désemparée.

Face à cette problématique, certaines approches d'intervention tentent de faciliter l'accès des individus aux services et leur cheminement à l'intérieur du système. Ces approches visent à pallier à la fragmentation des services et aux lacunes reconnues qui sont liées à la planification, à l'information, à la coordination et au financement. L'approche du plan de services individualisé est de plus en plus perçue comme un élément de solution de cette problématique.

---

Noël Champagne, Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, études avancées.

## CONTEXTE THEORIQUE

### Origine de l'approche du plan de services individualisé

Le plan de services individualisé tire son origine des pratiques de service social. Le problème de l'accès et de la complexité des services d'aide est connu depuis le début du siècle (Richmond, 1922, 1930; Robinson, 1930) et la gestion personnalisée (case management) est apparue comme un élément de solution. Plusieurs auteurs (Austin, 1983; Bailey, 1989; Baker et Weiss, 1984; Capitman et al. 1986; Dunst et Trivette, 1989; Hepworth et Larsen, 1982; Johnson et Rubin, 1983; Kemp, 1981; Labrecque-Marceau, 1987; Levine et Fleming, 1985; MacEachron et al 1986; Platman, 1982; Rubin, 1987; Weil et Karls, 1985) associent l'approche du plan de services individualisé à la méthode de service social traditionnelle. Les préoccupations des praticiens du début du siècle sont encore d'actualité: la primauté de la personne, composer avec les ressources de la personne et de son milieu, le support conseil, l'intégration des services et le financement. Dans le domaine de la santé mentale et de la santé physique, principalement aux Etats-Unis, l'approche de la gestion personnalisée (case management) est appliquée sous cette terminologie et poursuit un essor important.

L'approche du plan de services individualisé a évolué non seulement à cause des pratiques professionnelles en travail social mais aussi à cause du mouvement des droits de la personne. L'organisation des Nations Unies a adopté diverses lois faisant valoir les droits et les libertés de la personne: 1948, déclaration universelle des droits de l'homme; 1959, déclaration des droits de l'enfant; 1971, déclaration des droits du déficient mental; 1975, déclaration des droits des personnes handicapées et la proclamation de la période 1983-1992 comme décennie des personnes handicapées.

Le principe dix de la déclaration des droits des personnes handicapées stipule que les gouvernements et tous les secteurs de la société doivent se consulter

afin d'assurer la cohérence dans l'affectation des ressources pour prévenir les déficiences et pour faciliter la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées dans tous les aspects de la vie sociale. Chaque pays membre de l'organisation a aussi fait adopter des lois et émis des politiques touchant la protection des citoyens. Tous les aspects légaux, tant aux Etats-Unis, au Canada, au Québec et en Europe, sont largement discutés dans l'ensemble de la littérature (Bailey, 1989 a; Boisvert, 1990; Lavoie, 1989; Dunst et Trivette, 1989; Voïtchovska, 1987; Lussier, 1986; Krauss, 1990; Intagliata, 1982).

A partir des années 50, dans le mouvement des droits de la personne, des courants idéologiques basés sur les tendances majeures des principales théories sociales et psychologiques (Bandura, 1977, 1982; Maslow, 1970; Rogers, 1972; Skinner, 1978), se sont développés: les courants de la normalisation (Wolfensberger, 1972; Wolfensberger et Eleem L., 1975; Wolfensberger, 1984; Wolfensberger et Tulman, 1982; Wolfensberger et Thomas, 1983), du développement de la personne en général, de la théorie générale des systèmes (Bertalanfy, 1968), de l'écologie sociale (Bronfenbrenner, 1979), et de la classification internationale (Wood, 1980; O.P.H.Q., 1984; Fougeyrollas, 1987). Ces courants ressortent comme des éléments majeurs de l'approche du plan de services individualisé.

L'approche origine aussi du mouvement de la protection des consommateurs et se fonde sur les théories et pratiques de la psychologie communautaire (Rappaport et Chinsky, 1974; Rappaport, 1977) et principalement sur la théorie de "l'empowerment" (Rappaport, 1981, 1987; Dunst et Trivette, 1989; Zimmerman et Rappaport, 1988).

Ce courant stipule que la personne est capable de négocier et de s'approprier les systèmes de services et que cette appropriation (empowerment) a comme conséquence de permettre à la personne d'agir sur son environnement plutôt que de le subir, d'en dépendre ou de s'aliéner.

Finalement, l'approche du plan de services individualisé a aussi évoluée dans le cadre des théories et pratiques générales de l'administration et de la gestion des affaires humaines et sociales: le budget de programme (Jacques et Paquin, 1977), l'évaluation de programme (Rossi et Freeman, 1985), l'administration sociale et publique (Perron, 1986), le développement organisationnel (Côté et al., 1986), la structure des organisations et leur fonctionnement (Mintzberg, 1982, 1986, 1990).

### Définitions

Le *plan de services* est défini comme un outil de planification et de coordination des services individualisés visant globalement à donner un sens, une direction à la personne et à son milieu, dans le cheminement de leurs actions, des actions des intervenants, des programmes, des établissements et de divers organismes, tout en tenant compte du contexte culturel et légal.

Dans le cadre de cette définition, le plan de services comprend des buts, des objectifs, des moyens, un échéancier, des éléments d'évaluation et des personnes responsables. L'approche du plan de services imbrique deux autres notions fondamentales, soit le plan d'intervention et le plan conjoint d'intervention.

Le *plan d'interventions* est un outil de coordination et de planification permettant l'organisation systématique des actions que compte entreprendre un intervenant en vue de seconder la personne en difficulté dans la solution de ses problèmes. Le plan doit aussi comprendre des buts, des objectifs, un échéancier, une évaluation et des recommandations.

Le *plan conjoint d'interventions* est un outil de coordination et de planification permettant l'organisation systématique des actions communes que comptent entreprendre plusieurs intervenants (habituellement d'un même établissement), en vue de seconder la personne en difficulté dans la solution de ses problèmes.

Les définitions de plan de services et de plan d'interventions tendent vers l'unanimité dans la littérature sur le sujet et dans les milieux de pratique. Toutefois, la notion de plan conjoint d'intervention est moins courante. Elle permet cependant de mieux cerner les aspects disciplinaires et d'organisation de services dans un même milieu d'intervention et de distinguer ces mêmes aspects qui sont également contenus dans le plan de services individualisé.

### Système d'application

La plupart des organismes du système de santé, de services sociaux et d'éducation doivent rédiger dans un plan les actions qu'elles comptent entreprendre auprès d'une personne dans le besoin. Le plan d'intervention, dans sa définition générale, apparaît donc comme une obligation légale, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour le plan de services. Au Québec, jusqu'au mois d'août 1991, cette obligation apparaissait comme énoncé général à l'article 4 dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.-9, L.S.-5) et de façon spécifique dans le règlement R.-6, portant sur l'organisation et l'administration des établissements. L'article 42 du même règlement stipule qu'un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire admis ou inscrit dans un centre de réadaptation et comprend: l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des services ainsi qu'une mention de sa révision aux quatre-vingt-dix jours.

Cette obligation apparaît aussi dans la Loi sur l'instruction publique (L.Q., 1988, chapitre 84, article 47). L'article précise que le directeur d'école, avec l'aide des parents d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, du personnel qui dispense des services à cet élève établit un plan d'intervention adapté aux besoins de l'élève. Les articles 187 et 235 viennent encadrer certains aspects normatifs et structuraux. Tous les éléments liés au plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire sont

largement précisés dans une documentation récente (Goupil, 1991).

La notion de plan de services individualisé qui incite la concertation et la coordination entre la personne, sa famille, ses proches, les établissements et différents organismes apparaît de plus en plus, et principalement au Québec, dans les nouvelles politiques gouvernementales (Gouvernement du Québec, 1990; O.P.H.Q., 1989; Lavoie, 1989, Pelletier, 1987, 1988). Dans cette perspective, le projet de Loi 120 portant sur la réforme des services de santé et des services sociaux sanctionné en septembre 1991 à l'assemblée nationale du Québec (1991) est explicite sur les notions de plan d'interventions et de plan de services. Ces notions de plan d'interventions et de plan de services apparaissent comme distinctes et recourent deux réalités différentes et interdépendantes. L'article 10 spécifie le droit de l'usager de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être et notamment le droit de participer à l'élaboration et à la modification de son plan d'interventions et de son plan de services. Les articles 101 et 102 énoncent les obligations des établissements et clarifient les modalités de prestation de services à l'égard des éléments d'accessibilité, de continuité, de complémentarité entre les établissements et les ressources du milieu. Les articles 103 et 104 spécifient l'obligation de chaque établissement d'élaborer un plan d'interventions et d'en assurer la coordination parmi les intervenants concernés et, lorsque l'usager reçoit des services de plusieurs intervenants de différents établissements, l'obligation d'élaborer un plan de services pour l'établissement qui dispense la majeure partie des services ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux. Chaque plan doit être élaboré, en collaboration avec l'usager et contenir un échéancier relatif aux évaluations et aux révisions. L'article 104 introduit de plus un élément de souplesse en mentionnant que les plans peuvent être modifiés en tout temps en collaboration avec l'usager, pour tenir compte de circonstances nouvelles. Finalement, l'article 105 fixe la mission, les services, les ressources de l'établissement en conformité avec les plans

régionaux élaborés en Régie et dont les objectifs sont établis par le Ministre. Les paramètres des services de l'établissement sont soumis à l'approbation de la Régie régionale.

Aux Etats-Unis et dans plusieurs milieux de pratique au Québec, les notions de plan d'interventions et de plan de services apparaissent indistinctement sous un ensemble d'acronymes: plan d'éducation individualisé (P.E.I., I.E.P.), plan d'intervention personnalisé (P.I.P.), plan de programmation individualisé (P.P.I., I.P.P.), plan de réadaptation individualisé (P.R.I., I.H.P.) et de plan individualisé par objectifs (P.I.P.O.). Toutefois, aux Etats-Unis, la notion de plan de services individualisé tend, depuis 1986, à se préciser et principalement dans le cadre de la Loi 99-457 portant sur les enfants handicapés. Cette loi à caractère incitatif vise la clientèle des enfants handicapés de zéro à trois ans et leur famille et, depuis 1990, son application est extensionnée aux enfants de trois à cinq ans (Krauss, 1990); elle apparaît sous l'appellation de plan de services à la famille (IFSP).

Globalement, compte tenu de la littérature et à l'instar de l'Office des personnes handicapées du Québec, il importe de rappeler que le plan d'intervention vise un ou plusieurs intervenants d'une même organisation et que le plan de services concerne plusieurs intervenants de plusieurs milieux, établissements publics ou autres organismes. Toutefois, la notion de plan conjoint d'intervention apparaît comme utile pour solutionner l'ambiguïté entre le plan d'interventions d'un intervenant et le plan concerté de plusieurs intervenants dans un même établissement.

### **Clientèles-cibles et milieux de pratique**

L'approche du plan de services individualisé concerne plusieurs catégories de personnes de tous les âges et de tous les milieux. Les personnes qui présentent une déficience soit intellectuelle, physique, sensorielle ou des déficiences multiples sont touchées par cette approche. Il en est de même

pour les personnes qui rencontrent des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie, les personnes âgées, les personnes victimes de violence, les personnes en difficulté d'adaptation et les personnes ayant commis des actes criminels. La réalité de ces personnes est souvent multiforme et ne recoupe pas nécessairement une catégorie de situations. Un enfant peut à la fois présenter une déficience visuelle, rencontrer des difficultés d'adaptation sociale, familiale, scolaire et être hébergé dans un centre d'accueil.

Le plan de services peut impliquer plusieurs catégories de personnes, plusieurs établissements et organismes. Il implique habituellement la personne visée par le plan, ses proches, du personnel spécialisé et des personnes bénévoles. Ces personnes peuvent faire partie de différents milieux: famille, voisinage, municipalité, communauté, milieu de travail, hôpital, centre de services de santé et services sociaux, organismes communautaires, centre d'activités de jour, centre d'hébergement, milieux psychiatriques et milieux de détention.

### **Étapes du plan de services**

Le plan de services est divisé en plusieurs étapes qui constituent les phases les plus importantes du cheminement de la personne et de ses partenaires. L'ensemble de la littérature et les différents milieux de pratiques sont quasi unanimes sur les étapes à suivre dans la démarche (Bailey, Simeonsson, Winton et al., 1986; Boisvert, 1990; Côté et al., 1989; O.P.H.Q., 1984, 1989).

En règle générale, le cheminement se divise en cinq périodes: la première comprend l'accueil, la référence, l'admissibilité; la seconde, l'évaluation de l'ensemble des besoins de la personne et de son milieu; la troisième, l'élaboration et la rédaction et subséquemment, la réalisation et l'évaluation/révision du plan.

La concrétisation de chacune des séquences du plan de services nécessite un ensemble d'activités et une répartition de ces dernières parmi plusieurs

personnes. Le but ultime du plan est que la personne soit maître d'oeuvre de son plan. Toutefois, l'appropriation de cette réalité comprend l'acquisition d'un ensemble d'habiletés de la part de la personne et de ses partenaires et le développement de relations de collaboration entre ceux-ci.

### **Rôles et activités**

Les activités et les rôles liés au plan de services sont multiples mais ils peuvent toutefois être regroupés sous cinq ensembles: le courtage; le support-conseil; la coordination-animation; la gestion en fidéicommiss, curatelle-tutelle; l'habilitation et l'appropriation. Ces éléments sont des conditions essentielles pour la mise en oeuvre et la réalisation du plan de services.

Le courtage comprend l'ensemble des activités nécessitées dans la recherche, l'identification et l'achat de ressources humaines et matérielles (C.A.C.L., 1986; Marlett, 1988; Salisbury et al., 1985). Le support-conseil est un rôle d'aide à la personne dans la compréhension de ses difficultés et dans le cheminement de son plan (O.P.H.Q., 1989). La coordination-animation comprend l'ensemble des activités liées à la prise des rendez-vous, aux rencontres d'intervention, aux réunions avec les partenaires et à l'animation des différentes rencontres. Ce rôle consiste surtout à surveiller et faciliter le déroulement du plan en favorisant la collaboration entre les partenaires (O.P.H.Q., 1989). La coordination-animation implique la rédaction du plan de services et son évaluation. En ce sens, le plan doit être rédigé pour permettre l'évaluation de l'atteinte des objectifs et des recommandations. La gestion en fidéicommiss, de curatelle-tutelle est un rôle d'administration des biens d'une personne lorsque cette dernière est jugée incapable, en vertu de la loi, de pourvoir à certaines obligations civiles. Finalement, l'habilitation (enablement) et l'appropriation (empowerment) comprennent tous les éléments que doit apprendre une personne pour gérer ou contrôler son plan de services.

L'ensemble des activités liées au plan peuvent être

réalisées sous de multiples modalités. La personne concernée par le plan peut réaliser ses activités elle-même et agir comme maître d'oeuvre de son plan de services. La personne peut être conseillée et supportée par un membre de sa famille, un proche, une personne désignée d'office par une organisation, une personne partenaire du plan de services, un représentant d'un groupe d'entraide, ou par une personne bénévole. Plusieurs formules demeurent possibles et celles-ci sont ajustées à la discrétion de la personne et des partenaires du plan de services.

### Courants de pratiques

La pratique actuelle de l'approche du plan de services individualisé s'exerce dans la perspective de quatre grands courants: la gestion personnalisée en travail social, la valorisation du rôle social, la classification internationale des déficiences, incapacités, et handicaps et finalement, l'écologie humaine et sociale.

La pratique traditionnelle dans le milieu du travail social s'est transformée au cours des années en une pratique d'intervention individualisée axée principalement sur l'expertise thérapeutique en fonction des situations des clientèles. Le champ de la pratique a été occupé progressivement par un ensemble de généralistes plus ou moins formés à la gestion de cas (Zimmerman, 1987). Toutefois, une nouvelle pratique de la gestion de cas émerge et cette dernière intègre les fonctions de gestion-coordination, de support-conseil, de perspective systémique et de participation de la personne (Roberts-Degennaro, 1987). Ce courant est largement appliqué avec la clientèle des personnes âgées (Seltzer et al., 1984, 1986, 1987, 1989; Simmons et al., 1985), des jeunes en difficulté (Lavoie, 1989) et dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale (Bigelow et Young, 1991; Chamberlain et Rapp, 1991; Degen et al., 1990; Halloway, 1991; Intagliata, 1982; Intagliata, Baker, 1983; Intagliata, Willer, Egri, 1986; Kurtz, Bagarozzi, Pollane, 1984; Kanter, 1991; Leukefeld, 1990; Levine et Fleming, 1984; Loomis, 1988; Morcin, Rapp et Poertner, 1988; Moore, 1990;

Netting et al., 1990; O'Connor, 1989; Polinsky, Fred, Ganz, 1991; Rapp et Chamberlain, 1985; Rice, 1989; Weil et Karls, 1985; Rife et al., 1991; Vohs, 1987).

La valorisation du rôle social de la personne inspirée du courant de la normalisation (Wolfensberger, 1984) s'avère comme le champ de pratique le plus développé dans le domaine du plan de services et du plan d'intervention. Ce mouvement connaît un essor considérable au Québec (Boisvert, 1990; Cégep de St-Jérôme, MSSS, 1991; Côté et al., 1989; Pelletier, 1983; Pelletier et Cloutier, 1987) et principalement avec la clientèle des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Aux Etats-Unis, le cadre théorique de travail auprès de cette clientèle diffère quelque peu mais l'approche du plan de services individualisé est largement développée (Turnbull et Turnbull, 1986; Slater, Martinez, Habersang, 1989). Essentiellement, le courant de la valorisation du rôle social, comme son nom l'indique, repose sur la mise en valeur de la personne par l'exercice de ses droits et par sa participation aux activités habituelles dans la société.

Le courant de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (C.I.D.I.H.) inspiré des travaux du docteur Philippe Wood (1980) de l'Organisation mondiale de la santé connaît un essor important dans les pays européens et au Québec. Son application dans la perspective du plan de services individualisé et du plan d'interventions s'est développée au Québec par les travaux de l'Office des personnes handicapées du Québec (1984) ainsi que ceux de Fougeyrolles (1987) et du Comité québécois de la C.I.D.I.H. (1989, 1991 a, 1991 b). Cette approche conceptuelle s'interroge sur le processus par lequel une personne devient handicapée, tente de définir les différents niveaux et de classer dans des nomenclatures les éléments du processus d'apparition du handicap. Actuellement, les travaux du Comité québécois comprennent un nouveau cadre conceptuel du processus de production des handicaps, une classification et nomenclature selon le système organique atteint, les capacités, les facteurs

environnementaux et les habitudes de vie. Le plan de services et les plans d'interventions de la personne sont articulés en fonction de ces niveaux, ce qui permet de situer les actions d'intervention de chaque partenaire au plan de services.

Le courant de l'écologie sociale appliqué dans le cadre de l'approche du plan de services individualisé est principalement développé aux Etats-Unis (Bailey et al., 1986; Bailey, 1989; Dunst et Trivette, 1989, Dunst et al., 1989; Dunst, Trivette, Deal, 1988). Le modèle de l'écologie sociale est largement utilisé pour comprendre les mécanismes d'adaptation des membres de la famille à la présence d'un enfant malade ou handicapé (Kazak et Marvin, 1984; Kazak et Wilcox, 1984; Kazak, 1986, 1987a, b, 1989; Kazak et al., 1988). Ce modèle s'inspire des travaux de Bronfenbrenner (1979) et stipule que la personne est un organisme en constant changement dans des environnements aussi en constant changement. La personne se trouve en relation avec quatre niches écologiques d'importance: le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème. Bailey (1987b) a développé une adaptation de ce modèle, dans le but d'identifier les tâches et les connaissances des intervenants dans chacun des systèmes. Une adaptation de ce modèle a aussi été élaborée dans le domaine de la déficience visuelle (Champagne, 1988). Les chercheurs du Laboratoire de recherche écologie humaine et sociale sous la direction de Camil Bouchard se positionne dans cette perspective, soit une approche interactionniste qui tient compte des caractéristiques de la personne et des environnements (1990).

L'ensemble de ces courants qui sous-tendent l'approche de plan de services individualisé se sont développés de façon parallèle. Plusieurs éléments de pratique de ces différents modèles apparaissent comme compatibles, notamment en regard de la personne, de son développement, de la famille, des proches, de la perspective systémique et de l'harmonisation du langage. La faiblesse majeure de ces modèles, dans la perspective des plans de services, réside dans l'absence d'une formation

intégrée des différents intervenants. Toutefois, il importe de mentionner l'effort louable dans le développement des programmes de formation maison, des guides (Boisvert, 1990; Boisvert et Ouellet, 1985; Côté et al., 1989; Pelletier, 1987), des programmes universitaires (Bailey, 1987b, 1989; Bailey, 1989b, Bailey, Farrell et al., 1986; Bailey, Simeonsson et al., 1990; Bouchard et Goupil, 1990) et du programme de formation du Cégep de St-Jérôme et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1991).

La tendance majeure dans l'ensemble des milieux d'intervention et des milieux de recherche, et peu importe les types de clientèle, concerne spécifiquement la personne et la famille dans le cadre du plan de services individualisé. Ce constat est unanime dans les plans de services des enfants et des personnes âgées. Cet élément ne concerne pas uniquement l'implication de la famille mais des évaluations des besoins de la famille et des interventions auprès des membres de la famille. Par contre, plusieurs demeurent en suspens, notamment en regard de la coordination du plan de services: où la personne et sa famille vont-elles trouver une ressource de coordination? Comment peuvent-elles s'assurer que la ressource a les connaissances et les compétences pour coordonner? Qui va défrayer les coûts?

En résumé, l'approche du plan de services présente une réalité théorique vaste et diversifiée. La mouvance de cette réalité semble émerger et s'orienter dans le partage d'encadrement conceptuel. Tout le champ interactionniste des caractéristiques de la personne et de son environnement de plan de services en constitue la base. A titre d'exemple, nous soulignons les cadres conceptuels de Bailey et Al. (1986), Dunst et Trivette (1988), Intagliata et Baker (1983), Rappaport (1987), la position de Bouchard (1990) en regard des interactions personnes et niveaux de production des handicapés et finalement, la position de Fougeyrollas (1991) sur le modèle écologique de Bronfenbrenner dans le niveau de l'environnement du cadre conceptuel québécois et canadien de la classification internationale.

Le contexte théorique du plan et la perspective de nouveaux encadrements conceptuels et sociaux, pose la question de la valeur expérimentale et quasi-expérimentale de ce champ d'activités humaines. L'état de la recherche et les aspects méthodologiques de chacun des milieux concernés est à étudier. Cet apport permettra d'adapter une méthodologie de

recherche/intervention propre à la perspective du plan de services de la personne et de sa famille dans leurs interactions avec les environnements de famille, d'éducation, de santé, de services sociaux, de communauté et des transitions respectives de ces derniers.

## **BIBLIOGRAPHIE**

ASSEMBLEE NATIONALE (1991) Projet de loi 120 - *Loi sur les services de santé et les services sociaux modifiant diverses dispositions législatives*. Québec: Editeur officiel.

AUSTIN, C. D. (1983) Case management in long term care: options and opportunities. *Health and Social Work*, 8 (1), 16-30.

BAILEY, D. B. (1987b) Caroline Institute on Infant Personnel Preparation. Proposal submitted to the U.S. Department of Education, Office of special education and rehabilitive services, special education programs in response to CFDA, No. 84.024 XC.

BAILEY, D. B. (1989a) Case management in early intervention. *Journal of the Division for Early Childhood*, 13 (2), 120-134.

BAILEY, D. B. (1989b) Issues and directions in preparing professionals to work with young handicapped children and their families. In: J. J. Gallagher, R. M. Clifford, & P. Trohanis (Ed.) *Policy implementation and P.L. 99-457: Planning for young children with special needs*, (97-132). Baltimore: Paul H. Brookes.

BAILEY, D. B., BUYASSE, V., EDMONDSON, R., & SMITH, T. M. (1989) Creating a family focus in early intervention: Professional's perceptions of typical practices, ideal practices, and barriers to change. *Exceptional Children*. Manuscript submitted for publication.

BAILEY, D. B., FARELL, M. M., O'DONNELL, K. S., SIMEONSON, R. S., MILLER, C.A. (1986) Preparing infant interventioniste: interdepartmental training in special education and maternal and child health. *Journal of the division for early childhood*, 11, 67-77.

BAILEY, D. B., PALSHA, S. A., & HUNTINGTON, G. S. (1990) Preservice preparation of special educators to work with infants and families: Current status and training needs. *Journal of Early Intervention*, 14, 43-54.

BAILEY, D. B., SIMEONSSON, R. J., WINTON, P. S., HUNTINGTON, G. S., COMFORT, N., ISABELL, P., O'DONNELL, K. S., HELM, J. M. (1986) Family-focused intervention: A functional model for planning, implementing, and evaluating individualized family services in early intervention. *Journal of the Division for Early Childhood*, 10, 156-171.



- BAILEY, D. B., SIMEONSSON, R. J., YODER, D. A., HUNTINGTON, G. S. (1990) Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families: An integrative analysis across eight disciplines. *Exceptional Children, 1*, 26-35.
- BAILEY, D. B., WINTON, P. S., ROUSEL, L., TURNBULL, A. P. (1990) Family goals in infant intervention: Analysis and issues. *Journal of early intervention, 14 (1)*, 15-26.
- BAKER, F., & WEISS, R. S. (1984) The nature of case manager support. *Hospital and Community Psychiatry, 35 (9)*, 925-928.
- BANDURA, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- BANDURA, A. (1982) Self-efficacy: Mechanisms in human agency. *American Psychologist, 37*, 122-147.
- BERTALANFY, L. V. (1968) *General systems theory: Foundation, development and applications*. New York: Braziller.
- BIGELOW, D. A., YOUNG, D. J. (1991) Effectiveness of a Case Management Program. *Community Mental Health Journal, 27 (2)*, 115-123.
- BOISVERT, D. (1990) *Le plan de services individualisé; participation et animation*. Montréal: Agence d'Arc Inc.
- BOISVERT, D., & OUELLET, P.-A. (1985) *Formation de l'animateur(trice) du plan de services*. Ste-Clothide: Maison Ste-Clothide, Québec.
- BOUCHARD, C. (1990) (Sous la direction) *Etude des déterminants de la qualité de vie et de l'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle*. Devis révisé: présenté à la direction générale de la planification et de l'évaluation MSSS. Laresh-UQAM.
- BOUCHARD, J. M., GOUPIL, E. (1990) *Cours sur le plan de services individualisé et le plan d'intervention*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- BRONFENBRENNER, U. (1979) *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- CANADIAN ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING (C.A.C.L.) (1986) *Individual Planning and Contract Negotiation; C.A.C.L. Task force; Community Living 2000, supplement two*. Downsview, Ontario.
- CAPITMAN, J. A., HASKINS, B., & BERNSTEIN, J. (1986) Case management approaches in coordinated community-oriented long-term care demonstrations. *The Gerontologist, 26*, 398-404.
- CEGEP DE ST-JEROME, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (1991) *Programme de sensibilisation aux pré-requis et à la démarche du plan de services individualisé*. Gouvernement du Québec.
- 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. (1988) *Le contexte écologique de l'intervention: se diriger au coeur du débat et explorer de nouvelles compétences*. Longueuil: Institut Nazareth et Louis-Braille (document inédit).
- COMITE QUEBECOIS DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES DEFICIENCES, INCAPACITES, HANDICAPS (1989) (1991a) Le processus de production des handicaps; analyse de la consultation. Réseau international. *C.I.D.I.H.*, 4 (1-2), 17-37. (1991b) Le processus de production des handicaps: Comment utiliser le modèle conceptuel. Réseau international. *C.I.D.I.H.*, 4 (3), 7-59.
- COTE, N., ABRAVANEL, H., JACQUES, J., BELANGER, L. (1986) *Individu, groupe et organisation*. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- COTE, R., PILON, W., DUFOUR, C., TREMBLAY, M. (1989) *Guide d'évaluation des plans de services et d'interventions: Applications en milieu institutionnel, en services communautaires et en éducation*. Ste-Foy: Groupe de recherche et d'étude en déficience du développement, Département de psychopédagogie, Université Laval, 254 p..
- DEGEN, K., COLE, N., TAMAYO, L., DZEROVGCH, G. (1990) Intensive case management of the seriously mentally ill. *Administration and policy in mental health*, 17 (4), 265-269.
- DUDLEY-MARLING, C. (1985) Perceptions of the usefulness of the IEP by teachers of learning disabled and emotionally disturbed children. *Psychology in the schools*, 22, 65-67.
- DUNST, C. J., & TRIVETTE, C. M. (1989) An enablement and empowerment perspective of case management. *Topics in Early Childhood Special Education*, 8 (4), 87-102.
- DUNST, C. J., TRIVETTE, C. M., DEAL, A. G. (1988) *Enabling and empowering families: principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline brooks.
- DUNST, C. J., TRIVETTE, C. M., GORDON, N. J., PLETCHER, L. L. (1989) Building and mobilizing informal family support Networks. *In: G. H. S. Singer, L. K. Irwin (ED.). Support for care giving families*. Baltimore: Paul H. Brookes, 121-141.
- FOUGEYROLLAS, P. (1987) *Prévenir, réduire et compenser les conséquences des maladies et traumatismes: déficiences, incapacités et situations de handicaps*. Dossier thématique préparé pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, 144 p..
- FOUGEYROLLAS (1991) *Processus de révision de la CIDIH en cours au plan international: impacts et enjeux de la contribution de la SCCIDIH et du CQCIDIH*. Présenté dans le cadre du colloque de la société canadienne et du comité québécois sur la CIDIH, octobre, Hull, Québec.
- GERBER, P. J., BANDURY, M. M., MILLER, J. H. (1986) Special educator's perceptions of parental participation in the individual education plan process. *Psychology in the schools*, 23, 158-163.
- GILLIAM, J. E., & COLEMAN, M. C. (1981) Who influences IEP committee decisions? *Exceptional children*, 47, 642-644.
- GOUPIL, G. (1991) *Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire*. Chicoutimi: Gaëtan Morin, 112 p..
- GOUVERNEMENT DU QUEBEC (1990) *Plan de services individualisé en santé mentale*. Québec: Direction de la santé mentale.

- HEPWORTH, D. H., & LARSEN, J. A. (1982) *Direct social work practice: Theory and skills*. Homewood, IL: the Dorsey Press.
- HOLLOWAY, F. (1991) Case Management for the Mentally Ill: Looking at the Evidence. *The International Journal of Social Psychiatry*, 37 (1), 2-13.
- INTAGLIATA, J. (1982) Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (4), 655-574.
- INTAGLIATA, J., & BAKER, F. (1983) Factors affecting case management services for the chronically mentally ill. *Administration in Mental Health* 11 (2), 75-91.
- INTAGLIATA, J., WILLER, B., EGRI, G. (1986) Role of the Family in Case Management of the Mentally III. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 699-708.
- JACQUES, J., PAQUIN, M. (1977) *Le budget de programmes: un outil moderne de gestion*. Québec: Agence d'Arc et Ministère des Communications du Québec.
- JOHNSON, P. J., & RUBIN, A. (1983) Case management in mental health: A social work domain. *Social Work*, 28, 49-55.
- KANTER, J. S. (1991) Integrating case management and psychiatric hospitalization. *Health and social work*, 16 (1), 34-42.
- KAZAK, A. E. (1986) Families with physically handicapped children: Social ecology and family systems. *Family process*, 25, 265-281.
- KAZAK, A. E. (1987a) Families with disabled children: Stress and social networks in three samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 137-146.
- KAZAK, A. E. (1987b) Professional helpers and families with disabled children: A social network perspective. *Marriage and Family Review*, 11, 177-191.
- KAZAK, A. E. (1989) Families of chronically ill children: A system and social-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 25-30.
- KAZAK, A. E., MARVIN, R. (1984) Differences, difficulties and adaptation: Stress and social networks in families with a handicapped child. *Family Relations*, 33, 67-77.
- KAZAK, A. E., REBER, M., & CARTER, A. (1988) Structural and qualitative aspects of social networks in families with young chronically ill children. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 171-182.
- KAZAK, A. E., REBER, M., & SNITZER, L. (1988) Childhood chronic disease and family functioning: A study of phenylketonuria. *Pediatrics*, 81, 224-230.
- KAZAK, A. E., & WILCOX, B. (1984) The structure and function of social support networks in families with a handicapped child. *American Journal of Community Psychology*, 12, 645-661.
- KEMP, B. J. (1981) The case management model of human service delivery. *Annual Review of Rehabilitation*, 2, 212-238.
- KRAUSS, M. W. (1990) New Precedent in family policy: Individualized family service plan. *Exceptional Children*, 56 (5), 388-395.
- KURTZ, L. F., BAGAROZZI, D. A., & POLLANE, L. P. (1984) Case management in mental health. *Health and social work*, 9 (3), 201-211.

- LABRECQUE-MARCEAU, M. P. (1987) La coordination des plans de services. *Santé mentale au Québec, 12*, 108-116.
- LAVOIE, M.-A. (1989) *Cadre théorique de plans de services aux jeunes en difficulté et à leur famille*. Montréal, Conseil de la santé et des services sociaux, 43 p..
- LEUKEFELD, C. G. (1990) National health line. Case management: a social work tradition. *Health and Social Work, 15 (3)*, 175-179.
- LEVINE, I., & FLEMING, M. (1985) *Human resource development: Issues in case management*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 86 p..
- LOOMIS, J. F. (1988) Case management in health care. *Health and social work, 13 (3)*, 219-225.
- LUSSIER, L. (1986) La personne handicapée et le droit québécois. *Revue du Barreau, 46 (5)*, 789-814.
- LUSTHAUS, C. S., LUSTHAUS, E. W., & GIBBS, H. (1981) Parent's role in the decision process. *Exceptional Children, 48 (3)*, 256-257.
- MACEACHRON, A. E., PENSKY, D. & HAWES, B. (1986) Case management for families of developmentally disabled clients: An empirical policy analysis of a statewide system. In: J. J. Gallagher & P. Vietze (Ed.). *Families ofhandicapped persons*, 273-290. Baltimore: Paul H. Brookes.
- MARLETT, N. (1988) *Indépendant service brokerage: Achieving Consumer Control through Direct Payment*. Calgary, AB: Walter Dinsdale Centre for the Empowerment of Canadians with Disabilities, 69 p..
- MASLOW, A. H. (1970) *Motivation and personality*. New York: Harper.
- MINTZBERG, H. (1982) *Structure et dynamique des organisations*. Montréal: Les Editions Agence d'Arc Inc..
- MINTZBERG, H. (1986) *Le pouvoir dans les organisations*. Montréal: Les Editions Agence d'Arc Inc..
- MINTZBERG, H. (1990) *Le management: Voyage au centre des organisations*. Montréal: Les éditions Agence d'Arc Inc..
- MOORE, S. T. (1990) A Social Work Practice Model of Case Management: The Case Management Grid. *Social Work, 35 (5)*, 444-448.
- MORCIN, M., RAPP, C. A., & POERTNER, J. (1988) The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning, 11*, 307-314.
- NETTING, F. E., WILLIAMS, F. G., JONES-MCCLINTIC, S. & WARRICK, L. (1990) Policies to enhance coordination in hospital-based case management programs. *Health and Social work, 15 (1)*, 15-21.
- O'CONNOR, G. G. (1988) Case Management: System and Practice. *Social Case Work, 69 (2)*, 97-106.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984) *A part...égale: sans discrimination ni privilège*. Québec: Editeur Officiel.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1989) *Le plan de services de la personne*. Drummondville: Office des personnes handicapées du Québec.

- PELLETIER, J. (1987) *Le plan de services individuel: Session de formation*. Hull: C.R.S.S.S. de l'Outaouais et OPELL Communications.
- PELLETIER, J. (1988) *Rapport à la commission administrative sur l'élaboration et l'application des plans de services*. Hull: C.R.S.S.S. de l'Outaouais.
- PELLETIER, J., & CLOUTIER, C. (1987) *La coordination des services à la personne et à sa famille: Le plan de services individuel*. Hull: C.R.S.S.S. de l'Outaouais.
- PERRON, J. (1986) *Administration sociale et services sociaux*. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- PLATMAN, S. R. (1982) Case management of the mentally disabled. *Journal of Public Health Policy*, 3, 302-314.
- POLINSKY, M. L., FRED, C., & GANZ, P. A. (1991) Quantitative and qualitative assessment of a case management program for cancer patients. *Health and Social Work*, 16 (3), 176-183.
- PRICE, M., & GOODMAN, L. (1990) Individualized education programs: A cost study. *Exceptional Children*, 46 (6), 446-458.
- RAPP, C. A., CHAMBERLAIN, R. (1985) Case management services for the chronically mentally ill. *Social Work*, 30, 417-422.
- RAPPAPORT, J. (1977) *Community psychology: values, research and action*. New York: Holt, Rinehart et Winston.
- RAPPAPORT, J. (1981) In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9 (1), 1-25.
- RAPPAPORT, J. (1987) Terms of empowerment/Exemplars of prevention; Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-128.
- RAPPAPORT, J., CHINSKY, J. M. (1974) Models for delivery of service: an historical and conceptual perspective. *Professional psychology*, 5, 42-50.
- RICHMOND, M. (1922) *Social casework*. New York: Russell Sage Foundation.
- RICHMOND, M. (1930) *The long view*. Russell Sage Foundation.
- RIFE, J. C., FIRST, R. J., GREENLEE, R. W., MILLER, L. D., FEICHTER, M. A. (1991) Case management with homeless mentally ill people. *Health and Social work*, 16 (1), 58-67.
- ROBERTS-DEGENNARO, M. (1987) Developing case management as a practice model. *Social Casework*, 68, 466-470.
- ROBINSON, V. A. (1930) *A changing psychology in social casework*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- ROGERS, C. R. (1972) *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- ROSSI, P. H., FREEMAN, H. E. (1985) *Evaluation: a systematic approach*. Beverly Hills, California: Sage Publications Inc..
- RUBBIN, A. (1987) Case management. In: *Encyclopedia of social work* (212-222). Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.

- SALISBURY, B., DICKEY, J., & CRAWDOES, C. (1985) *Le courtage de services: une question de pouvoir et de responsabilité*. Downsview, Ontario: Institut G. Allan Roeher, 1987, 32 p..
- SELTZER, M. M., IVRY, J., & LITCHFIELD, L. C. (1987) Family members as case managers: Partnerships between the formal and the informal support networks. *The Gerontologist*, 27, 722-728.
- SELTZER, M. M., LITCHFIELD, L. C., LOWRY, L., LEVIN, R. J. (1989) Families as case managers. *Family relations*, 38, 332-336.
- SELTZER, M. M., LOWRY, L., & LITCHFIELD, L. C. (1986) *The elderly person's family as case manager: A follow-up study*. Boston, MA: Boston University School of Social Work.
- SELTZER, M. M., SIMMONS, K., IVRY, J., LITCHFIELD, L. C. (1984) Agency-family partnerships: Case management of services for the elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 7, 57-71.
- SIMMONS, K. H., IVRY, J., & SELTZER, M. M. (1985) Agency-family collaboration. *The Gerontologist*, 25, 343-346.
- SKINNER, B. F. (1978) The ethics of helping people. In: L. Wispe (Ed.). *Sympathy, altruism and helping behavior*, 249-262. New York: Academic Press.
- SLATER, M. A., MARTINEZ, M., HABERSANG, R. (1989) Normalized family resources: A model for professionals. In: G. H. S. Singer & L. K. Irwin (Ed.). *Support for care giving families*. Baltimore: Paul H. Brookes, 161-173.
- SMITH, S. W. (1990) Individualized education programming (IEPS) in special education: From intent to acquiescence. *Exceptional Children*, 57 (1), 6-15.
- TURNBULL, A. P., & TURNBULL, H. R. (1986) *Families, professionals and exceptionality: A special partnership*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- VOHS, J. (1987) Family-centered case management. In: Gitteler & M. Colton (Ed.). *Proceeding of the National Conference of Future Directions of Case Management Services for Children with Special Health Care Needs*, 39-60. Iowa City, IA: National Maternal and Child Health Resource Center.
- VOITCHOVSKA, C. (1987) *La coordination des services à la personne et à sa famille (Annexe 1) Le plan de services individuel recension des écrits*. Hull: C.R.S.S.S. de l'Outaouais.
- WEIL, M., & KARLS, J. M. (1985) *Case management in human service practice. A systematic approach to mobilizing resources for clients*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- WEISENFELD, R. B. (1986) The IEPS of down syndrome children: A content analysis. *Education and training of the mentally retarded*, september, 211-219.
- WOLFENBERGER, W. (1972) *The Principle of Normalization in Human Services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- WOLFENBERGER, W. (1972) The principle of normalization and its implications to psychiatric services. *American Journal of Psychiatry*, 127, 291-297.

- WOLFENSBERGER, W. (1984) La valorisation du rôle social. Une nouvelle "conceptualisation" de la normalisation. *Déficiência mentale*, 34 (2).
- WOLFENSBERGER, W., & ELEEN, L. (1975) *Program Analysis of Service Systems (pass 3)*. Downsview: National Institute on Mental Retardation.
- WOLFENSBERGER, W., & THOMAS, S. (1983) *Passing: Program Analysis of Services System's Implimentation of Normalization Goals: A method of evaluating the quality of human services according to the principle of normalization*. Downsview: National Institute on Mental Retardation.
- WOLFENSBERGER, W., & TULLMAN, S. (1982) A brief outline of the principle of normalization. *Rehabilitation psychology*, 27 (3).
- WOOD, P. (1980) *International classification of impairments, disabilities and handicap*. Genève: OMS.
- YOSHIDA, R. K. (1982) Research agenda: Finding ways to create more options for parent involvement. *Exceptional Education Quaterly*, 3 (2), 74-80.
- YOSHIDA, R. K. (ET AL.) (1978) Parental involvement in the special education pupil planning process: The school's perspective. *Exceptional Children*, 44 (7), 531-534.
- YSSSELDYKE, J. E. (ET A L.) (1983) Generalizations from five years of research on assessment and decision making: The University of Minnesota Institute. *Exceptional Education Quaterly*, 4, 75-93.
- YSSSELDYKE, J. E., ALGOXXINE, B., & MITCHELLE, S. (1982) Special education team decision making: An analysis of current practice. *Personnel and Guidance Journal*, 60, 308-313.
- ZIMMERMAN, M. A., RAPPAPORT, J. (1988) Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16 (5), 725-750.