

## La coordination des plans de services The Coordination of service plans

Marie-Paule Labrecque-Marceau

Volume 12, Number 1, June 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030377ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030377ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Labrecque-Marceau, M.-P. (1987). La coordination des plans de services. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 108–116. <https://doi.org/10.7202/030377ar>

Article abstract

Several American laws have been passed to co-ordinate various levels of health services. The aim is to help patients reintegrate their community, particularly for those physically and intellectually handicapped patients, people suffering from severe psychological problems and elderly who are increasingly non self-sufficient. Certain aspects of health care, such as a person's real needs, the resources within a person's community, along with consistent and adequate services, must be considered if we are to overcome the downside of both budget constraints and such a complex health service network. This article reviews the author's ten-year experience in the field of mental health in the U.S.A.

## La coordination des plans de services

Marie-Paule Labrecque-Marceau\*

La coordination des plans de services a été proposée par plusieurs lois américaines, afin de permettre à des gens souffrant de déficiences physiques ou intellectuelles et de troubles psychologiques majeurs, ainsi qu'à des personnes âgées en perte d'autonomie, de se maintenir dans la communauté.

Aussi, savoir considérer à la fois la personne dans le besoin, les ressources de son milieu et de sa communauté, tout en assurant des services continus et adéquats, tel est le défi à relever au sein d'un réseau de services souvent complexe et dans un climat de contraintes budgétaires. Cet article rend compte d'une dizaine d'années d'expérience américaine dans le domaine de la santé mentale.

Le Québec doit bientôt se doter d'une politique de santé mentale. Aussi, le recours au support communautaire deviendra-t-il, tôt ou tard, une solution aux besoins des personnes fonctionnant avec des troubles psychologiques majeurs.

S'inspirera-t-on, pour cela, de l'expérience de nos voisins américains? Ceux-ci ont en effet identifié, parmi les conditions susceptibles de prévenir ou de retarder l'institutionnalisation, la coordination des plans de services (the *case management*) qui veut offrir de meilleures conditions de vie communautaire à des clientèles à risque.

Aux États-Unis, l'intérêt pour une telle coordination est né pour pallier aux problèmes de distribution des services. Ron Honnard (Weil, 1985) parle même du «mouvement d'intégration des services» des années 60 et du début des années 70, dont la coordination faisait partie des mécanismes de liaison.

À cette époque, on assiste à une expansion rapide des services communautaires. Dans le milieu des soins psychiatriques, c'est la «troisième révolution» caractérisée par l'organisation et la distribution des services dans des centres de santé mentale communautaires (Community Mental Health Center).

À cet effet, le phénomène de la désinstitutionnalisation offre un nouveau concept se référant et à

un processus de soins et à un objectif de planification. Il implique (Bachrach cité par Bernstein, 1981) le retrait des soins aux patients psychiatriques dans les hôpitaux et les institutions traditionnelles et la mise en place de services communautaires pour supporter cette clientèle.

Le nouveau système alourdit, aux différents paliers gouvernementaux, la bureaucratie chargée de la distribution des services. Les sources de financement sont variées et les critères d'admission sont définis en des termes tels qu'ils en restreignent l'accessibilité aux usagers potentiels. De plus, les rôles et la responsabilité des ressources, ainsi que les actions qu'on aurait dû entreprendre pour répondre aux besoins des personnes désinstitutionnalisées, ne sont pas clairement compris. De leur côté, les patients psychotiques n'ayant pas été préparés à recevoir des services communautaires complexes sont incapables d'y avoir recours par eux-mêmes. Très vite se développent deux syndromes associés à cette clientèle spécifique: le «falling between the cracks» et «la porte tournante», qui sont la conséquence de l'absence de suivi et une source de réadmission continue (Bernstein, 1981).

Durant les années 70, pour pallier à la fragmentation des services et au manque reconnu de planification, d'information, de coordination et de financement, le gouvernement américain crée des programmes ayant pour but d'identifier la coordination des plans de services comme une approche nécessaire. Ils s'adressent aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou physique, aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux

\* L'auteure est travailleuse sociale à la pige. L'article s'inspire de la démarche faite avec Lise Tessier, qui fut publiée en septembre 1984 sous le titre: *La coordination des plans de services, texte de références à partir d'une revue de la littérature*. Cette recherche faisait partie des travaux de planification inscrits aux programmes du C.S.S.M.M.

enfants maltraités, aux psychiatisés. Le Système de soutien communautaire (Community Support System) — réseau de personnes impliquées auprès d'individus ayant des problèmes psychologiques majeurs — s'occupe essentiellement de faciliter le cheminement des individus à l'intérieur du système et de leur permettre de se prévaloir des services appropriés à leurs besoins (Bernstein, 1981).

Cette méthode n'est pas une panacée à tous les maux et, selon les domaines d'interventions, a été articulée de façon inégale. Toutefois, en tant que moyen pour susciter la collaboration au sein de services de qualité, elle aura donné lieu à des interprétations diverses. Plusieurs intervenants, tels Intagliata (1983), Steinberg (1983), Bernstein (1981), Schwartz (1982) et Lanoil (1980) ont trouvé qu'il valait la peine d'en approfondir les éléments fondamentaux. Et en 1985, Marie Weil, James M. Karls et leurs associés présentaient le sujet dans un ouvrage intitulé : *Case Management in Human Services*.

À la lumière de leurs écrits, nous traiterons d'abord du fondement conceptuel et philosophique de la coordination des plans de services (case management). Nous verrons ensuite ses fonctions et ses modèles. Nous tenterons enfin de donner un aperçu sur la façon dont cette méthode fut expérimentée dans le domaine de la santé mentale aux États-Unis.

## LE CONCEPT DU «CASE MANAGEMENT»

La popularité récente de la «coordination» peut nous laisser croire qu'il s'agit d'une approche nouvelle. Cependant, plusieurs auteurs sont d'accord pour l'associer à la méthode de service social traditionnel. Weil (1985) fait remonter à plus de cent ans l'apparition de «la coordination», alors qu'au Massachusetts, les Charity Organizations Societies manifestaient déjà la double préoccupation d'offrir des services de qualité à une population présentant des besoins multiples et de surveiller la bonne utilisation des fonds publics. Dès 1901, M. Richmond, première théoricienne de service social, déplore la prolifération des services et la duplication des efforts, dues à un manque de communication et de coordination entre les établissements. Elle propose une approche multidimensionnelle des ressources

avec lesquelles l'intervenant doit composer (ressources du patient lui-même, de la famille, du voisinage et de la communauté, des institutions, des services sociaux). Cette conception, encore actuelle, est bien appropriée aux préoccupations d'intégration des services.

Dans les années 50, on regroupe les services destinés aux familles à problèmes multiples dans un centre polyvalent : «one stop». Selon Kahn (1976), toute l'histoire des centres de quartier, des projets spéciaux pour les familles à risque et des services intégrés montre qu'il n'y a pas de réforme véritable sans que quelqu'un (un praticien ou une équipe) en soit tenu responsable.

La qualité des services, la rentabilité des coûts, la concertation et la responsabilisation sont autant de notions qui définissent la coordination des plans de services. Intagliata (1983) présente «la coordination» comme une méthode pour s'assurer que la clientèle reçoive tous les services dont elle a besoin d'une manière coordonnée, efficace et efficiente. C. Austin (1983) la voit «comme un mécanisme qui relie et coordonne les parties d'un système de distribution des services (à l'intérieur d'un seul établissement ou en impliquant plusieurs fournisseurs), afin d'assurer un programme global susceptible de répondre aux problèmes des individus».

La méthode emprunte à la *théorie organisationnelle* les liens interétablissements, intra-établissements et la relation intervenant-client. Elle se réfère à l'approche individuelle de *casework*, de *counseling* et aux étapes du processus d'aide, de même qu'aux connaissances psychiatriques et gérontologiques.

## LA PHILOSOPHIE

Le fait de partager des valeurs et des objectifs communs paraît un atout majeur pour les intervenants (impliqués auprès des clients vulnérables).

Le mouvement social, revendicateur du changement d'orientation des services pour les personnes souffrant de déficience physique, s'appuie sur le principe d'auto-détermination du client et sur la plus grande participation de ce dernier aux décisions qui concernent son quotidien. Les intervenants et les parents de déficients intellectuels adhèrent aux principes de la normalisation, du «mainstreaming» et veulent collaborer avec les services qui favorisent

le maintien de l'individu dans la communauté.

La même idéologie est partagée par les défenseurs de la désinstitutionnalisation dans les principes suivants :

- Que la planification des plans de services réponde au fait que chaque personne est unique et dispose d'un bagage de ressources et de besoins qui lui sont propres ;
- que les services et le support dispensés aux patients puissent évoluer dans le temps, dans leur forme et leur intensité, afin de mieux convenir à la configuration changeante des ressources et des besoins du client ;
- que le degré de support donné aux patients corresponde au degré d'incapacité individuelle. Les individus doivent être encouragés à fonctionner de la façon la plus autonome possible ;
- que l'engagement des responsables de la coordination des plans de services vis-à-vis des clients soit constant. Cette forme de support doit être disponible en tout temps et selon les besoins du client. (Intagliata, 1982 ; De Weaver, 1983).

Quelle que soit la clientèle visée, l'objectif le plus fondamental consiste à assurer la *continuité des services*. Parmi les autres objectifs, on trouve surtout plus d'accessibilité et de responsabilisation à l'intérieur du système. Et, évidemment, une distribution efficace des services à moindres coûts.

## LES FONCTIONS

Dans le processus de coordination, les fonctions sont accomplies à deux niveaux : celui du client et celui du système.

Les auteurs consultés utilisent parfois une terminologie différente ou présentent un nombre variable de fonctions. Weil les résume tous lorsqu'elle considère huit fonctions pour solutionner les problèmes qui se posent simultanément au niveau du client et du système.

### Les fonctions

#### 1) L'identification de la clientèle

Tout programme doit identifier sa population cible et les patients potentiels au sein de cette population. Des individus, la famille, le voisinage, des agences même peuvent avoir recours à ces services ; leur éligibilité sera déterminée lors d'une en-

treprise sélective. Certaines personnes dans le besoin ne font pas la démarche nécessaire ; elles peuvent alors être rejointes par le biais de personnes ressources qu'elles fréquentent : officier de bien-être social, médecins, etc.

#### 2) L'évaluation individuelle

Cette étape 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.

#### 3) La planification des services

Selon Steinberg (1983), on peut diviser cette étape en trois parties :

- déterminer des objectifs en accord avec les attentes des responsables de «la coordination», les possibilités du programme, les aspirations et les préférences du client ;
- élaborer un éventail de services individualisés et de services de support qui rencontrent les besoins et les priorités du patient, tout en tenant compte des limites de temps ;
- utiliser les ressources du client et de son milieu pour maximiser le potentiel de l'individu et de son environnement afin qu'ils puissent fonctionner de façon autonome et se référer aux services adéquats.

#### 4) Le lien entre le client et les services

C'est une fonction centrale du processus de coordination (selon Weil). Il ne s'agit pas de simplement référer le cas à telle ressource, mais «de faire tout ce qui est nécessaire pour que le client obtienne le service» (Levine et Fleming, 1985). C'est l'étape qui crée le ton et le style de la collaboration au sein du réseau.

Pour cela, le coordonnateur doit utiliser des mécanismes formels (ententes entre agences spécifiant les rôles, les responsabilités de chacun, les critères d'admission et les procédures de la collaboration) ainsi que des mécanismes informels (établis à l'amiable par le personnel des divers programmes).

#### 5) La coordination du plan de services

Il faut s'assurer que les services sont correctement dispensés et que les échanges entre les établissements sont conformes aux ententes établies.

Le rôle du coordonnateur n'est pas de fournir lui-même les services, mais de négocier les horaires, d'amener les agences à collaborer entre elles. Il se soucie des dimensions interpersonnelles et interprofessionnelles des services. La mise à jour des dossiers constitue alors un élément aussi important que les rencontres entre les professionnels et les fournisseurs des services.

#### 6) La supervision des services

La supervision a pour but d'assurer que le client reçoit les services attendus et que ces services sont nécessaires et appropriés à ce dernier. Le coordonnateur doit maintenir des contacts réguliers avec le client et les responsables de la distribution des services, voire même s'impliquer au moment où le client reçoit l'aide demandée.

La tâche la plus difficile consiste à superviser le travail du personnel d'autres agences ou programmes. Car si une agence refuse de répondre aux demandes de services, le coordonnateur, même le plus zélé, ne pourra ni améliorer la qualité de ces services ni ébranler la décision de l'agence. Dans une telle situation, les administrateurs doivent donner leur appui au coordonnateur.

Plusieurs chercheurs, dont Caragonne (1983) et Weil (1985), ont reconnu la complexité de cette fonction, où l'on rencontre de nombreux obstacles organisationnels : hiérarchie, statut professionnel, système de valeurs, optiques des problèmes, priorités de certaines solutions.

#### 7) La défense des droits du client

Lorsque des établissements résistent à créer des services pour certaines clientèles, il peut être nécessaire pour les coordonnateurs, en plus, de recourir au support des superviseurs et des administrateurs de leur agence, d'utiliser des canaux plus formels pour plaider la cause de la clientèle. Ils peuvent demander l'appui de groupes de citoyens et de consultants juridiques qui savent comment mener ce genre de luttes.

De plus, les coordonnateurs qui identifient des lacunes au sein du réseau des services (absence de ressources, inaccessibilité des services, manque de disponibilité du personnel) doivent soumettre le problème à leurs superviseurs et servir de catalyseur pour aider les patients insatisfaits et les agences responsables de l'implantation et du financement des services à se mobiliser.

#### 8) L'évaluation des services

Le coordonnateur est impliqué directement dans l'évaluation des services dispensés à la clientèle, en jugeant des progrès et problèmes individuels. Il doit aussi participer à l'évaluation de l'ensemble du système de coordination des plans de services. Les devis des différents niveaux d'évaluation doivent être incorporés dans la planification du système de coordination.

Les fonctions sont liées à quelques aspects organisationnels essentiels. Tous les auteurs s'entendent pour dire que la responsabilité de la coordination d'un programme communautaire doit être assumée par un seul organisme, qui peut soit coordonner lui-même les plans de services, soit déléguer la tâche à un ou plusieurs établissements.

Cinq facteurs déterminent les organismes de coordination (Steinberg, 1983) :

- la mission du programme ;
- le type d'organisation présentant le programme, soit un établissement en soi, une unité logée dans un organisme de planification ou dans un établissement de services sociaux, une fédération, une association de membres ou autres ;
- la source d'autorité du programme (mandats autorisés par la loi, par incorporation, par des fonds temporaires, par des associations de membres) ;
- les services professionnels offerts ; par exemple des services médicaux ; des services communautaires en santé mentale ; des programmes de services sociaux ; des programmes pour personnes âgées en perte d'autonomie.
- les populations cibles.

L'impact d'un programme de coordination dépend des services qu'il peut dispenser pour répondre aux besoins de ses clients. Le coordonnateur se soucie de la globalité, de la continuité, de la qualité des services. À partir de l'état actuel de son réseau local de services, il doit développer différentes relations avec d'autres systèmes établis et jouer un rôle d'avocat de la santé pour promouvoir le développement des services utiles à la communauté.

L'accomplissement des fonctions exige que le coordonnateur ait le pouvoir de créer des ententes et de les faire respecter. Plusieurs auteurs se réfèrent à ces quatre types d'autorité (Schwartz, 1982) :

- *l'autorité administrative*. En établissant des politiques claires et des ententes formelles entre les institutions, le coordonnateur pourra mieux in-

- tégrer le réseau décentralisé de ses fournisseurs ;
- *l'autorité fiscale*. En ayant le contrôle des fonds destinés à l'achat des services, le coordonnateur s'assurera que les clients reçoivent, de la part des fournisseurs responsables de l'utilisation des fonds publics, tout le support nécessaire et au bon moment.
  - *l'autorité légale*. En s'appuyant sur la loi pour rédiger ses ententes, le coordonnateur aura à tout moment la responsabilité de coordonner les plans de services pour telle clientèle ;
  - *l'autorité clinique*. En connaissant les aspects cliniques reliés aux incapacités des clients et en sachant comment traiter avec les fournisseurs de services cliniques, le coordonnateur pourra mieux accomplir ses fonctions.

On a ainsi observé que pour accomplir ses différentes fonctions, le coordonnateur doit jouer de nombreux rôles. Weil (1985) en a défini quinze, qui font référence aux appellations que l'on rencontre souvent pour désigner le «case manager». Ce sont, par exemple : «broker, advocate, service coordinator, expeditor...» Ces rôles, et les *tâches* qu'ils impliquent, exigent des *habiletés* et des *connaissances* dont traitent les auteurs consultés. Nous nous contenterons de présenter comment s'articulent ces rôles, selon la personne qui assume la coordination des plans de services, dans l'étude des modèles qui suit.

## LES MODÈLES DE COORDINATION DES PLANS DE SERVICES

Il existe une variété de modèles de coordination des plans de services, selon les dimensions que l'on privilégie. Schwartz (1982) classe les modèles selon l'implication du coordonnateur dans les services directs au client, selon le type d'autorité dont il est investi, selon la population cible. Lanoil (1980) présente des modèles en utilisant un centre psychosocial comme base de référence. Rachel Downing (in Weil, 1985) se réfère à la base organisationnelle, à la source de financement, au modèle professionnel, au caractère formel ou informel des ententes. Ron Honnard (in Weil, 1985) parle de classification selon les rôles, les services, les objectifs poursuivis. Enfin, *Weil se réfère au responsable même de la coordination. Nous retiendrons cette classification, parce qu'elle fait état de la con-*

troverse que suscite la coordination des plans de services chez les intervenants en santé mentale.

Trois catégories de modèles semblent émerger de la pratique actuelle. Il s'agit de la coordination assumée par :

1. Des professionnels ou des paraprofessionnels spécifiquement formés pour remplir cette fonction ;
2. des personnes qui ont développé une relation particulière avec le client, soit la famille, des supports sociaux, des bénévoles ;
3. le personnel d'un «centre d'approche globale» (comprehensive service center).

Quel que soit le modèle choisi, il s'agira toujours de mettre le client en relation avec le réseau de services et d'assumer la coordination de ceux dont il a besoin.

### La coordination assumée par des professionnels ou des paraprofessionnels

Cette catégorie comprend trois modèles de coordonnateurs.

#### Le généraliste

C'est le modèle que l'on rencontre le plus souvent. Un professionnel formé en sciences humaines : service social, psychologie, nursing, réadaptation ou un paraprofessionnel (étudiant...) est responsable d'un client ou d'un groupe de clients. Selon Levine et Fleming (in Weil, 1985), c'est le modèle qui ressemble le plus à ce qu'on a appelé le «service social individuel». Le généraliste accomplit toutes les fonctions, il est une sorte de «jack of all trades». Sa tâche est déterminée davantage par le nombre de cas que par une fonction spécifique.

Les avantages d'un tel modèle? Chaque client se réfère à une même personne pour la planification comme pour les services. Le personnel connaît moins la routine et on l'encourage à devenir autonome, puisqu'un individu est responsable, à lui seul, de chaque client.

#### Le thérapeute

Dans ce modèle, la relation coordonnateur-client est d'abord thérapeutique. Le professionnel aura donc une formation de psychiatre, de psychologue ou de travailleur social (de niveau maîtrise). Les fonctions de coordination sont conçues comme faisant partie de l'intervention ou comme complément.

La relation thérapeutique doit être basée sur la confiance et sur la connaissance qu'a le thérapeute des préoccupations et des problèmes de son client. Lamb, protagoniste de ce modèle, considère qu'un paraprofessionnel pourrait aller jusqu'à accompagner le client lors d'une demande d'allocation sociale; il soutient cependant que le clinicien est le plus apte à coordonner les plans de services.

Ce modèle permet au client de se référer à une seule personne, ce qui est sécurisant pour les individus les plus perturbés; il facilite également la collaboration inter-professionnelle au sein de programmes restreints ou de petites communautés.

Le problème le plus souvent rencontré est que plusieurs thérapeutes considèrent la coordination comme une activité secondaire à l'approche thérapeutique. Plusieurs auteurs doutent que les programmes de formation puissent rendre ces professionnels aptes à accomplir efficacement cette fonction.

#### **Une équipe multidisciplinaire**

Selon Intagliata, ce modèle implique qu'un groupe d'individus est responsable des fonctions d'évaluation, de liaison et de supervision des soins appropriés aux clients. Ils peuvent tous être des «case managers»; ils peuvent désigner un coordonnateur des plans de services parmi des professionnels de différentes disciplines.

Mary Ann Test (1979) montre les avantages qu'offre une structure d'équipe. Celle-ci assure une présence et une coordination continuelle de sorte que l'absence du coordonnateur ne nuit pas au client. La possibilité pour chacun des membres de l'équipe de donner son point de vue dans le règlement de problèmes difficiles constitue un facteur de motivation dans le travail auprès des patients chroniques. L'isolement peut mener au *burn out* des coordonnateurs, qui doivent affronter des problèmes leur drainant une bonne part d'énergie émotive.

Ce modèle présente aussi des désavantages si les membres de l'équipe ne se sentent pas autant concernés par le bien-être du client ni impliqués dans le système d'intervention. Weil insiste sur la formation des professionnels et sur une base solide de communication entre les professionnels, le client et les ressources. Le fait cependant d'être un administrateur et de vouloir défendre en même temps les droits du client peut parfois exiger beaucoup de courage. Il faut savoir quand défier la solidarité du

groupe pour se faire le porte-parole du client (Mailick et Ashler in Weil, 1985). Une autre difficulté réside dans le fait que les clients très perturbés doivent négocier avec plusieurs intervenants. Enfin, selon certains auteurs, ce modèle s'avère coûteux en temps.

#### **La coordination assumée par la famille, des supporteurs sociaux, des bénévoles**

Dans cette catégorie de modèles en voie de développement, le nombre de rôles attribués au coordonnateur diminue. On les choisit lorsqu'on désire donner plus de pouvoir au consommateur ou lorsqu'il faut composer avec des restrictions budgétaires. Dans ces cas, les professionnels dispensent la formation nécessaire à l'accomplissement de la coordination des plans de services et à la défense des droits, tout en supervisant la qualité des services.

#### **La famille**

On a expérimenté ce modèle dans des projets où les parents coordonnaient des plans de services pour leur enfant vivant avec une déficience intellectuelle; certains membres de familles ont aussi joué ce rôle pour une personne âgée en perte d'autonomie.

En Californie, plusieurs centres régionaux ont encouragé les parents à devenir des partenaires égaux dans l'obtention et la distribution des services à leurs enfants. Plusieurs parents remplissent efficacement cette fonction parce qu'ils connaissent les besoins de leur enfant; ils peuvent assurer la continuité des soins en planifiant ce qui peut davantage stimuler son potentiel, consulter les professionnels lorsque l'état de l'enfant change ou que le réseau des services ne donne plus satisfaction. Les parents ainsi formés réussissent mieux à obtenir les services appropriés et défendent mieux les droits de leur enfant.

Ce modèle a aussi ses opposants puisque, dans certains cas, des familles auraient joué ce rôle par défaut, ce qui indique que la responsabilité de la coordination n'avait pas été assumée par le personnel ou que celui-ci l'avait abandonné. De telles expériences ont été frustrantes et coûteuses pour des familles qui ont eu à se débrouiller avec le système en place.

#### **Le supporteur social**

Selon les tenants de ce modèle, les ressources psychologiques et le support pouvant maintenir les

personnes souffrant de troubles psychiatriques majeurs dans la communauté, existent dans le milieu environnant. Les citoyens qui le veulent peuvent mettre les patients en contact avec les ressources communautaires en santé mentale d'une manière efficace et économique (Levine et Fleming, 1984).

Les supporteurs sociaux sont soigneusement choisis, formés, supervisés. On leur confie un seul client. Ils s'engagent par contrat auprès des agences de services locaux. En tant que coordonnateur, il est d'abord responsable de la relation avec le client et du développement des liens avec les services.

Une étude menée auprès des coordonnateurs de plans de services dans un programme pour personnes vivant des problèmes psychologiques majeurs de l'état de New York conclut :

En aidant leurs clients à fonctionner dans la communauté, les coordonnateurs ont soutenu leurs capacités. Bien qu'ils n'aient pas utilisé des méthodes thérapeutiques, ils ont poursuivi des buts thérapeutiques.

#### **Le bénévole**

Plusieurs programmes de santé mentale utilisent les services de bénévoles lorsque les patients psychiatriques sortent des institutions : les bénévoles apportent un support moral, une assistance dans les déplacements ainsi qu'une aide concrète. Des services de protection à l'enfance ont aussi bénéficié d'une contribution fort satisfaisante de bénévoles auprès des enfants.

Il est important que les bénévoles aient une compréhension claire de leur rôle, de celui des professionnels, qu'ils soient formés adéquatement et bien supervisés.

#### **La coordination assumée par le personnel d'un centre d'approche globale**

Ce modèle se retrouve en milieu institutionnel, par exemple en résidence communautaire pour des personnes présentant des problèmes chroniques de santé mentale, pour des programmes s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie, pour des personnes souffrant d'une déficience physique. Ces centres offrent des services complets incluant support émotionnel, service social, formation au travail et ressources d'hébergement. Des professionnels et paraprofessionnels y assument la coordination des plans de services pour aider les ré-

sidants à accéder aux ressources d'autres établissements du milieu. Un centre d'approche globale a souvent une fonction de réadaptation et de resocialisation, en devenant une sorte de famille qui supporte et enseigne aux patients de nouveaux comportements. Par exemple, des centres de services pour déficients physiques, appelés les «Independent living Centers», ont pour objectif de former les personnes à devenir leur propre coordonnateur. Le modèle médical de traitement et de réadaptation est remplacé par l'approche communautaire, l'auto-détermination, l'entraide mutuelle, les ressources du milieu.

Le modèle est limité parce qu'il s'applique à un milieu institutionnel, mais il offre une garantie de continuité de services et de coordination. Il présente l'avantage d'aider le client à acquérir des habitudes de vie autonome et des comportements sociaux plus satisfaisants pour l'individu même.

Marie Weil soutient qu'il est important qu'un nouveau programme de coordination adopte un modèle de services tenant compte des besoins de ses clients, des ressources humaines et financières du réseau de services desservant la population cible, des attitudes du public face à cette clientèle et enfin des lois et règlements gouvernementaux.

### **LA COORDINATION DES PLANS DE SERVICES ET LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE**

Si la coordination des plans de services bénéficie aux clientèles à risque, son implantation dépend de chaque domaine d'interventions. En santé mentale, il n'existe pas de modèle commun ou de cadre de référence, même s'il existe un consensus sur les éléments de programmes utiles à l'accomplissement des tâches de la coordination (Honnard, 1985).

Les premières approches communautaires ont été essayées par des cliniciens, comme Mary Ann Test (1979). Par la suite, le gouvernement traduit en termes de lois et subventions sa volonté de répéter de telles initiatives à l'échelle du pays. Cependant, le milieu des soins psychiatriques dut faire face à un dilemme important vu, d'une part, sa longue tradition de *counseling* et, d'autre part, l'émergence des besoins nouveaux d'une clientèle vivant dans la communauté avec des problèmes psychologiques majeurs et chroniques. Il a été parfois difficile d'ar-



ticuler les ressources nécessaires de façon satisfaisante et de nombreuses interrogations demeurent.

Dans un article récent, Kanter (1985) traite des dimensions cliniques que représente la pratique de la coordination. À l'instar de J. Intagliata (1983), il reconnaît l'importance de la relation coordonnateur-client comme élément essentiel d'une coordination efficace. Il explique ce qu'impliquent les fonctions de planification, de liaison du client avec d'autres services, de supervision des services dans le processus d'aide auprès de jeunes adultes psychotiques. Il définit les connaissances et habiletés exigées du coordonnateur, qu'il soit familier avec la psycho-pathologie sévère, le traitement biologique et psychosocial et les ressources communautaires, qu'il sache aider la famille vivant avec un membre perturbé psychologiquement, qu'il puisse évaluer les facteurs sociologiques affectant les patients et qu'il comprenne la façon dont ces personnes organisent les éléments de leur vie quotidienne.

Si à ces nombreuses qualités, nous ajoutons la collaboration interprofessionnelle et la compréhension des aspects organisationnels, l'ampleur de la tâche est incontestable. Malgré des efforts d'intégration des services, la coordination dans le domaine de la santé mentale n'en est pas encore à une étape concluante.

## EN GUISE DE CONCLUSION

Il nous semble que la coordination des plans de services ne traverse pas une période facile.

Au plan des services individuels, il arrive que des coordonnateurs aient à faire avec un réseau de services incomplet ou de qualité médiocre. Ils peuvent alors être appelés à offrir eux-mêmes des services directs, à limiter les interventions aux besoins prioritaires, à restreindre l'accessibilité du programme.

Concernant la plupart des domaines où l'on pratique la coordination, on craint une diminution des subventions gouvernementales.

Weil et ses collaborateurs (1985) s'inquiètent du danger que les administrateurs, législateurs et responsables de politiques se servent de la coordination des plans de services comme d'un moyen de contrôler les coûts dans un contexte de restriction budgétaire.

Cette menace crée un climat de ressentiment au

sein des établissements préoccupés de qualité et d'efficacité, confronte l'autonomie et l'autorité des professionnels et compromet gravement les services disponibles aux clients.

Malgré tous les obstacles, il n'en reste pas moins que :

Case management can now boast an increasing body of knowledge. A framework for practice is now established and there is a growing consensus on methodology (Weil, 1985, 66), auxquels s'ajouteront les découvertes futures de la recherche<sup>1</sup>.

## NOTE

1. Nous en avons parlé dans notre texte de référence, ainsi qu'Aline Grandmaison dans une recension d'écrits sur l'évaluation des systèmes de coordination des ressources alternatives pour les personnes âgées.

## RÉFÉRENCES

- AUSTIN, C.D., 1983, Case management in long term care: options and opportunities, *Health and Social Work*, 8, n° 1, 16-30.
- BAKER, F., WEISS, R.S., 1984, The nature of case manager support, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, n° 9, 925-928.
- BERNSTEIN, A.G., 1981, *Case Managers : Who are they and are they Making any Difference in Mental Health Service Delivery*, (Thèse doctorale), University of Georgia, University Microfilm International.
- CARAGONNE, P., 1983, *A Comparison of Case Management Work Activity and Current Models of Work Activity within the Texas Department of Mental Health and Mental Retardation*, Paper, Texas Department of Mental Health and Mental Retardation.
- DE WEAVER, K.L., JOHNSON, P.J., 1983, Case management in rural areas for the developmentally disabled, *Human Services in the Rural Environment*, 8, n° 4.
- GRANDMAISON, A., 1986, *Recension des écrits : évaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, Tome I — Évaluation des systèmes de coordination des ressources alternatives pour les personnes âgées*, CSSMM.
- INTAGLIATA, J., BAKER, F., 1983, Factors affecting case management services for the chronically mentally ill, *Administration in Mental Health*, 11, n° 2, 75-91.
- INTAGLIATA, J., 1982, Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management, *Schizophrenia Bulletin*, 8, n° 4, 655-674.
- KAHN, A.J., 1976, Service delivery at the neighborhood level: experience, theory and fads, *Social Service Review*, March.
- KANTER, J.S., 1985, Case management of the young adult chronic patient: a clinic perspective, *New Directions for Mental Health Services*, n° 27.
- KEMP, B.J., 1981, The case management model of human service delivery, *Annual Review of Rehabilitation*, 2, 212-238.

- LAMB, R.H., 1980, Therapist case managers : more than brokers of services, *Hospital and Community Psychiatry*, 31, n° 11, 762-764.
- LANOIL, J., 1980, The chronic mentally ill in the community-case management models, *Psychological Rehabilitation Journal*, IV, n° 2, 1-6.
- SCHWARTZ, S.R., GOLDMAN, H.H., SHOSHANNA, C., 1982, Case management for the chronic mentally ill : models and dimensions, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, n° 12, 1006-1009.
- STEINBERG, R., CARTER, G.W., 1983, *Case Management and the Elderly's, Handbook for Planning and Administering Programs*, Lexington Books, D.C. Health and Company, Lexington, Mass.
- TEST, M.A., 1979, Continuity of care in community treatment, *New Directions for Mental Health Services*, n° 2, 15-23.

WEIL, M., KARLS, J.M. and associates, 1985, *Case Management in Human Services*, Jossey Bass, Publishers, San Francisco.

#### SUMMARY

Several American laws have been passed to co-ordinate various levels of health services. The aim is to help patients reintegrate their community, particularly for those physically and intellectually handicapped patients, people suffering from severe psychological problems and elderly who are increasingly non self-sufficient. Certain aspects of health care, such as a person's real needs, the resources within a person's community, along with consistent and adequate services, must be considered if we are to overcome the downside of both budget constraints and such a complex health service network. This article reviews the author's ten-year experience in the field of mental health in the U.S.A.