

Bilan d'une réflexion sur le projet PSI-La Boussole
Reflection on the "Psi-La Boussole" project : An appraisal
Proyecto "PSI la Brújula": Une evaluation* * Nota de la traductora; "case management" es un nuevo concepto norte americano que

Michèle Paradis and Claude Gagnon

Volume 23, Number 1, Spring 1998

Autisme

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032446ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032446ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Paradis, M. & Gagnon, C. (1998). Bilan d'une réflexion sur le projet PSI-La Boussole. *Santé mentale au Québec*, 23(1), 235–251.
<https://doi.org/10.7202/032446ar>

Article abstract

The "Psi-La Boussole" project constitutes a model of coordination of services characterized by two currents : case management and coordination of Individualized Service Plan (ISP). Its objectives consists in improving autonomy, social integration and quality of life of persons with severe mental disorders, as well as reducing the burden of families and favor a partnership between different resources. From Spring 1992 to January 1996, in Quebec City, 28 people with mental disorder participated in the project. After presenting their profiles, a synthesis of the analysis of 8 history cases allows to put in light the particularities of the model and its functioning.



Bilan d'une réflexion sur le projet PSI-La Boussole

Michèle Paradis*

Claude Gagnon*

Le projet « PSI-La Boussole » constitue un modèle de coordination de services caractérisé par deux grands courants : le « case management » et la coordination des plans de services individualisés (PSI). Ses objectifs consistent à améliorer l'autonomie, l'intégration sociale et la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, à réduire le fardeau des familles et des proches et à favoriser le partenariat entre les différentes ressources. Du printemps de 1992 au mois de janvier 1996, à Québec, 28 personnes atteintes de troubles mentaux ont participé au projet. Après avoir présenté leur profil, une synthèse de l'analyse de huit histoires de cas permet de mettre en lumière les particularités du modèle privilégié et son fonctionnement.

Une certaine confusion entoure la signification du « case management » et des plans de services individualisés (PSI). Dans le langage courant, ces concepts sont souvent assimilés. Il n'y a pas, non plus, de consensus dans la littérature sur leurs définitions respectives (Tessier et al., 1992). On observe, en fait, plusieurs modèles pour chacun, ce qui en rend la compréhension complexe et difficile. Pour le « case management » uniquement, plus de 250 modèles ont été recensés jusqu'à maintenant (de Cangas, 1989, in de Cangas, 1994a), dont les fonctions principales se situent sur un continuum allant de l'arrangement de services jusqu'à des modèles mixtes combinant la psychothérapie avec la planification et la coordination des services. Certains auteurs considèrent, en effet, le « case management » comme une partie vitale de la psychothérapie pour les personnes aux prises avec une maladie chronique (Nadeau et al., 1991 ; Morrow-Howell, 1992 ; Sledge, 1995).

Le « case management »

Le concept de « case management » a surtout été développé aux États-Unis, ces 30 dernières années, avec l'expansion rapide des ser-

* Agents de planification, de programmation et de recherche à la Direction de la santé publique de Québec.

vices et l'intérêt grandissant, depuis le mouvement de désinstitutionnalisation, pour le maintien dans la communauté des personnes présentant des troubles mentaux (Marceau, 1984; Morrow-Howell, 1992). Il consiste, pour un intervenant ou une équipe (« case managers »), à orienter la personne à travers le système en établissant une relation continue avec elle, sa famille et ses proches, en assurant son accessibilité aux services et en défendant ses intérêts et ses droits (Capitman et al., 1986; Weil et al., 1985). Son utilité et sa pertinence résident principalement dans sa capacité à contrer l'éparpillement des services (Marshall et al., 1995) et à en assurer une utilisation appropriée à l'intérieur d'un système fragmenté (Austin, 1993). Bachrach et al. (1988), pour qui la notion de continuité est centrale, définissent le case management comme étant la mise en pratique du concept de continuité de soins en fournissant des services cohérents, pendant une longue période, à des personnes qui sont incapables de naviguer à travers un système de services fragmentés, compartimentés et décentralisés. En outre, le case management se présente comme un modèle d'intervention psychosociale qui propose l'établissement d'un lien thérapeutique étroit entre l'aidant et l'aidé.

Plusieurs rôles sont associés au case management. Brunelle (1988) en définit d'abord un de réadaptation, où l'intervenant procède à l'évaluation des besoins de l'utilisateur et l'aide à identifier les ressources nécessaires; puis un de liaison et de coordination où l'intervenant, à partir d'objectifs clairs, voit à ce que les divers intervenants fassent converger leurs interventions dans la même direction en impliquant la famille et les proches. Ce dernier rôle consiste en fait à déterminer la place de chacun en tenant compte des préoccupations respectives. Le rôle d'accompagnateur se traduit, quant à lui, par la présence assidue de l'intervenant dans le milieu de l'utilisateur afin d'agir directement avec lui et de prévenir toute crise éventuelle. Le « case manager » peut alors devenir à la fois le promoteur et le défenseur des droits de l'utilisateur auprès de son milieu de vie ou des prestataires de services lorsque cela est nécessaire.

Afin d'éviter qu'une relation de dépendance ne se crée, le « case manager » ne fait pas de prise en charge; il vise plutôt, par le processus de résolution de problèmes, à ce que la personne prenne sa vie en main (Danis, 1981 in Paré, 1995). Pour remplir ses fonctions, le case manager doit à la fois compter sur une forte autonomie professionnelle et disposer d'une grande disponibilité. Selon la littérature recensée, une telle disponibilité exige toutefois de limiter le « case load » à un maximum de 20 à 25 usagers et même moins dans le cas d'usagers dépendants et démunis.

Bachrach (1989, 1992) distingue deux grands courants : le case management intensif, caractérisé par le rôle de courtier de services, qui

consiste à aider la personne à augmenter son accès aux services médicaux, sociaux, éducatifs et autres; et le case management clinique, processus thérapeutique basé sur l'établissement d'un lien de confiance, où le case manager s'efforce de devenir un modèle de comportements sains, et structure un environnement tolérable pour l'usager. La forme pure de l'un ou l'autre courant étant rare, le case management revêt différentes formes qui se situent entre les deux (Solomon, 1992; Teague, 1995).

De plus, le case management repose sur une conception de l'intervention qui, sans nier la pathologie psychiatrique dans ses aspects débilissants, cherche à en limiter les effets en renforçant et en maintenant les capacités adaptatives résiduelles et en bâtissant, autour du noyau pathologique, des moyens qui vont permettre à la personne aidée de vivre avec son handicap (Brunelle, 1988; Sledge et al., 1995). De Cangas (1994b) situe l'approche intégrée de réinsertion sociale à l'intérieur du concept de case management, incluant les composantes de la coordination centralisée des PSI et le développement communautaire. Pour lui, cette approche est particulièrement avantageuse pour l'efficacité et la qualité de vie.

Selon la littérature, la pratique du case management exige certaines conditions. Cette approche, qui sous-tend la notion d'imputabilité, force le case manager à rendre des comptes à l'usager (Paré, 1995). Il est également important que l'intervenant puisse compter sur une structure d'équipe solide pouvant lui assurer un support clinique et un encadrement professionnel appropriés (Brunelle, 1988) ainsi que sur la garantie d'une formation adéquate afin d'éviter l'isolement et le burnout tout en lui assurant une pleine autonomie (McPheeters, 1982 in Paré, 1995).

Le plan de services individualisé (PSI)

La pratique du Plan de services individualisé (PSI) n'est pas nouvelle; elle a d'abord été développée en déficience intellectuelle, où une législation américaine de 1978 obligeait à recourir à un coordonnateur de plans de services pour « toutes les personnes admissibles » (Tessier et al., 1992). Ces services devaient impliquer une relation constante entre les usagers et le fournisseur afin d'assurer l'accès à tous les services médicaux, sociaux, éducatifs et leur coordination (Intagliata, 1982 in Marceau, 1984). Ce concept a été appliqué par la suite à des clientèles à problèmes multiples, dont les personnes âgées ou les enfants victimes de mauvais traitements. Comme le souligne Beaudoin (1990), le PSI constitue le moyen par excellence de combler les lacunes de l'approche traditionnelle, principalement pour les personnes qui, en raison de la complexité de leurs besoins, requièrent les services d'une diversité d'intervenants.

Principal levier d'action associé au concept de primauté de la personne, le PSI est un moyen de prédilection, prévu dans la Politique québécoise de santé mentale (1989), qui s'adresse d'abord à la personne et vise directement l'intervention. Le PSI est défini comme étant « un moyen de planification et de coordination de l'ensemble des services et des ressources avec lesquels la personne entre en contact » (MSSS, 1989, 51). En ce sens, le PSI constitue un outil au service des case managers pour assurer une meilleure continuité de services. Dans la pratique, cependant, le PSI a été interprété de plusieurs façons, entraînant une certaine confusion.

Le PSI est d'abord centré sur la personne et ensuite sur les services. Centré sur la personne, il vise à évaluer sa situation, ses besoins d'aide et son degré de réceptivité face à cette aide. Il s'agit en fait de considérer l'ensemble des besoins de l'individu en tenant compte de son environnement, de ses ressources et de ses faiblesses (Beaudoin, 1990). Dans une perspective de services, le PSI concerne la création de liens formels ou informels entre la personne ou son représentant, sa famille et les fournisseurs de services (MSSS, 1990). En assurer la coordination implique de couvrir plusieurs aspects reliés aux services, dont la promotion des intérêts de la personne, l'accessibilité des services, leur disponibilité, leur dispensation, leur développement et leur qualité. De plus, selon Tessier et al. (1992), la réussite de la coordination des PSI dépend en grande partie de la clarté des objectifs visés, de la cohérence des moyens mis en place pour les atteindre, compte tenu de ce qui est reconnu comme efficace. Enfin, dans un souci d'apporter un soutien indispensable à la clientèle, il apparaît nécessaire qu'une relation personnalisée et continue soit assurée.

Historique

Les premières démarches reliées à la mise sur pied du projet « PSI-La Boussole » remontent à 1987 alors que le Regroupement de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Québec, La Boussole, adresse une demande à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) pour qu'il s'implique davantage en santé mentale. C'est ainsi qu'est élaboré un modèle d'intervention destiné à l'intégration sociale des personnes schizo-phrènes (Le Bossé, 1987) à partir duquel le projet prendra forme.

Il était convenu que le projet se terminerai-t au terme de son financement pour trois ans, période pendant laquelle les responsables devaient déterminer les mécanismes permettant d'en assurer une certaine permanence.

En cours d'expérimentation, les responsables adressent une demande à une équipe de recherche de la Direction de la santé publique de Québec pour qu'une démarche-bilan soit réalisée en vue de mettre en évidence les particularités du modèle PSI privilégié dans l'expérimentation et d'identifier les principaux effets perçus par la clientèle, la famille et le réseau de services de santé mentale.

Le modèle du projet PSI-La Boussole

Le projet PSI-La Boussole vise trois objectifs : 1) améliorer l'autonomie, l'intégration sociale et la qualité de vie des personnes schizo-phrènes, 2) réduire le fardeau des familles et des proches, et 3) influencer le réseau de services en privilégiant le partenariat et le changement de pratique.

Son originalité repose sur la contribution de la personne à la définition de ses objectifs, des moyens et du rythme de son intégration ; sur la participation de la famille et des proches comme source de support et de stimulation ; sur la gestion du projet par un groupe communautaire, et sur l'expertise des professionnels pour renforcer l'autonomie de la personne. Le modèle comprend six étapes assurant la trajectoire des personnes et des familles dans le projet : l'accueil, l'inventaire des besoins, la détermination des objectifs, l'élaboration du plan, son actualisation et la révision.

L'équipe de projet est composée d'un comité de gestion et d'une équipe d'intervention. Le comité comprend des représentants de la Boussole, de l'OPHQ, de la RRSSS de Québec et la coordonnatrice de l'équipe d'intervention. Son rôle est de voir aux orientations du projet et d'en assurer le suivi pour l'intervention et la gestion. L'équipe d'intervention est composée d'une coordonnatrice et de deux agents d'intégration sociale (AIS). Le rôle de la coordonnatrice est d'assurer les liens entre les instances du projet, de fournir l'encadrement et le support clinique aux AIS et de voir à l'accueil des usagers. Le rôle des AIS en est un d'animateur du PSI et de case manager. En plus de faire les liens entre les services requis par l'usager, le case manager assiste ce dernier en lui apportant du soutien émotionnel, de l'accompagnement et de l'information conseil.

Pour être admis au projet, les personnes devaient présenter les caractéristiques suivantes : avoir un diagnostic de schizophrénie, être âgé de 18 à 45 ans (lancé par un groupe de parents et d'amis, le projet s'est donné comme cible leurs fils et leurs filles, situés le plus souvent dans ce groupe d'âge), avoir un réseau de soutien naturel, présenter des besoins

d'intégration sociale, avoir le désir et la volonté d'apporter des changements à sa situation et résider à l'intérieur du territoire de la Communauté urbaine de Québec. Le projet a connu deux phases d'admission : 12 usagers ont été admis au printemps 1992, alors que 16 autres s'y sont joints au printemps de 1993.

Le plus souvent, les rencontres avec les personnes atteintes et les membres des familles se sont tenues dans leur milieu de vie. Si la personne le désirait, les rencontres pouvaient se tenir au bureau de l'AIS, localisé à la Boussole. De plus, tant les personnes atteintes que les membres de leur famille pouvaient contacter les AIS au besoin, selon leur disponibilité respective.

Le bilan

La méthode

La population à l'étude est constituée de deux groupes : 1) les 28 personnes atteintes du projet, et 2) huit d'entre elles pour lesquelles des histoires de cas ont été documentées. La description des caractéristiques des 28 personnes atteintes s'est faite à partir d'une fiche synthèse complétée par les AIS et d'informations contenues au dossier. Les principales variables retenues sont de type sociodémographique, clinique ou concernent l'utilisation des services.

La sélection des huit personnes s'est effectuée avec l'équipe de projet selon leur appréciation de la satisfaction des usagers. Dans le souci de couvrir une variété de points de vue, la sélection s'est faite suivant la date d'entrée au projet, l'AIS responsable, et un classement basé sur l'appréciation de la satisfaction des participants et des membres de leur famille.

L'étude des 8 histoires de cas a reposé sur un guide d'entrevue semi-dirigée suivant chacune des étapes du modèle de PSI et documentant les aspects reliés au fonctionnement et à la satisfaction. Les entrevues ont été réalisées par deux professionnels de recherche, le plus souvent au domicile des usagers et des membres des familles. Des comptes rendus détaillés ont été complétés et validés par l'équipe de recherche.

L'analyse, essentiellement descriptive, a été réalisée à partir de données quantitatives (profil de la clientèle) et qualitatives (fonctionnement, éléments de satisfaction). L'analyse des entrevues auprès des gestionnaires et des intervenants du projet ainsi que l'examen de documents relatifs à la réalisation du projet (modèle d'intervention, comptes rendus de réunion, etc.) complètent l'information recueillie.

Enfin, l'analyse de contenu (Miles et al., 1994) a été utilisée pour décrire les huit histoires de cas sélectionnées.

Profil de la clientèle

Le projet a rejoint 21 hommes et sept femmes dont l'âge moyen est de 34,2 ans. Douze personnes ont complété ou s'apprêtaient à compléter des études de niveau collégial ou universitaire. Vingt-quatre usagers avaient, au moment de leur entrée dans le projet, un diagnostic de schizophrénie alors que les autres en présentaient les symptômes sans toutefois avoir une confirmation médicale. La majorité des usagers étaient célibataires (22), près de la moitié (13) vivaient avec au moins un parent au début du projet, 12 vivaient seuls et 3 vivaient avec leur conjoint. En cours de projet, plusieurs ont quitté le foyer familial pour aller vivre seuls. Vingt-quatre des 28 personnes ont déjà été hospitalisées dont 12 au cours du projet et seulement deux participants n'ont jamais été hospitalisés. Par ailleurs, la majorité des personnes ont été référées par la Boussole.

Les participants s'étaient fixé en moyenne trois objectifs personnels à l'intérieur de leur PSI. Les plus fréquents concernaient la socialisation, l'intégration au marché du travail ainsi que l'amélioration de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et domestique. Les autres objectifs visaient l'hébergement, le retour aux études, l'amélioration de la santé physique et mentale ainsi que le développement de l'autonomie émotionnelle. Peu de personnes ont identifié un coordonnateur externe de leur PSI; c'est généralement l'AIS qui a assumé ce rôle, combinant ainsi les fonctions de case manager et de coordonnateur de PSI. La durée de participation a varié de 19 à 36 mois pour une durée moyenne de 24,9 mois.

Constats relatifs aux objectifs poursuivis

Constats généraux

Plusieurs éléments du projet sont ressortis comme étant positifs. La qualité de la présence de l'AIS, le soutien dans des démarches concrètes, l'approche individualisée, le ratio limité intervenant-usagers ainsi que l'effet mobilisateur engageant plusieurs intervenants externes pour un usager sont les aspects les plus souvent mentionnés par les personnes atteintes et les familles. L'appréciation des intervenants extérieures concerne principalement la collaboration qui s'est développée avec l'AIS. D'après eux, le projet a fourni l'occasion de partager la responsabilité du dossier et a permis un support mutuel. De même, le côté

pragmatique du projet, collé aux préoccupations concrètes des personnes atteintes, constitue un autre point fort.

Parmi les aspects négatifs, certains usagers et membres des familles soulignent le manque d'intensité du suivi auprès de l'utilisateur. Des personnes atteintes auraient apprécié pouvoir compter sur une plus grande disponibilité et implication des AIS dans leur relation thérapeutique. Les membres des familles sont d'avis qu'un suivi plus intensif aurait facilité la réalisation d'actions concrètes de la part des personnes atteintes, souvent très ambivalentes et nécessitant un encadrement soutenu. Pour eux, la tenue de rencontres avec l'AIS sur une base régulière (rendez-vous fixes) aurait permis de fournir le support nécessaire pour motiver les usagers et les inciter à investir pleinement dans l'actualisation des objectifs qu'ils s'étaient fixés.

Par ailleurs, en raison de leur rôle central à l'intérieur d'une démarche de plan de service individualisé, les réunions PSI constituent certainement un des éléments-clés de ce type de projet. Ces rencontres, auxquelles participent l'utilisateur, un proche et les différents intervenants impliqués dans la prestation de services, consistent à s'entendre sur la nature et l'intensité des services à fournir. Les personnes de la première cohorte ont systématiquement participé à une réunion PSI. À la suite des observations sur ces réunions, des questions ont été soulevées par l'équipe de projet, qui a décidé d'apporter des modifications à cette étape de façon à laisser la tenue de ces réunions à la discrétion de la personne atteinte. Aussi, les points de vue des personnes interviewées divergent à l'égard de ces rencontres. Certains usagers et membres des familles ont apprécié avoir l'occasion de s'exprimer, y ont vu une possibilité d'exposer leur point de vue et se sont sentis *au cœur des préoccupations*. D'autres, moins confortables dans ce type de démarche, se sont sentis intimidés et cette rencontre a constitué une source de stress majeure. Certaines familles ont d'ailleurs souligné s'être senties mal à l'aise en raison du caractère intime de ce qui était discuté. Les intervenants, pour leur part, montrent beaucoup plus de satisfaction face à la réunion PSI même s'ils perçoivent l'inconfort que cela peut occasionner pour les usagers et leur famille et insistent sur l'importance du libre choix d'y participer. De plus, certains remettent en question la nécessité de tenir de telles réunions, privilégiant plutôt un échange d'informations selon des mécanismes davantage informels.

Constats relatifs à l'objectif visant à améliorer l'autonomie, l'intégration sociale et la qualité de vie des personnes schizoéphrènes

Les principaux motifs des personnes atteintes pour participer au projet ont été exprimés en termes de besoin de support dans diverses ac-

tivités de la vie quotidienne et dans différentes démarches qui, sans aide, leur apparaissent très difficiles à accomplir. D'autres ont également exprimé le désir d'être écouté et parfois même d'être pris en charge.

Certaines difficultés concernant l'actualisation du PSI ont été relevées, notamment à l'étape de la détermination des objectifs. En effet, les usagers ont, entre autres, exprimé la complexité de formuler des objectifs clairs, réalistes, correspondant à un désir réel de changer leur situation. Malgré ces difficultés, les personnes rencontrées ont eu le sentiment d'avoir atteint une part des objectifs fixés, reconnaissant toutefois que des efforts supplémentaires auraient pu être déployés, en particulier dans le cas des personnes qui sont entrées plus tardivement dans le projet. Ces dernières se montraient d'ailleurs davantage déçues par la fin du projet.

Les principaux effets perçus par les personnes atteintes sont la socialisation, la création de liens significatifs, le développement de capacités d'adaptation et une meilleure connaissance des signes avant-coureurs d'une décompensation.

Constats relatifs à l'objectif visant à réduire le fardeau des familles et des proches

Le désir de prise en charge de la personne atteinte a été partagé par certaines familles rencontrées, particulièrement par les parents vieillissants qui manifestaient un besoin de répit évident. Se décrivant eux-mêmes comme étant *très fatigués* et ne sachant plus comment intervenir de façon efficace, les membres des familles recherchaient par ce projet du support concret tant pour la personne atteinte que pour eux-mêmes, s'accordant ainsi le répit nécessaire pour poursuivre leur aide au quotidien. Le caractère novateur du projet et son approche individualisée ont également représenté un certain attrait, influençant la décision des personnes et des familles d'y participer.

L'implication des familles et des proches dans le projet a été différente de celle des personnes atteintes. Bien qu'ils aient été informés régulièrement de l'évolution de la situation, ils n'ont pas suivi de près le déroulement de chacune des étapes du PSI. Leur implication a correspondu à leur besoin de répit et à leur souci de ne pas s'immiscer dans la vie privée de la personne atteinte. Les principaux effets perçus sont l'allègement du fardeau et un sentiment accru de sécurité.

Constats relatifs à l'objectif visant à influencer le réseau de services en privilégiant le partenariat et le changement de pratique

L'implication des intervenants externes au projet (infirmières psychiatriques, intervenants psychosociaux) a été variable, répondant aux demandes des AIS. Ils ont été informés du suivi du PSI de leur usager et ils pouvaient, au besoin, communiquer avec l'AIS afin d'échanger sur des aspects particuliers ou pour faire le point sur les attitudes à adopter en fonction des changements survenus.

La coordination des PSI est certes un élément crucial. Il était prévu qu'en cours de projet, les AIS se dégagent de ce rôle et soient remplacés par un coordonnateur externe. Or, seulement sept des 28 usagers ont eu un coordonnateur autre que l'AIS. Les entrevues ont révélé que les personnes partageaient une compréhension diffuse du rôle et des fonctions du coordonnateur de PSI, ne sachant pas qui, dans les faits, pouvait assumer cette responsabilité. La majorité des personnes (21/28) se sont appuyées sur l'AIS pour tous les aspects reliés à la coordination, si bien qu'au terme du projet, cette dimension n'était assumée, formellement du moins, par personne. Dans certains cas, des intervenants ayant été approchés pour remplir ces fonctions ont refusé faute de disponibilité, estimant que le temps et l'énergie requis étaient trop importants. Certains ont souligné la nécessité de concevoir le rôle de coordonnateur de PSI selon des modalités plus souples, reposant sur un changement de mentalité où les intervenants sont davantage prêts à faire confiance aux autres. Par contre, devant la fin imminente du projet, des démarches ont été entreprises afin d'impliquer des intervenants des CLSC. Bien que certains aient accepté, leur charge de travail réduisait considérablement leur disponibilité à l'endroit des usagers du projet.

Par ailleurs, les intervenants rencontrés sont d'avis que le projet a permis de soulager les intervenants sociaux des centres hospitaliers qui, autrement, auraient dû jouer un plus grand rôle dans le suivi de la personne atteinte. On souligne également l'effet de sensibilisation du réseau de la santé mentale à la notion de PSI, ce qui a contribué à améliorer les échanges et les collaborations entre les intervenants.

Réflexion critique sur le projet

Contribution respective du case management et du PSI

Malgré le caractère hybride du modèle qui jumelle une approche de case management à des objectifs de plans de services individualisés, le case management a occupé une place plus grande que celle des PSI.

Le case management, mis en pratique à l'intérieur de ce projet, est conforme à bien des égards aux différentes approches recensées dans la littérature (Bachrach, 1989 ; De Cangas, 1994b ; Wagener-Jobidon, 1995) et les fonctions assumées par les AIS correspondent bien à celles proposées par plusieurs auteurs (Schwartz et al., 1982 ; Capitman et al., 1986 ; Brunelle, 1988 ; Sledge et al., 1995). Il semble que l'implication des AIS pour assurer un suivi continu et intensif ait primé sur la coordination des plans de services, qui s'est retrouvée au second plan.

En effet, formellement, il n'y a eu que très peu de coordination de PSI, dans le sens où le MSSS le définit (1989). La coordination réalisée dans ce projet a plutôt été informelle et la transmission des informations concernant un usager s'est en général faite verbalement. Une véritable coordination des PSI aurait nécessité une plus grande implication de la part de l'intervenant responsable et de l'organisme dont il fait partie afin d'assurer le rôle pivot que suppose cette coordination.

Plusieurs raisons concourent à expliquer l'importance accordée à l'approche de case management au détriment du PSI. Mentionnons d'abord une certaine crainte de l'équipe de projet que le caractère administratif du PSI, par la formalisation de plans et de formulaires, ne prenne le pas sur les valeurs sous-jacentes de la démarche. L'absence de légitimité reconnue aux AIS, accentuée par le caractère communautaire du projet, constitue une autre raison majeure. D'ailleurs, les notions de légitimité et d'autorité (Schwartz et al., 1982 ; Sledge et al., 1995) demeurent centrales à la coordination des PSI. Les auteurs ont observé que les case managers ont souvent le sentiment de ne pas avoir suffisamment d'autorité quant aux responsabilités liées à leurs tâches. Par sa capacité à influencer les pratiques des différents partenaires, cette autorité consiste en un certain contrôle sur les ressources et sur les informations et repose sur l'expérience de l'intervenant, sa crédibilité et le respect qui lui est voué par les autres intervenants. Selon ces éléments, les collaborations avec les partenaires s'établiront difficilement si l'autorité du case manager demeure ambiguë. Dans le cadre du projet, il n'est pas évident que cette reconnaissance des partenaires ait été accordée aux AIS.

Besoin d'un suivi intensif pour les personnes atteintes

Le projet a mis en valeur l'importance des besoins en matière de suivi et d'accompagnement dans la communauté pour répondre à plusieurs types de besoins quotidiens des personnes atteintes. Bien que la nature de ces besoins varie d'un usager à l'autre, l'intensité qu'ils nécessitent en termes de suivi communautaire semble cependant com-

mune à plusieurs. Ainsi, soucieux de s'adapter aux besoins importants d'assistance et de support des usagers dans la communauté, il n'est pas étonnant qu'une insistance de la part des AIS ait été mise sur certains aspects du case management.

Cette insistance constitue sans nul doute un point fort important pour les membres des familles, qui ont beaucoup apprécié que les AIS *se placent au niveau des usagers* et soient sensibles à la situation qu'ils vivent. Le projet les a forcés à se questionner sur leur propre façon de faire et leur a appris à se faire respecter, favorisant une meilleure communication. Par contre, l'absence de coordination des services par un intervenant ou une personne externe au projet représente une des principales faiblesses en ce qui concerne le suivi à assurer au terme du projet.

Besoin de soutien des familles et des proches

L'importance et l'intensité des besoins des familles ayant à leur charge une personne aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants ont également été mis en évidence. Le suivi intensif fourni par le projet a permis un répit opportun à des familles qui étaient à bout de souffle. Certains proches allaient même jusqu'à souhaiter une véritable prise en charge de cette personne pour que *quelqu'un prenne leur place pour un certain temps*. Le besoin de prise en charge sur une base soutenue demeure une grande préoccupation pour les familles qui ne se sentent plus la force de jouer un rôle aussi actif qu'avant auprès de leur personne atteinte. Particulièrement préoccupés de l'avenir de leur enfant souffrant de troubles mentaux, les parents âgés se disent très inquiets; ils souhaitent pouvoir compter sur une forme de relève dans l'aide et le support à apporter à leur fils ou à leur fille. Ils ne voient cependant pas qui pourra jouer ce rôle et craignent de ne pouvoir compter sur un suivi aussi soutenu que celui qui était dispensé à l'intérieur du projet.

Complémentarité avec le réseau des services

Dans l'ensemble, les partenaires ont apprécié la collaboration des AIS; ils se sont montrés ouverts à ce type d'approche qui venait les épauler dans leur pratique. Ils ont aussi observé une amélioration des relations avec les médecins traitants qui s'est manifestée par une plus grande facilité de communication. En ce sens, le projet a été perçu comme une occasion de s'entraider et a favorisé les collaborations avec les autres partenaires.

Il semble de plus que le projet ait « soulagé » le réseau, en ce sens que le type d'interventions pratiquées par les AIS couvraient plusieurs

dimensions du quotidien de la personne atteinte. Ces actions, qui visaient à répondre à divers besoins de l'utilisateur ainsi qu'à ceux des familles et des proches, ont donc occupé une grande place, nécessitant un apport moindre de certains intervenants qui, autrement, auraient eu à s'impliquer davantage.

Les partenaires ont apprécié l'approche de case management notamment dans la façon de rejoindre les usagers dans leurs activités quotidiennes et dans leur milieu, en dehors du contexte de l'établissement et en favorisant la complémentarité des actions auprès de diverses ressources axées sur l'intégration sociale. Cette diversification des activités dans tous les domaines constitue, selon Brunelle (1988), une condition de succès importante, d'autant plus que, comme le mentionnent Marshall et al. (1995), les personnes ayant des troubles mentaux ont certes de nombreux besoins psychiatriques, mais aussi plusieurs besoins sociaux.

Les intervenants rencontrés sont unanimes à reconnaître la nécessité d'un changement de mentalité qu'exigent la pratique des PSI et la philosophie qui y est sous-jacente. Pour cela, il est nécessaire de développer une relation de confiance entre organismes et intervenants concernés par les PSI ainsi qu'une ouverture d'esprit qui soient favorables à l'approche globale et aux interventions provenant de multiples partenaires.

Malgré l'influence de cette expérimentation sur le réseau de services, le bilan du projet révèle une certaine résistance de la part des intervenants à l'égard de la coordination des PSI. Les craintes et réticences manifestées à ce sujet concernent principalement l'insuffisance de ressources pour accomplir ces fonctions, même si la littérature fait valoir la pertinence et l'efficacité de telles approches dans la continuité des services.

Conclusion

L'apport du suivi intensif dans le milieu de vie de l'utilisateur met en évidence l'importance des besoins de support des personnes atteintes en ce qui concerne les activités qu'elles doivent accomplir quotidiennement. Pour cela, l'approche de case management s'est révélée appropriée et a été très appréciée par les personnes elles-mêmes et leurs familles.

La clientèle a présenté un défi aux AIS qui avaient à considérer à la fois les personnes atteintes et des membres de leur famille. Il s'agissait en fait de deux clientèles dont les attentes pouvaient varier et même diverger de façon importante à certains égards. Suivant les principes sous-

jacents au PSI, des efforts considérables ont été apportés pour recentrer les démarches sur la personne atteinte tout en tenant compte des attentes des familles concernées.

L'origine communautaire du projet constitue une autre caractéristique originale. Il est cependant difficile d'estimer tous les effets que l'origine de ce projet a pu avoir dans les faits, sinon pour souligner qu'il est possible de réaliser de telles démarches dans le réseau communautaire. De plus, l'association de trois partenaires a présenté des difficultés structurelles qui méritent d'être considérées pour l'élaboration de nouvelles expérimentations.

La notion de PSI se définit concrètement et invite chacun à aller de l'avant avec cet outil privilégié pour assurer la coordination des services de façon individualisée, en mettant à contribution les partenaires impliqués dans un dossier. Toutefois, en raison des besoins de support et d'accompagnement, il demeure pertinent de continuer à investir dans une approche de type case management afin d'apporter un suivi soutenu à des personnes qui vivent des problématiques chroniques, évitant ainsi de briser la continuité des soins et des services.

En outre, le contexte actuel, caractérisé par une importante rationalisation, oblige à modifier les modes de pratique pour s'approprier de nouveaux courants et sortir des sentiers battus. Plusieurs défis sont à relever en ce sens et l'expérimentation de nouvelles approches auprès d'une clientèle présentant des problèmes de santé mentale sévères et persistants s'avère certainement très utile.

Références

- AUSTIN, C. D., 1993, Case management : A systems perspective, *The Journal of Contemporary Human Services*, 451-458.
- BACHRACH, L. L., HARRIS, M., 1988, Editors' notes, *New Directions for Mental Health Services*, 40, 1-3.
- BACHRACH, L. L., 1989, Case management : Toward a shared definition, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, 883-884.
- BACHRACH, L.L., 1992, Case management revisited, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 3, 209-210.
- BEAUDOUIN, R., 1990, *Approche du plan de services individualisé et le programme de maintien à domicile : projet de démonstration*, Communication présentée au Colloque santé communautaire : La recherche au service de l'action, Québec.

- BRUNELLE, A., 1988, Les programmes de « case management » : une description sommaire, *Santé mentale au Québec*, XIII, 2, 157-160.
- CAPITMAN, J. A., HASKINS, B., BERNSTEIN, J., 1986, Case management approaches in coordinated community-oriented long-term care demonstrations, *The Gerontologist*, 26, 4, 398-404.
- DE CANGAS, J. P. C., 1994a, Le « Case Management » affirmatif : une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier, *Santé mentale au Québec*, XIX, 1, 75-92.
- DE CANGAS, J. P. C., 1994b, L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du « case management » et de la réhabilitation psychosociale, *Santé mentale au Québec*, XIX, 1, 59-74.
- LE BOSSÉ, Y., 1987, *Proposition d'un modèle d'intervention destiné à l'intégration sociale des personnes schizoéphrènes*, La Boussole, Québec.
- MARCEAU, M.-P., 1984, *La coordination des plans de services*, Texte de référence à partir d'une revue de littérature, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, Direction des services professionnels, Montréal.
- MARSHALL, M., LOCKWOOD, A., GATH, D., 1995, Social services case management for long-term mental disorders : A randomised controlled trial, *The Lancet*, 345, 409-412.
- MILES, M. B., HUBERMAN, A. M., 1994, *Qualitative Data Analysis : an Expanded Sourcebook*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- MSSSQ, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1989, *Politique de santé mentale : Orientations*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MSSSQ, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1990, *Plan de services individualisé en santé mentale*, Gouvernement du Québec, Direction de la santé mentale, Québec.
- MORROW-HOWELL, N., 1992, Clinical Case Management : The hallmark of gerontological social work, *Journal of Gerontological Social Work*, 18, 3/4, 119-131.
- NADEAU, B., BOURQUE, A., 1991, *La réinsertion sociale en milieu rural québécois : adaptation du modèle de « case management »*, Présenté au troisième Congrès de l'Association mondiale pour la Réadaptation psychosociale, Centre Hospitalier Baie des Chaleurs, Maria, Gaspésie.
- PARADIS, M., 1994, *Coordination des soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie : étude de pertinence*, Essai de maîtrise en santé communautaire, Université Laval, Québec.

- PARÉ, C., 1995, *Définition et évolution de la notion « case management »*, Centre de réadaptation La Triade, Charlesbourg.
- SCHARTZ, S. R., GOLDMAN, H. H., CHURGIN, S., 1982, Case Management for the Chronic Mentally Ill : Models and Dimensions, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 12, 1006-1009.
- SLEDGE, W. H., ASTRACHAN, B., THOMPSON, K., RAKFELDT, J., LEAF, P., 1995, Case Management in Psychiatry : an Analysis of Tasks, *American Journal of Psychiatry*, 152, 9, 1259-1265.
- SOLOMON, P., 1992, The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients, *Community Mental Health Journal*, 28, 3, 163-180.
- TEAGUE, G. B., DRAKE, R. E., ACKERSON, T. H., 1995, Evaluating Use of Continuous Treatment Teams for Persons with Mental Illness and Substance Abuse, *Psychiatric Services*, 46, 7, 689-695.
- TESSIER, L., CLÉMENT, M., WAGENER-JOBIDON, V., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défi des années 90*, Le comité de la santé mentale du Québec, éd. Gaëtan Morin, Boucherville.
- WAGENER-JOBIDON, V., 1995, *Le suivi intensif des personnes itinérantes et atteintes de troubles mentaux sévères et persistants : un guide pour intervenants*, Traduction et adaptation du manuel pour intervenants du programme The Bridge, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Créer des liens avec la communauté, No. 1, Québec.
- WEIL, M., KARLS, J. M., 1985, *Case Management in Human Service Practice*, San-Francisco, Jossey-Bass Publishers.

ABSTRACT

Reflection on the « Psi-La Boussole » project : An appraisal

The « Psi-La Boussole » project constitutes a model of coordination of services characterized by two currents : case management and coordination of Individualized Service Plan (ISP). Its objectives consists in improving autonomy, social integration and quality of life of persons with severe mental disorders, as well as reducing the burden of families and favor a partnership between different resources. From Spring 1992 to January 1996, in Quebec City, 28 people with mental disorder participated in the project. After presenting their profiles, a synthesis of the analysis of 8 history cases allows to put in light the particularities of the model and its functioning.

RESUMEN

Proyecto «PSI la Brújula»: Una evaluación*

El proyecto «PSI La Brújula» constituye un modelo de coordinación de servicios caracterizado por dos grandes corrientes: el «case management» y la coordinación de los planes de servicios individualizados (PSI). Sus objetivos consisten en mejorar la autonomía social y la calidad de vida de las personas afectadas por desordenes mentales severos y persistentes, en reducir el fardo de las familias y los parientes, y de favorecer el partenariado entre los diferentes recursos disponibles. Entre mayo de 1992 y enero de 1996, 28 personas afectadas por desordenes mentales participaron en un proyecto en el Quebec. Después de haber presentado el perfil de estas personas, la síntesis del análisis de ocho estudios de caso permite esclarecer las particularidades del modelo privilegiado y de su funcionamiento.

* Nota de la traductora; «case management» es un nuevo concepto norteamericano que puede significar según el caso, un ejercicio de coordinación o de supervisión. De la misma manera, se trata de la centralización de un caso en donde el trabajador social o comunal es el pilar de un conjunto de intervenciones.