

**La problématique  
du plan de services de la personne**

**État de situation dressé par l'Office des personnes handicapées du Québec**

## **Rédaction**

---

Pierre Berger  
Conseiller à l'intervention nationale  
Direction de la recherche, du développement et des programmes

## **Le**

---

18 septembre 2003

## **Mise en page**

---

Jocelyne Bisson  
O:\Secrétariat\DOCUMENT\1150\1151\_Problématique plan de services\_Avis OPHQ.doc

## **Approbation**

---

Membres du conseil d'administration  
à leur séance du 25 septembre 2003

**Office des personnes  
handicapées**

**Québec**



309, rue Brock  
Drummondville (Québec) J2B 1C5

# Table des matières

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. LE CONTEXTE DU PLAN DE SERVICES.....</b>	<b>3</b>
1.1 POURQUOI LE PLAN DE SERVICES ? .....	3
<i>Pour assurer une continuité et une cohérence des services</i> .....	3
<i>Pour répondre aux attentes de la personne</i> .....	4
1.2 MODELES DE BASE DE PLANIFICATION ET DE COORDINATION DES SERVICES .....	5
<i>Le case management</i> .....	6
<i>La coordination concertée</i> .....	7
1.3 LOIS ET RÈGLEMENTS RELATIFS À LA PLANIFICATION ET À LA COORDINATION DES SERVICES.....	8
<i>Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées</i> .....	9
<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> .....	10
<i>Loi sur l'instruction publique</i> .....	14
<i>Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles</i> .....	16
1.4 DIFFERENTES DEFINITIONS DU PLAN DE SERVICES ET DU PLAN D'INTERVENTION .....	17
<i>Le plan de services</i> .....	17
<i>Le plan d'intervention individualisé</i> .....	19
1.5 DES CONCEPTIONS OPPOSEES DE LA PLANIFICATION INDIVIDUALISEE DES SERVICES .....	25
<b>2. DIFFERENTES PRATIQUES DE PLANIFICATION ET DE COORDINATION DES SERVICES .....</b>	<b>29</b>
2.1 LA PRATIQUE DU PLAN DE SERVICES A L'OFFICE .....	29
2.2 LE RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX.....	32
<i>Déficience intellectuelle</i> .....	32
<i>Déficience physique</i> .....	33
<i>Dans le secteur de la santé mentale</i> .....	34
<i>Personnes âgées en perte d'autonomie</i> .....	36
2.3 LA COMMISSION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE DU TRAVAIL (CSST) .....	37
2.4 LA SOCIETE DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUEBEC (SAAQ) .....	38
2.5 LES BUDGETS PERSONNALISES .....	39
<b>3. LA PERCEPTION DU PLAN DE SERVICES PAR LES DIFFERENTS ACTEURS .....</b>	<b>43</b>
<b>4. DIFFERENTS PROBLEMES LIES A LA PRATIQUE DU PLAN DE SERVICES..</b>	<b>47</b>
4.1 À QUELS OBJECTIFS LES DEMARCHES DE PLANIFICATION ET DE COORDINATION DES SERVICES DOIVENT-ELLES REPOUDRE ?.....	47
4.2 DOIT-ON ENVISAGER LA PLANIFICATION ET LA COORDINATION DES SERVICES EN FONCTION DE L'OFFRE DE SERVICES OU EN FONCTION DE LA DEMANDE ? .....	50
4.3 QU'EST-CE QUE COORDONNER UNE DEMARCHE DE PLAN DE SERVICES ET QUI DEVRAIT COORDONNER UNE TELLE DEMARCHE ? .....	51
4.4 QUEL GENRE DE MECANISME DEVRAIT-ON PRIVILEGIER POUR LA PLANIFICATION ET LA COORDINATION DES SERVICES ?.....	55
4.5 COMMENT EVITER CERTAINES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LES PRATIQUES ACTUELLES DU PLAN DE SERVICES ?.....	57

<b>5. POUR RELEVER LE DEFI DE LA MISE A JOUR DE LA CONCEPTION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SERVICES .....</b>	<b>58</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>61</b>

# Introduction

Le plan de services se veut un outil visant à assurer une continuité (par la planification) et une cohésion (par la coordination) des services et des interventions données à une personne pour répondre à ses besoins et à ses attentes. Il s'agit là d'une finalité qu'il importe de se rappeler au moment où l'Office juge utile de faire le point sur cette pratique afin de favoriser son développement. Cet objectif de réflexion est une nécessité reconnue.

En effet, à l'intérieur des différents réseaux de services, les notions de plan de services et de plan d'intervention prennent différents sens et font l'objet de pratiques variées, pas toujours cohérentes ni harmonisées entre elles. Entre autres, les travaux autour de la politique ministérielle de la déficience intellectuelle<sup>1</sup> ont fait ressortir les difficultés qu'engendrent les différentes conceptions de la notion de plan de services. On y constate également les difficultés d'articulation des plans de services liées à la disponibilité et à l'accessibilité des ressources. Aussi, le mécanisme permettant d'accéder à un plan de services apparaît lourd et compliqué, et le plan de services est souvent perçu davantage comme un instrument administratif plutôt que clinique<sup>2</sup>.

L'Office des personnes handicapées du Québec, voyant la nécessité de mettre à jour la conception et la mise en œuvre du plan de services, a inséré dans sa planification stratégique 2001-2004 un projet à cet effet. D'ailleurs, le plan d'action accompagnant la politique ministérielle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à

---

<sup>1</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *De l'intégration sociale à la participation sociale*, Québec, 2001, 111 p.

<sup>2</sup> Jean LAMARRE, *Vers une meilleure participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle : Une étude sur l'état d'implantation des orientations ministérielles de 1988 en matière de déficience intellectuelle*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 62 p. Également, le même constat est fait dans le secteur de la santé mentale où « l'utilité du PSI est perçue comme étant davantage relative à des fins administratives qu'à des fins cliniques. » (Réf. : Nelson POTVIN, *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1997, p. 20.)

l'égard de la déficience intellectuelle accordait à l'Office la responsabilité de mettre à jour la conception et la mise en œuvre du plan de services<sup>3</sup>.

Le présent document fait état de la problématique de l'application d'une approche du plan de services à l'intérieur des différents réseaux de services. Il identifie un certain nombre d'éléments qu'il faut clarifier pour mettre à jour la conception et la mise en œuvre du plan de services.

En ce sens, l'Office considère le présent document comme le diagnostic qu'il dresse sur la pratique du plan de services. Suite à la publication de ce document, l'Office entend partager ce diagnostic, quitte à le nuancer et le préciser si nécessaire. C'est en concertation avec ses partenaires qu'il se propose de travailler à chercher des solutions pour harmoniser et bonifier la pratique du plan de services.

Le premier chapitre du document concerne le portrait contextuel du plan de services. Il y est question de la pertinence du plan de services, des principaux modèles d'articulation de la pratique du plan de services, des principales législations où il en est question et des différentes définitions qui y sont relatives. Le chapitre deux présente une recension des pratiques existantes. Le chapitre trois est consacré à la perception que se font les différents acteurs concernés par le plan de services (usagers, parents d'usagers, intervenants et gestionnaires) de la pertinence et de l'utilité d'une pratique de planification et de coordination individualisées des services et des interventions. Le chapitre suivant fait le tour des différents problèmes et précise les éléments qui nécessitent un repositionnement et une harmonisation. Le dernier chapitre du document se termine sur une invitation à une démarche de concertation qui interpelle différents acteurs.

---

<sup>3</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *De l'intégration sociale à la participation sociale, Plan d'action de la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, 2001, p. 24.

# 1. Le contexte du plan de services

## 1.1 Pourquoi le plan de services ?

### ***Pour assurer une continuité et une cohérence des services***

L'idée de planifier et de coordonner les services ne date pas d'hier. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la gestion personnalisée est apparue dans les pratiques de service social comme une solution pour répondre à l'accès et à la complexité des services<sup>4</sup>. Aussi, « 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 [...] 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...<sup>5</sup> ».

Les personnes dont les besoins, l'intégration ou le maintien de l'intégration sociale nécessitent des services sont confrontées à une fragmentation des ressources. Contrairement au modèle d'intervention institutionnel et ségrégué qu'a connu le Québec au XX<sup>e</sup> siècle, surtout avant 1970, où une personne recevait l'ensemble de ses services d'une seule et même organisation, l'intégration sociale des personnes handicapées a maintenant pour conséquence le recours à une variété de services donnés par un grand nombre d'intervenants. Il devient ainsi nécessaire, afin d'assurer une continuité et une cohérence des services et des interventions, d'en établir une planification et une coordination.

---

<sup>4</sup> À ce sujet, voir Noël CHAMPAGNE, « Plan de services individualisé : concept théorique et pratique », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 3, n<sup>o</sup> 1, juin 1992, p. 59-73 ; et Marie-Paule LABRECQUE-MARCEAU, « La coordination des plans de services », *Santé mentale au Québec*, vol. XII (1987).

<sup>5</sup> Noël CHAMPAGNE, *ibidem*, p. 60.

La planification a pour objet d'assurer une continuité des services, de manière à rencontrer les objectifs que se donne une personne en regard de la réponse à ses besoins et à son intégration sociale. Si autrefois une personne recevait ses services d'une même organisation tout au long de sa vie, il en va différemment maintenant. Les personnes ayant besoin de services doivent recourir à plusieurs organisations, et cela, à différents moments pour répondre à l'ensemble de leurs besoins. Dans ce contexte, il serait difficile d'assurer une continuité des services si l'on ne les planifiait pas. Aussi, la planification vise à éviter les ruptures dans la prestation des services. Une bonne planification tient compte du moment où les services sont disponibles et prévoit des solutions de rechange lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles au moment désiré.

La coordination vise à favoriser une cohérence et une complémentarité des services dans la réponse aux différents besoins d'une personne. Ainsi, pour éviter les doublons dans les services et les interventions, assurer la couverture de tous les besoins et garantir qu'ils concourent aux mêmes objectifs et qu'ils sont orientés dans la même direction, il est nécessaire d'en réaliser la coordination<sup>6</sup>.

### ***Pour répondre aux attentes de la personne***

Le plan de services est apparu au Québec comme un outil mis à la disposition de la personne pour qu'elle puisse trouver une réponse à ses besoins tout en contrôlant son existence. En effet, dès le début des années 80, la Politique d'ensemble *À part... égale* préconisait que la personne handicapée soit le maître d'œuvre de son plan de services et qu'elle puisse évaluer ses besoins, se donner des objectifs et trouver auprès des ressources une réponse à ses attentes<sup>7</sup>. Dans ce sens, l'approche du plan de services

---

<sup>6</sup> Par exemple, pour qu'une personne puisse avoir accès à des activités de loisir, il peut être nécessaire de l'assurer, en plus de son inscription à ces activités, qu'elle pourra bénéficier d'une aide sur place, de pouvoir être transportée au centre de loisirs, etc. Il faut ainsi lui garantir et coordonner l'accès à des activités de loisir, à des services de transport et à des services de support à l'intégration. Le plan de services se présente ainsi comme un instrument permettant d'assurer la continuité et la cohérence des services, et cela, en toute complémentarité.

<sup>7</sup> OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *À part... égale, L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Drummondville, Publications du Québec, 1984, p. 40.

préconisée dans le milieu des personnes handicapées se présentait initialement comme un instrument mis à la disposition de la personne pour qu'elle puisse réaliser ses aspirations.

## 1.2 Modèles de base de planification et de coordination des services

Les modèles relatifs à la coordination des services sont nombreux et variés. Déjà, en 1995, dans une revue de la littérature en regard du projet *PSI – La Boussole : un modèle de plan de services individualisé (PSI) axé sur le « case management »*, on rapportait l'existence de plus de 250 modèles de *case management* recensés<sup>8</sup>. Néanmoins, les processus de coordination et de planification ont en commun de viser à éviter un certain éparpillement et une discontinuité des services tout en préconisant un accès plus facile et mieux coordonné à ceux-ci. Aussi, certaines formules de planification et de coordination sont fortement influencées par les courants axés sur la reconnaissance des droits et se fondent sur des valeurs telles que la normalisation et l'*empowerment*<sup>9</sup>. D'ailleurs, les orientations fondamentales de la Politique d'ensemble À part... égale préconisaient, entre autres choses, le libre choix de la personne, sa participation aux décisions et une réponse personnalisée et adaptée à ses besoins<sup>10</sup>.

Essentiellement, malgré une multitude de variantes, on peut dire qu'il existe deux modèles de base de planification et de coordination des services : le *case management* (ou gestion personnalisée) et la coordination concertée.

---

<sup>8</sup> Michèle PARADIS, et Claude GAGNON, *Bilan du projet « PSI – La Boussole » : Un modèle de plan de services individualisé (PSI) axé sur le « case management »*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et Office des personnes handicapées du Québec, décembre 1995, p. 11.

<sup>9</sup> À ce sujet, voir Noël CHAMPAGNE, « Plan de services individualisé : concept théorique et pratique » *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 3, n° 1, juin 1992, p. 60.

<sup>10</sup> OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 46 et 47.

## Le case management

Il existe plusieurs définitions du *case management*. Cependant, toutes incluent un appui aux démarches pour l'accès, la planification et la coordination des services. On peut dire que le *case management* se définit généralement comme un mécanisme reposant sur l'accompagnement de la personne, sa famille et ses proches dans un processus continu assurant l'accessibilité, la planification individualisée et la coordination des services. Il se traduit parfois essentiellement par du courtage de services (*case management* intensif) ou par un processus thérapeutique basé sur l'établissement d'un lien de confiance où le responsable de la gestion personnalisée (le *case manager*), en plus de coordonner les services, intervient directement auprès de la personne et sur son environnement (*case management* clinique)<sup>11</sup>. Bref, le *case management*, qu'il soit intensif ou clinique, suppose la présence d'un intervenant pivot pour faire le lien avec les dispensateurs de services pour l'accès, la planification et la coordination des services.

Dans une analyse sur le concept d'intervenant pivot, Fillion et autres considèrent que les différents modèles de *case management* se situent entre deux pôles : une approche axée sur le système ou une approche axée sur le client<sup>12</sup>. Dans le premier cas, le *case management* répond davantage à un besoin de coordination pour rendre plus efficace le système de soins et l'organisation des services par une coordination et une planification des interventions et des services. Le *case manager* travaille alors à organiser un agencement efficace de services. Dans le deuxième cas, le *case management* prend la forme de l'accompagnement de la personne où les besoins de celle-ci prédominent sur ceux du système et où la prise de décision revient au client. Le travail du *case manager* consiste alors essentiellement à bien représenter la personne dans le processus de planification et de coordination des services. Le *case manager*

---

<sup>11</sup> À ce sujet, voir Michèle PARADIS, et Claude GAGNON, *op. cit.*, et Lise FILLION, et autres, *Description du concept de l'intervenant pivot : Approche théorique et qualitative*, Université Laval, février 2000, 29 p. et ann.

<sup>12</sup> Lise FILLION, et autres, *op. cit.*, p. 4 à 7.

peut se présenter comme le défenseur des intérêts du client et agir comme porte-parole de celui-ci (*advocacy*).

Il y a un certain consensus dans la littérature autour du rôle du *case manager* : celui-ci participe à l'évaluation des besoins, planifie les services, fait le lien avec les intervenants et assure un suivi de la réalisation des services planifiés en plus de voir à la révision du plan de services. Cependant, selon l'approche, le *case manager* interviendra davantage en fonction de l'organisation des services ou en fonction des besoins du client.

### ***La coordination concertée***

On entend par coordination concertée un processus visant à garantir l'accessibilité, la planification et la coordination des services par la concertation entre la personne, ses représentants et les dispensateurs de services. Dans le cadre d'une démarche concertée, les dispensateurs de services, la personne et ses proches doivent s'entendre entre eux sur les objectifs à atteindre, les moyens d'y parvenir et identifier les ressources à mobiliser à cet effet.

Les modèles de plan de services proposés par l'Office dans la Politique d'ensemble À part... égale<sup>13</sup> ou dans *Le plan de services de la personne, Document d'orientation de l'Office des personnes handicapées du Québec*<sup>14</sup>, de même que celui proposé par le MSSS dans son programme de formation sur le plan de services<sup>15</sup>, correspondent à des modèles de coordination concertée. Il en va de même du modèle proposé dans

---

<sup>13</sup> OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *op. cit.*

<sup>14</sup> Diane BÉGIN, Nicole GAGNON et Michel GIGNAC, *Le plan de services de la personne, Document d'orientation de l'Office des personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1989, 31 p.

<sup>15</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Formation PSI, Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé, Guide d'animation*, Québec, mars 1993, 164 p.

l'ouvrage de Daniel Boisvert sur le plan de services<sup>16</sup>. Tous ces modèles de planification et de coordination de services proposent que les différents acteurs décident ensemble après une évaluation des besoins de la personne, des objectifs et de la planification des services. La plupart des modèles de coordination concertée accordent une place importante à la participation de l'utilisateur dans l'élaboration du plan.

### **1.3 Lois et règlements relatifs à la planification et à la coordination des services<sup>17</sup>**

C'est dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, adoptée en 1978, que nous retrouvons la première reconnaissance légale de la notion de plan de services en plus de celle du plan d'intervention. Ce n'est qu'en 1984 que la notion de plan d'intervention est apparue dans la réglementation en lien avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)<sup>18</sup>. En éducation, c'est en 1988 que la Loi sur l'instruction publique (LIP) a inséré la notion de plan d'intervention. En 1991, la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux, en plus de réitérer l'obligation du plan d'intervention pour certaines catégories d'utilisateurs, a prévu un article obligeant, pour les mêmes catégories d'utilisateurs, lorsque le recours à d'autres intervenants est requis, l'élaboration d'un plan de services.

---

<sup>16</sup> Daniel BOISVERT, et autres, *Le plan de services individualisé, participation et animation*, Ottawa, Édition Agence d'ARC, 1990, 248 p.

<sup>17</sup> Il n'existe pas de loi cadre sur le plan de services et les plans d'intervention. Cependant, plusieurs législations et règlements découlant de différentes législations font référence à la planification et la coordination des services et des interventions. Dans la présente section du document, un regard est jeté sur les lois et règlements qui encadrent directement les pratiques de planification et de coordination de services s'adressant à des personnes handicapées. Il faut cependant remarquer que la Loi sur l'assurance automobile et la Loi sur la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et les règlements qui en découlent ne sont pas abordés dans cette partie du document compte tenu qu'ils ne traitent pas directement de planification et de coordination de services, et cela, malgré une certaine pratique à cet effet à la SAAQ.

<sup>18</sup> Décret 1320-84 en lien avec l'article 173 c) de la LSSSS (L.R.Q., S-5).

Comme on peut le remarquer, la nécessité de planifier et de coordonner les services est apparue dans la législation et la réglementation il y a environ 25 ans. Sur le plan juridique, il s'agit donc d'un élément relativement récent qui concorde bien avec l'avancement de la désinstitutionnalisation d'un nombre important de personnes handicapées. Cela n'est pas étonnant compte tenu du fait que les personnes désinstitutionnalisées doivent avoir recours à une multitude de dispensateurs de services. La coordination des interventions des différents fournisseurs de services devient alors une nécessité.

### ***Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées***

Dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, il est prévu ce qui suit :

« Toute personne handicapée [...] peut demander à l'Office de voir à la préparation d'un plan de services afin de faciliter son intégration scolaire, professionnelle et sociale. [...] L'Office voit à la préparation du plan de services [...] en faisant directement appel aux ressources existantes. [...] Dans l'élaboration d'un plan de services [...], l'Office doit respecter le libre choix de la personne handicapée.<sup>19</sup> »

Par ailleurs, le plan de services prévu dans cette loi a aussi été rattaché à la gestion des programmes de l'Office. L'article 52 de la loi prévoit que de l'aide matérielle peut être accordée aux personnes admissibles à un plan de services et que cette aide est offerte à titre complémentaire (article 53) pour la réalisation du plan de services (article 57). Également, l'article 23 du Règlement de l'Office des personnes handicapées du Québec<sup>20</sup> prévoit que l'aide matérielle n'est applicable que dans le contexte de la mise en œuvre du plan de services. Bien que le plan de services existe en dehors de l'aide matérielle, l'inverse n'est pas vrai.

---

<sup>19</sup> QUÉBEC, *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, L.R.Q., c. E-20.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, extraits des articles 45 à 51.

<sup>20</sup> QUÉBEC, *Règlement de l'Office des personnes handicapées*, c. E-20.1, r. 1, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

Également, l'article 22 du règlement prévoit que, « pour l'admissibilité d'une personne handicapée à un plan de services, l'Office tient compte : a) de son niveau de fonctionnement ; b) de son degré d'autonomie ; c) de son milieu de vie ; d) de son potentiel d'intégration scolaire ; e) de son potentiel d'intégration professionnelle ; f) de son potentiel d'intégration sociale<sup>21</sup> ».

Enfin, le plan de services dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées s'articule dans une perspective de plan d'intervention par « domaine d'intervention » où la traduction du plan de services en différents plans s'inscrit dans une programmation pouvant faire appel à plusieurs fournisseurs de services. L'article 50 est ainsi libellé :

« Un plan de services peut comprendre, un ou plusieurs des éléments suivants :

- « a) un programme de réadaptation fonctionnelle, médicale et sociale ;
- b) un programme d'intégration sociale ;
- c) une orientation scolaire et professionnelle ;
- d) un programme de formation générale et professionnelle ;
- e) un travail rémunérateur.<sup>22</sup> »

Cette conception de l'articulation du plan de services par domaine d'intervention, comme expliqué plus bas, diffère de celle véhiculée dans la LSSSS.

### ***Loi sur les services de santé et les services sociaux***

Il est question des notions de plan de services et de plan d'intervention dans quatre articles de la loi, et des précisions sont prescrites dans le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

D'abord, l'article 10 de la LSSSS stipule que :

---

<sup>21</sup> *Idem.*

<sup>22</sup> QUÉBEC, *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, L.R.Q., c. E-20.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 50.

« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.<sup>23</sup> »

En conséquence, la LSSSS accorde le droit à l'usager de participer à toute décision qui concerne la planification et la coordination de ses services. Ce droit va au-delà d'une simple consultation : il suppose la possibilité pour l'usager d'être partie prenante et même, en fonction de l'article 9, le droit de refuser des services<sup>24</sup>.

C'est à l'article 102 que l'obligation pour un établissement d'élaborer un plan d'intervention pour certaines catégories d'usagers est prévue :

« Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement.<sup>25</sup> »

Cette obligation est précisée dans le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de la manière suivante :

« Un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire admis ou inscrit dans un centre de réadaptation [ou, selon l'article 35, dans un établissement offrant des soins de longue durée ou des services d'hébergement].

---

<sup>23</sup> QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 10.

<sup>24</sup> *Idem*, article 9. Cet article prévoit ce qui suit : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention. »

<sup>25</sup> *Idem*, article 102.

« Le plan 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 90 jours.<sup>26</sup> »

Bref, tous les usagers desservis par un centre de réadaptation (pas seulement les personnes handicapées, mais les jeunes en centres jeunesse, les toxicomanes, etc.) ou recevant des services de longue durée<sup>27</sup> ou des services d'hébergement doivent avoir un plan d'intervention contenant au moins une identification des besoins, des objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours. La mention d'une révision aux 90 jours doit se traduire, si on se fie à l'interprétation du Vérificateur général du Québec, en une révision effective<sup>28</sup>.

Il faut aussi remarquer que la notion de plan d'intervention prévu à la LSSSS réfère à une conception de coordination des interventions de type « établissement ». Les plans d'intervention sont d'abord l'affaire de l'établissement. À la différence de la conception « domaine d'intervention » véhiculée dans la Politique d'ensemble À part... égale, ce sont les interventions d'une seule organisation qui sont coordonnées dans le plan d'intervention. Le plan d'intervention traduit ainsi la mise en œuvre, pour un usager donné, des programmes de l'établissement<sup>29</sup>. La politique d'ensemble pour l'intégration

---

<sup>26</sup> QUÉBEC, *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, c. S-5, r. 3.01, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 42. Il faut noter que ce règlement date de l'ancienne Loi sur les services de santé et les services sociaux et s'applique, avec les aménagements nécessaires à la nouvelle loi, en regard des articles 102, 103 et le paragraphe 27° de l'article 505.

<sup>27</sup> Par extension, on peut interpréter que c'est le cas aussi pour les usagers de services de longue durée en santé mentale de même que pour les usagers ayant des incapacités temporaires, les jeunes desservis par un centre jeunesse, etc.

<sup>28</sup> Le Vérificateur général du Québec, dans son rapport 2001-2002, en regard des services aux personnes âgées en perte d'autonomie desservies en CHSLD, constate qu'une forte proportion d'usagers n'ont pas de plan d'intervention et que ces plans font rarement l'objet d'une révision systématique alors que « le règlement exige la révision à tous les trois mois. » (Page 33 du rapport) Réf. : VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002, Tome 1*, Québec, 2002, 165 p.

<sup>29</sup> Dans la pratique, les intervenants ont souvent une approche un peu plus nuancée. Bien que la préoccupation axée sur l'offre et l'organisation des services soit présente, il arrive que les intervenants véhiculent des préoccupations cliniques basées sur le besoin, sans égard à l'offre de services.

des personnes handicapées, À part... égale, proposait plutôt une conception du plan d'intervention correspondant à la coordination des interventions des différents fournisseurs de services en regard d'un champ précis d'intervention.

L'article 103 de la LSSSS met de l'avant le concept de plan de services et en fait une obligation légale :

« Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé. »

Sans qu'il y ait une prescription formelle d'échéance systématique pour la révision du plan de services, l'article 104 de la LSSSS prescrit que les plans d'intervention et les plans de services doivent contenir un échéancier d'évaluation et de révision :

« Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles. »

Il faut cependant noter qu'il semble s'être installé une certaine pratique, plus ou moins formalisée, dans le réseau de la déficience intellectuelle<sup>30</sup>, dont la généralisation n'est pas documentée, à l'effet que le plan de services soit révisé annuellement pour les enfants et à une fréquence de deux ans dans le cas des adultes.

Enfin, « le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats [...], avec continuité et de façon personnalisée<sup>31</sup> » est reconnu dans la LSSSS mais il doit s'exercer « en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à

---

<sup>30</sup> C'est du moins ce que nous ont rapporté des intervenants du réseau de la déficience intellectuelle.

<sup>31</sup> *Ibidem*, article 5.

l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose<sup>32</sup> ». Aussi, à la différence de la situation à l'Office des personnes handicapées où la personne doit volontairement demander que l'on lui fasse un plan de services, la préparation d'un plan d'intervention, voire d'un plan de services, est une obligation systématique de l'établissement, sans que la personne n'ait à le demander. Par contre, malgré cela, la LSSSS prescrit le consentement de la personne pour l'obtention des services<sup>33</sup>, ce qui lui laisse le pouvoir de refuser les services qui lui sont prescrits dans le plan de services et le plan d'intervention.

### ***Loi sur l'instruction publique***

Depuis 1988, la Loi sur l'instruction publique (LIP) prévoit l'élaboration d'un plan d'intervention personnalisé (PIP) pour chaque élève handicapé ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage. Ce plan est prévu à l'article 96.14 de la LIP pour la formation générale des jeunes et à l'article 110.11 pour les élèves de la formation professionnelle. Le libellé de l'article 96.14 est le suivant :

« Le directeur de l'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 et de l'élève lui-même, à moins qu'il en soit incapable, établit un plan d'intervention adapté aux besoins de l'élève. Ce plan doit respecter la politique de la commission scolaire sur l'organisation des services éducatifs aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage et tenir compte de l'évaluation des capacités et des besoins de l'élève faite par la commission scolaire avant son classement et son inscription dans l'école.

« Le directeur voit à la réalisation et à l'évaluation périodique du plan d'intervention et en informe régulièrement les parents.<sup>34</sup> »

---

<sup>32</sup> *Idem*, article 13.

<sup>33</sup> En effet, l'article 9 de la LSSSS dit que : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention ».

<sup>34</sup> QUÉBEC, *Loi sur l'instruction publique*, L.R.Q., c. E-1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 96.14.

Dans la version antérieure de la loi (avant 1998), le PIP était élaboré en ne tenant compte que des besoins de l'élève. Depuis les modifications de 1998, le PIP doit également tenir compte des capacités de l'élève. L'élève, considéré dans sa globalité, fait maintenant partie de la solution à la situation qu'il vit. Il s'agit là d'un progrès important qui s'inscrit dans une démarche de valorisation de l'élève et qui mise sur le potentiel de ce dernier. Également, selon l'article 235 de la LIP, les modalités d'évaluation des capacités et des besoins de l'élève doivent prévoir sa participation et celle de ses parents<sup>35</sup>.

Par ailleurs, le plan d'intervention en milieu scolaire, comme celui prévu en santé et services sociaux, en est un qui relève de l'établissement. La participation de l'élève et du parent est prévue. Cependant, le texte manque de précision en regard de l'adhésion nécessaire de l'élève et du parent aux objectifs et aux moyens prévus au plan<sup>36</sup>.

La pratique du plan d'intervention scolaire a fait l'objet de critiques à l'effet que trop souvent elle était associée à une démarche essentiellement administrative<sup>37</sup>. Étant conscient de cette situation et afin de mieux rencontrer les objectifs de la nouvelle *Politique de l'adaptation scolaire*<sup>38</sup>, le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) travaille à l'élaboration d'un nouveau cadre de référence sur le plan d'intervention. Celui-ci devrait contenir des orientations visant à faire de la pratique du plan d'intervention un outil privilégié pour l'adaptation des services aux capacités et aux besoins de l'élève.

---

<sup>35</sup> *Idem*, article 235.

<sup>36</sup> Par contre, il faut noter que l'article 187 de la LIP prévoit que le comité consultatif des services aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage peut donner un avis sur l'application d'un plan d'intervention d'un élève et l'article 9 permet à un élève et ses parents de demander au conseil des commissaires de réviser une décision.

<sup>37</sup> Le Vérificateur général dans le tome I de son rapport en 1999-2000, à la page 124, a indiqué que « les plans d'intervention répondent plus à des normes administratives qu'aux besoins des élèves ».

<sup>38</sup> MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, *Une école adaptée à tous ses élèves, Politique de l'adaptation scolaire*, Québec, 1999, 37 p.

## ***Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles***

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévoit, elle aussi, une planification et une coordination des services requis par une personne qui, en raison d'une lésion professionnelle, a subi une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique. Il s'agit d'un plan de réadaptation où le sens donné à la réadaptation concerne autant la réadaptation physique que la réinsertion sociale et professionnelle.

L'article 146 de la loi stipule :

« Pour assurer au travailleur l'exercice de son droit à la réadaptation, la Commission prépare et met en oeuvre, avec la collaboration du travailleur, un plan individualisé de réadaptation qui peut comprendre, selon les besoins du travailleur, un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle.

« Ce plan peut être modifié, avec la collaboration du travailleur, pour tenir compte de circonstances nouvelles.<sup>39</sup> »

Au niveau de la réadaptation physique, le plan peut prévoir des services de soins médicaux, de physiothérapie, d'ergothérapie, etc. En regard de la réadaptation sociale, le plan peut comprendre des services d'intervention psychosociale, la mise en œuvre de moyens d'adaptation pour le domicile et le véhicule, de l'aide personnelle à domicile, les frais de garde d'enfants, etc. Bref, le plan de réadaptation s'apparente à un plan de services dans lequel la Commission de la santé et de la sécurité du travail s'engage à trouver et financer les services requis.

---

<sup>39</sup> QUÉBEC, *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q., c. A-3.001, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 146.

## 1.4 Différentes définitions du plan de services et du plan d'intervention

### *Le plan de services*

Il existe une multitude de définitions du plan de services. Le problème existe depuis longtemps : déjà en 1987, une analyse de l'Office constatait que « des écarts importants surgissent entre les définitions de plan de services des différents organismes<sup>40</sup> ». La plupart des définitions font ressortir les notions de planification et de coordination des services. Par contre, elles présentent des différences surtout en regard de l'articulation du plan de services en plans d'intervention.

Dans la politique d'ensemble pour l'intégration des personnes handicapées, *À part... égale*, on définit le plan de services de la manière suivante :

« Le plan de services est un outil de planification et de coordination des services individuels nécessaires à la réalisation et au maintien de l'intégration sociale d'une personne handicapée. [...] Le plan de services peut se décomposer en plans d'intervention dans chacun des domaines où la personne peut avoir besoin de services liés à sa déficience, à ses limitations fonctionnelles et aux handicaps auxquels elle fait face.<sup>41</sup> »

Dans cette conception du plan de services, on doit comprendre que les plans d'intervention sont la planification et la coordination des actions relevant de différents intervenants en fonction des domaines où la personne a besoin de services.

---

<sup>40</sup> Diane BÉGIN, *Analyse des données sur le plan de services vu par les organismes concernés*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 26 février 1987, p. 2.

<sup>41</sup> OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *À part... égale*, *op. cit.*, p. 40.

Cette conception du plan de services a été réaffirmée dans un document d'orientation de l'Office sur *Le plan de services de la personne*<sup>42</sup>. On y définit le plan de services de la manière suivante :

« Le plan de services est la planification et la coordination de l'ensemble des services individuels qui sont nécessaires à l'intégration sociale d'une personne et qui répondent aux besoins liés à sa déficience, à ses limitations fonctionnelles ou aux handicaps auxquels elle fait face.<sup>43</sup> »

« Pour chaque domaine où la personne a besoin de services, les intervenant-es concerné-es élaborent avec elle et mettent en œuvre des plans d'intervention.<sup>44</sup> »

Le MSSS, dans un document de formation sur l'approche du plan de services individualisé, présente plusieurs définitions du plan de services et fait le constat que celles-ci convergent toutes dans le même sens : elles mettent en relief la coordination des services et la prise en considération des besoins de la personne. Aussi, plusieurs réfèrent à la participation de la personne et à son intégration<sup>45</sup>. Le MSSS retient ainsi la définition suivante :

« Le P.S.I. est une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale tout en assurant sa protection.<sup>46</sup> »

Également, pour le MSSS :

---

<sup>42</sup> Diane BÉGIN, et autres, *op. cit.*

<sup>43</sup> *Idem*, p. 5.

<sup>44</sup> *Idem*, p. 10.

<sup>45</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Formation PSI, op. cit.*, p. 56.

<sup>46</sup> *Idem*, p. 57.

« [...] le plan de services individualisé (P.S.I.) implique toujours plus d'un dispensateur de services (on est toujours en présence d'un processus d'intégration sociale), tandis que le plan d'intervention (P.I.) est l'œuvre d'un établissement, peu importe l'appellation spécifique que lui donnent certains milieux.<sup>47</sup> »

Bien qu'il existe une multitude de définitions du plan de services, comme le rapporte Champagne, « l'ensemble de la littérature et les différents milieux de pratiques sont quasi unanimes sur les étapes à suivre dans la démarche [...]. 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 quatrième] la réalisation et [la cinquième] l'évaluation/révision du plan<sup>48</sup> ». L'étape centrale de la démarche du plan de services est son actualisation par l'élaboration et l'application des plans d'intervention. Cependant, cette façon d'articuler le plan de services essentiellement autour de l'élaboration et de la réalisation des plans d'intervention comporte des façons variées de faire, compte tenu du manque d'harmonisation de la notion même de plan d'intervention et de son objet.

### ***Le plan d'intervention individualisé***

La notion de plan d'intervention est loin de faire consensus. Essentiellement, deux éléments de divergence ressortent. L'un concerne les acteurs du plan d'intervention (qui coordonne, planifie les interventions ou intervient ?). L'autre concerne le niveau d'intervention sur lequel porte le plan d'intervention (un plan d'intervention en est-il un de mise en œuvre de programmes, un plan d'action professionnel, une description détaillée des activités en regard de l'atteinte d'un objectif précis ou encore une simple série de petits gestes en regard d'un apprentissage ou d'une adaptation en particulier ?).

---

<sup>47</sup> *Idem*, p. 62.

<sup>48</sup> Noël CHAMPAGNE, *op. cit.*, p. 63.

Bien qu'il n'existe pas de définition formelle de la notion de plan d'intervention, comme mentionné plus haut, l'Office considère que les plans d'intervention s'élaborent par domaine d'intervention<sup>49</sup>. Ainsi, un plan d'intervention correspond essentiellement à une planification et une coordination des activités des différents intervenants pour une personne donnée dans un domaine précis d'intervention. Dans la conception véhiculée par l'Office, un plan d'intervention, tout comme un plan de services, peut concerner plusieurs réseaux de services. Cette conception a bien sûr l'avantage de situer l'intervention en dehors de la responsabilité unique d'un établissement ou d'une organisation. Ainsi, dans la conception de l'Office, un plan d'intervention en services éducatifs ne prend pas pour acquis que l'intégration scolaire n'est l'affaire que de l'école. Au contraire, la conception du plan d'intervention par l'Office favorise une approche multisectorielle plutôt qu'une approche se limitant à l'intervention d'une seule organisation dans un domaine précis d'intervention. Le plan d'intervention n'appartient pas à un établissement ou une organisation en particulier, il appartient à la personne et commande aux dispensateurs de services une adaptation de leurs services à la réalité de la personne.

Par contre, cette conception du plan d'intervention par l'Office pose des défis au plan de l'application : déjà, il s'avère parfois laborieux de mobiliser une variété d'intervenants pour un plan de services, l'idée de mobiliser une multitude d'intervenants pour chacun des domaines d'intervention où la personne a besoin de services peut devenir compliquée à réaliser. Cela est d'autant plus vrai que les établissements ont tendance à se présenter comme des maîtres d'œuvre dans leurs champs respectifs d'intervention et que la responsabilité d'obtenir des collaborations leur revient. En ce sens, ils préfèrent assurer eux-mêmes la liaison avec d'autres dispensateurs de services s'ils le jugent à propos<sup>50</sup>. Aussi, puisqu'un domaine d'intervention concerne une multitude de

---

<sup>49</sup> C'est l'idée exprimée dans *À part... égale* (1984) et dans *Le plan de services de la personne* (1989). Par ailleurs, cette conception du plan d'intervention était au centre de la façon de faire de l'Office dans la gestion des programmes d'aide matérielle. Rappelons que l'Office accordait de l'aide matérielle lorsque les besoins d'une personne ne pouvaient pas être comblés par les différents dispensateurs de services dans un champ particulier d'intervention.

<sup>50</sup> Les établissements ont effectivement tendance à s'approprier les champs d'intervention qui correspondent à leur mission. Ainsi, un centre de réadaptation, dans le cadre d'un processus de (...)

partenaires, qu'il n'est pas l'affaire exclusive d'un établissement, la conception de l'Office rend difficile l'identification de celui à qui appartient l'imputabilité de la réponse aux besoins de la personne en regard d'un domaine d'intervention. Par exemple, dans ce contexte, si les services éducatifs ne sont pas l'affaire exclusive de l'école, qui devient imputable de la réponse aux besoins en cette matière ?

Par ailleurs, les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux se sont donné leurs propres définitions du plan d'intervention. Ainsi, le MEQ, dans son nouveau cadre de référence sur le plan d'intervention, considère que :

« Le plan d'intervention est une démarche concertée de planification et de coordination des actions éducatives qu'entreprennent les différents intervenants, en vue d'aider l'élève handicapé ou en difficulté à réussir sur les plans de l'instruction, de la socialisation et de la qualification.<sup>51</sup> »

Dans la conception du MEQ, en concordance avec la Loi sur l'instruction publique, le plan d'intervention, sous la responsabilité du directeur d'école, relève de l'établissement scolaire. Ce plan peut, bien sûr, prévoir le recours à des ressources extérieures (forme de plan d'intervention élargi), mais il demeure l'affaire de l'établissement.

Le MSSS, pour sa part, définit le plan d'intervention de la manière suivante :

« Le plan d'intervention (P.I.) est un processus structuré par lequel un organisme ou un établissement, en fonction de son mandat et avec la participation active de la personne ou de son représentant, détermine les objectifs à atteindre et gère les interventions nécessaires pour répondre à

---

(suite)

réadaptation d'une personne, va tenter de répondre à tous les besoins de réadaptation de celle-ci et va solliciter, au besoin et à titre complémentaire, des ressources extérieures pour compléter son intervention. Cette pratique est souvent qualifiée de plan d'intervention élargi bien que, dans le réseau de la santé et des services sociaux, cela pourrait être qualifié de plan de services compte tenu de la présence de plusieurs organisations.

<sup>51</sup> MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, *Le plan d'intervention... au service de la réussite de l'élève*, Québec, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, 2003, p. 21.

des besoins spécifiques identifiés par cette personne ou son représentant.<sup>52</sup> »

Cette définition du plan d'intervention concorde bien avec le mandat qu'accorde la Loi sur les services de santé et les services sociaux aux établissements pour certaines catégories d'usagers. La LSSSS stipule que « le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement<sup>53</sup> ».

Tant le MEQ que le MSSS ont une conception du plan d'intervention qui correspond à la planification et la coordination des interventions d'un même établissement ou organisme pour tous les domaines d'intervention correspondant à son mandat et en fonction des services que la personne requiert.

Outre les différences en regard de sa conception (planification par établissement ou par champ d'intervention), le plan d'intervention fait l'objet d'une pratique très inégale. Son application n'est pas systématique et il est souvent associé à une démarche administrative plutôt que clinique : on répond à une obligation en complétant un questionnaire. Ce problème a été relevé tant dans le réseau de l'éducation que dans celui de la santé et des services sociaux<sup>54</sup>. Même l'Office a fait l'objet de telles critiques

---

<sup>52</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*, p. 61.

<sup>53</sup> QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., S-4.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 102.

<sup>54</sup> En regard du réseau de l'éducation, le Vérificateur général dans le tome I de son rapport en 1999-2000, à la page 124, a indiqué que « les plans d'intervention répondent plus à des normes administratives qu'aux besoins des élèves ». Dans son rapport 2000-2001, il fait le même commentaire en regard des personnes desservies en CHSLD (page 32) : « L'analyse [...] révèle des lacunes relatives [...] à l'élaboration et à la mise à jour des plans d'intervention [...] ». Par ailleurs, Suzanne Carrier constate dans une étude sur les interventions de réadaptation que « planifier et apprécier l'intervention en termes d'objectifs [...] représente [...] 12 % des motifs d'intervention au SPFP (soutien à la personne, à sa famille et aux proches) adolescence, et 8 % de ceux au SPFP enfance, ce type d'intervention est peu fréquent dans les services aux adultes (2 % au SPFP adulte ; 3 % au service emploi ; 2 % en stage ; 4 % en plateau). » Réf. : Suzanne CARRIER, *La ré/adaptation contextualisée en déficience intellectuelle*, Montréal, Centre de Réadaptation Gabrielle-Major, p. 99.

à l'époque des programmes d'aide matérielle<sup>55</sup>. Par ailleurs, une analyse de différents plans d'intervention fait ressortir une variation importante dans la précision des actions à réaliser : un plan peut aussi bien faire référence à l'utilisation d'un programme (comme par exemple, afin de développer les habiletés de travail de la personne, celle-ci sera inscrite au programme socioprofessionnel du centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) dans son volet stage en milieu de travail) qu'à une série de petites actions très précises (par exemple, pour préparer la personne à l'utilisation du transport, le parent va l'accompagner dans le transport en commun à ses activités de loisirs tous les samedis).

Il arrive souvent que la littérature réfère à un modèle gradué où le plan de services englobe les plans d'intervention multidisciplinaires et ceux-ci, les plans d'action professionnels. Dans une telle conception, le plan de services exige une concertation entre plusieurs dispensateurs de services, le plan d'intervention nécessite la coordination de différents intervenants d'une même organisation et le plan d'action correspond à la planification spécifique d'un intervenant à l'endroit d'un usager<sup>56</sup>.

Cependant, malgré une forte disparité dans la graduation des actions que l'on retrouve dans les plans d'intervention, il est généralement admis que les plans d'intervention contiennent « les objectifs minimaux à court ou à moyen terme, les moyens et les

---

<sup>55</sup> Pour obtenir de l'aide matérielle, il fallait compléter un formulaire « Plan de services » lequel faisait état des services que la personne avait et de ceux dont elle avait besoin dans les différents champs d'intervention. L'Office offrait l'aide matérielle pour les besoins non-couverts (il jouait ainsi un rôle palliatif). C'était essentiellement pour obtenir de l'aide matérielle que les gens demandaient un plan de services à l'Office, et le formulaire « Plan de services » était complété à cet effet. À ce sujet, voir Robert ALLIE, *Rapport d'évaluation du programme d'aide à l'élaboration d'un plan de services*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, mars 1993, 46 p. et ann.

<sup>56</sup> À ce sujet, voir M. BOUTET, *Plan de services individualisé, plan d'intervention individualisé, et plan d'action*, 1993, tiré de CSDI Mauricie / Centre-du-Québec, Procédure d'élaboration, Plan d'intervention / Plan de services, Trois-Rivières, décembre 2000. Également, Nelly DELLE VERGINI, « Le Plan d'Intervention Individualisé Interdisciplinaire (PIII) au service du Projet de Vie de la Personne Âgée », *Gérontologie*, n° 117, janvier 2001, p. 46-50.

ressources nécessaires, les échéanciers (calendrier prévu pour la réalisation et l'évaluation), les personnes responsables de l'intervention<sup>57</sup> ».

Dans la pratique, il arrive aussi que les plans d'intervention s'inscrivent dans une formule *pro forma*. Ces plans correspondent essentiellement à des plans de mise en œuvre de programmes. Les systèmes d'information clientèle des établissements fournissent un certain éclairage sur la structure *pro forma* servant à l'élaboration des plans d'intervention. Ces systèmes d'information sont établis en concordance avec un cadre normatif national qui semble correspondre essentiellement aux programmes et mesures identifiés par centre d'activités dans le manuel de gestion financière des établissements. Dans ce cadre, les plans d'intervention servent essentiellement à identifier les services auxquels l'usager est admis ou inscrit de même que les objectifs poursuivis et la période pour laquelle on prévoit que les services seront nécessaires. Pour un usager donné, on identifie les services de l'établissement qui seront dispensés. Le plan d'intervention se construit donc en fonction de l'offre de services de l'établissement.

D'ailleurs, la récente *Politique de soutien à domicile* du MSSS<sup>58</sup> prévoit que « l'harmonisation des plans d'intervention ou des plans de services individualisés [...] sera éventuellement fondée sur des “ profils types ”, qui serviront de points de repère aux intervenants<sup>59</sup> ». Aussi, l'évaluation des besoins sera tributaire d'un outil multicientèle adapté à l'offre de services, en l'occurrence, « compatible avec le système d'évaluation des demandes d'hébergement et les outils d'évaluation utilisés par les CHSLD et certains services spécialisés des centres hospitaliers et des centres de réadaptation<sup>60</sup> ».

---

<sup>57</sup> Georgette GOUPIL, *Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire*, Boucherville, Édition Gaëtan Morin, 1991, p. 4.

<sup>58</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix, La politique de soutien à domicile*, Québec, 2003, 44 p.

<sup>59</sup> *Idem*, p. 21.

<sup>60</sup> *Idem*, p. 18.

## 1.5 Des conceptions opposées de la planification individualisée des services

La notion de plan de services est d'abord apparue dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées. Dans ce cadre, elle a permis et permet toujours d'offrir aux personnes handicapées un outil visant à assurer une continuité et une cohérence dans les services qu'elles requièrent. Le plan de services se fait à la demande d'une personne handicapée et vise même à répondre aux besoins qui ne sont pas couverts par les prestataires de services. En effet, la loi indique que l'Office aide la personne à obtenir les services requis auprès des ministères et organismes publics et accorde l'aide matérielle à titre complémentaire en vue de permettre la mise en œuvre du plan de services<sup>61</sup>. Dans cette législation, le plan de services se présente comme une réponse coordonnée à la demande de services d'une personne handicapée. Même si l'Office ne gère plus l'aide matérielle, la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées envisage le plan de services en se positionnant du côté de la demande de services à laquelle les dispensateurs de services sont invités à s'ajuster.

L'inclusion de la notion de plan de services dans la LSSSS est venue responsabiliser le réseau de la santé et des services sociaux en regard de la planification et de la coordination individualisées des services aux personnes handicapées et à d'autres clientèles. La LSSSS, dans certaines conditions, donne l'obligation à l'établissement qui dispense la majeure partie des services (ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux) d'élaborer un plan de services individualisé. Elle propose une coordination individualisée de la distribution des services. En effet, le réseau de la santé et des services sociaux, en concordance avec l'article 103 de la LSSSS, considère qu'un plan de services doit être élaboré<sup>62</sup> lorsqu'une personne doit recevoir pour une

---

<sup>61</sup> QUÉBEC, *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, L.R.Q., c. E-20.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, articles 51 à 53.

<sup>62</sup> QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 103.

période prolongée des services de santé et des services sociaux de plusieurs organisations. Le plan de services prévu à cette loi couvre essentiellement les besoins qui peuvent recevoir une réponse de la part du réseau de la santé et des services sociaux. Il ne touche donc pas l'ensemble des besoins.

Pour distinguer la notion de plan de services présente dans la LSSSS de la notion véhiculée par l'Office des personnes handicapées, une notion de « plan de services intersectoriel » est apparue dans certains documents<sup>63</sup>. Cette notion renvoie à la conception développée par l'Office (ensemble des besoins) alors que la notion de « plan de services individualisé » demeure celle prévue dans la LSSSS.

La réalité de la coordination individualisée des services est cependant très complexe et ne peut se résumer à une question de vocabulaire. Elle fait l'objet de pratiques très diversifiées. Ces pratiques font référence à deux conceptions différentes du plan de services. D'une part, on envisage l'articulation du plan de services en plans d'intervention d'établissement, comme si un domaine d'intervention était l'affaire exclusive ou relevait de la responsabilité d'un seul établissement. Dans cette conception, les différentes organisations confirment leurs champs respectifs et exclusifs de responsabilités en regard des besoins d'une personne. D'autre part, on le voit se traduire en une série de plans d'intervention en fonction des différents champs d'intervention, de manière qu'un champ d'intervention puisse être partagé par plusieurs dispensateurs de services (par exemple, les services éducatifs ne sont pas l'affaire exclusive de l'école).

Il s'agit d'une question qui déborde largement le sens donné aux mots : en fait, il est question de deux conceptions diamétralement opposées qui se sont installées à des

---

<sup>63</sup> C'est ce que l'on retrouve dans la politique clientèle de la déficience intellectuelle (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *De l'intégration sociale à la participation sociale*, Québec, 2001, 111 p.) et dans les documents relatifs à la collaboration entre le MSSS et le MEQ (MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, 2003, 34 p.).

moments différents sans s'être harmonisées entre elles. L'une part d'un réseau de distribution de services, c'est-à-dire de l'offre de services en regard des besoins de la personne. Dans ce cas, on vérifie si l'utilisateur relève ou non des services des établissements pour coordonner les interventions. L'autre part des besoins de la personne sous l'angle de la demande de services en regard des responsabilités des dispensateurs de services. Dans ce dernier cas, on sollicite les établissements ou les organismes pour déterminer une offre de services et coordonner les interventions. Cela peut aller jusqu'à demander aux dispensateurs de services de revoir leur offre, de l'adapter ou de la repenser en fonction des besoins de la personne. On peut prévoir aussi des mesures qui tiennent compte des délais d'attente pour l'accès aux services. Dans un cas, on se place sous l'angle de l'offre de services (les services reconnus des établissements ou des organismes) et on coordonne les services existants alors que, dans l'autre, on se place du point de vue de la demande de services et de leur adaptation (on demande aux dispensateurs de services d'ajuster leur offre pour répondre aux besoins de la personne). Il s'agit de deux façons opposées d'aborder la planification et la coordination des services.



## **2. Différentes pratiques de planification et de coordination des services**

Dans ce chapitre, un tour d'horizon des principales pratiques de planification et de coordination des services est présenté. Il s'agit des pratiques qui s'identifient ou s'apparentent à des démarches de plan de services et qui interpellent plusieurs prestataires de services dans différents domaines d'intervention. Afin de dresser ce tour d'horizon, une recension des pratiques existantes de planification et de coordination de services a été réalisée en collaboration avec les bureaux régionaux de l'Office. Également, la documentation disponible faisant référence à ces différentes pratiques a été consultée.

Ainsi, dans les pages qui suivent, un regard est jeté sur la pratique du plan de services à l'Office des personnes handicapées du Québec et sur la pratique du plan de services et des plans d'intervention dans le réseau de la santé et des services sociaux en regard de différentes clientèles. Les modèles de planification et de coordination de services de la Commission de santé et de sécurité du travail (CSST) et de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) sont également regardés. Enfin, un survol critique de la pratique des budgets personnalisés, pratique absente du paysage québécois mais présente dans certaines provinces, aux États-Unis et en Europe, est aussi présenté.

### **2.1 La pratique du plan de services à l'Office**

À l'époque où l'Office gérait les programmes d'aide matérielle, la pratique du plan de services était très liée au processus d'attribution de l'aide. L'Office jouait alors un rôle palliatif dans l'offre de services. Une personne handicapée ayant des besoins laissés sans réponse faisait appel à l'Office. En 1985-1986, 90 % des demandes d'aide à l'élaboration d'un plan de services étaient associées à l'aide matérielle<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Robert ALLIE, *Rapport d'évaluation du programme d'aide à l'élaboration d'un plan de services*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, mars 1993, p. 10.

Le programme d'aide à l'élaboration d'un plan de services de l'Office s'est précisé avec le temps. Dans la période correspondant au début de la transformation des rôles de l'Office (1987-1992), la notion de plan de services s'est clarifiée, mais a également été utilisée par d'autres partenaires ou intervenants. Le rôle de l'Office en regard des plans de services s'est alors de plus en plus orienté sur le soutien-conseil et l'intervention dans les situations litigieuses<sup>65</sup>.

L'Office a publié un document d'orientation en 1989<sup>66</sup> qui a servi de cadre de référence pour la pratique du plan de services. Dans ce document, on réaffirme les étapes habituelles du plan de services, en précisant que ce plan se traduit par l'articulation de plans d'intervention par domaine d'intervention, et on propose que la personne handicapée soit coordonnatrice de son propre plan de services en prenant soin de distinguer le rôle de coordonnateur de celui de soutien-conseil. La coordination y est présentée comme la responsabilité du bon déroulement du plan de services en favorisant la collaboration des différents intervenants alors que le soutien-conseil y est présenté comme un rôle d'information, de conseil et d'accompagnement. On ne précise pas formellement à qui appartient la responsabilité technique du plan de services, mais on signale que la personne doit obtenir la collaboration des différentes ressources et que, dans certains cas, il lui faudra la négocier. Le document identifie des conditions pour la mise en œuvre du plan de services. Il précise, pour le soutien-conseil, qu'il faut que l'intervenant ait la confiance de la personne en plus d'une bonne connaissance du vécu de celle-ci et des réseaux de services. Il rappelle que la personne qui coordonne doit être reconnue dans ce rôle et être disponible. Aussi, il considère que l'organisation des services doit pouvoir compter sur des ressources qui reconnaissent leurs responsabilités, une disponibilité de services, une mise en commun de l'expertise et des moyens pour mettre en œuvre le plan de services. Enfin, l'Office envisage son rôle

---

<sup>65</sup> *Idem*, p. 23 à 37.

<sup>66</sup> Diane BÉGIN, Nicole GAGNON et Michel GIGNAC, *Le plan de services de la personne, Document d'orientation de l'Office des personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1989, 31 p.

dans le cadre du plan de services surtout en termes de soutien-conseil lorsque aucune autre ressource ne peut jouer ce rôle.

Malgré les orientations données, comme on pourra le constater plus bas, tout indique que la personne coordonne rarement son plan de services, que la globalité de ses besoins est rarement prise en compte et que le plan de services s'apparente souvent à une démarche de plan d'intervention « élargi ».

Depuis septembre 2001, l'Office a structuré davantage ses activités d'accueil et de référence et cela devrait faciliter l'application du programme d'aide à l'élaboration d'un plan de services. Une recension de la pratique du plan de services dans les bureaux régionaux effectuée dans l'année précédant la restructuration des activités d'accueil et de référence, en 2000-2001, révèle que les demandes pour un plan de services sont très variables d'une région à l'autre. L'Office est souvent appelé à intervenir sur les questions qui concernent les services éducatifs, le soutien aux familles et le transport. Les demandes de participation à un plan de services concernent essentiellement les situations litigieuses ou complexes. Bien que ces situations ne soient pas très nombreuses, l'intervention de l'Office apparaît souvent déterminante dans la recherche de solutions. Outre la participation comme telle à des démarches de plans de services, l'Office intervient surtout en termes de soutien-conseil et d'accompagnement. L'intervention de soutien-conseil de l'Office se fait à deux niveaux : auprès des personnes handicapées et leurs proches d'une part ; et, d'autre part, auprès des intervenants des différents réseaux de services. Par ailleurs, l'Office est aussi sollicité dans le cadre de démarches de plan d'intervention d'établissement, surtout en regard des services éducatifs. L'Office est plus souvent associé, suite à la demande d'une personne handicapée, à une démarche de plan de services amorcée par un partenaire (essentiellement les établissements du réseau de la santé et des services sociaux) qu'initiateur d'une telle démarche.

Enfin, l'Office a produit des outils de support à l'élaboration des plans de services<sup>67</sup> destinés aux personnes handicapées et à leurs parents en 1993, et ces outils sont toujours largement utilisés aujourd'hui tant par les personnes handicapées ou leurs parents que par des intervenants. Bien que l'outil propose une structure du plan de services par domaine d'intervention, plusieurs intervenants du réseau de la santé et des services sociaux en font une utilisation adaptée pour identifier les plans d'intervention à élaborer par les différents établissements ou organismes.

## **2.2 Le réseau de la santé et des services sociaux<sup>68</sup>**

Les pratiques de planification et de coordination des services, bien que basées essentiellement sur l'offre de services, varient en fonction de la dynamique de l'organisation des services selon les clientèles. Ainsi, les pratiques pour les personnes ayant une déficience intellectuelle sont fortement différentes de celles présentes dans les secteurs de la santé mentale, de la déficience physique ou chez les personnes âgées en perte d'autonomie. On constate aussi des différences entre les régions.

### ***Déficience intellectuelle***

La plupart des régions du Québec se sont dotées d'un mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et leurs proches. La porte générale d'entrée pour l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle est le centre local de services communautaires

---

<sup>67</sup> Michel GIGNAC, *Je commence mon plan de services, Guide pour l'évaluation des besoins à l'intention des personnes handicapées adultes*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1993, 66 p. ; et Michel GIGNAC, *Je commence son plan de services, Guide pour l'évaluation des besoins à l'intention des parents ayant un enfant handicapé*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1993, 58 p.

<sup>68</sup> L'information entourant les pratiques de planification et de coordination de services dans le réseau de la santé et des services sociaux a été recueillie auprès d'informateurs clés dans les différentes régions du Québec par l'entremise des bureaux régionaux de l'Office à l'aide d'un questionnaire standardisé. Également, pour plusieurs régions, l'information a été complétée par des publications en provenance d'établissements ou de régies régionales sur les modalités d'accès, de planification et de coordination des services.

(CLSC). Règle générale, les mécanismes d'accès dans la plupart des régions proposent le recours à un processus d'élaboration de plan de services lorsque les services doivent être rendus par plus d'un établissement. La démarche de plan de services est parfois initiée par le CLSC mais, le plus souvent, elle est prise en charge par le centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). L'évaluation des besoins est essentiellement faite par le CRDI. Souvent, elle est précédée par une évaluation sommaire faite au niveau du CLSC. La participation de la personne et, s'il y a lieu, de ses parents est encouragée et, la plupart du temps, acquise. Les autres continums de services (déficience physique, santé mentale, etc.) acceptent généralement de collaborer. Dans plusieurs régions, on ne prévoit pas de révision systématique du plan de services. La démarche du plan de services est souvent prévue à l'intérieur des mécanismes d'accès. Certains CRDI se sont donné leur propre procédure de plan de services. Celui-ci prend souvent la forme d'un plan d'intervention élargi (c'est-à-dire un plan pour appuyer, avec la collaboration de partenaires, le travail du CRDI).

La coordination de la démarche de plan de services relève le plus souvent du CRDI. Dans une région (Gaspésie), on a relevé que le CLSC s'occupe de la coordination en alternance avec le CRDI. Dans une autre (Montréal-Centre), le CLSC occupe occasionnellement ce rôle. Dans une région (Saguenay), un coordonnateur de plan de services est déterminé en concertation avec les partenaires du plan de services. Enfin, dans une région (Estrie), on a rapporté qu'il arrive que ce soit la personne ou ses parents qui assument la coordination avec le support d'un intervenant.

### ***Déficience physique***

Pour les personnes ayant une déficience physique (motrice, visuelle, auditive, etc.), la porte générale d'entrée pour l'accès aux services est le médecin : l'accès aux services se fait essentiellement sur référence médicale. Tout indique que la pratique du plan de services est peu implantée : on relève très peu de situations où un plan de services est élaboré. Il y a un plan de services lorsque la situation devient complexe ou dans les situations litigieuses. L'évaluation des besoins est partagée entre le médecin, le centre

hospitalier et le centre de réadaptation en déficience physique (CRDP). La démarche de plan de services est généralement initiée et coordonnée par le CRDP.

### ***Dans le secteur de la santé mentale***

Dans le secteur de la santé mentale, malgré les intentions exprimées dans la politique de santé mentale<sup>69</sup>, le plan de services n'est jamais devenu une pratique courante. On a par ailleurs relevé quelques expérimentations de modèle de *case management* et un projet de coordination concertée. En 1997, le bilan d'implantation de la politique signalait que le plan de services est très peu utilisé, « [qu']il n'a pratiquement pas été implanté, si ce n'est à titre d'expérience pilote dans quelques localités du Québec [...] ces expériences ont été peu fructueuses<sup>70</sup> ». Il y a certaines résistances dans le milieu de la santé mentale en regard du plan de services. D'ailleurs, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) s'oppose fermement à l'implantation d'une pratique du plan de services : elle évoque des problèmes en regard du respect de la confidentialité et des craintes que le plan de services se présente comme un outil de contrôle social et médical<sup>71</sup>. Plusieurs intervenants considèrent le plan de services comme un outil administratif « qui sert avant tout à la circulation des patients dans un réseau complexe et fragmenté ainsi qu'à éviter le dédoublement de services<sup>72</sup> ». Le milieu de la santé mentale associe le plan de services à une philosophie d'apprentissage et, en conséquence, il serait mieux adapté à

---

<sup>69</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique en santé mentale*, Québec, 1989, 62 p.

<sup>70</sup> Nelson POTVIN, *Bilan de l'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1997, p. 18.

<sup>71</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Plan de services individualisés, Pouvoir, surveillance, ingérence*, Montréal, avril 1993, 60 p.

<sup>72</sup> Henri DORVIL, et autres, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale, Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Comité santé mentale du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1997, p. 149.

la déficience intellectuelle qu'à la santé mentale<sup>73</sup>. Le caractère considéré obligatoire du plan de services est largement dénoncé<sup>74</sup>.

Bref, il n'existe pas de pratique formalisée et systématique du plan de services dans le réseau de la santé mentale. Cette pratique est même remise en question par plusieurs. Cependant, la commission Clair sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux a recommandé l'implantation de réseaux intégrés de services pour les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants ou atteintes de maladie mentale grave<sup>75</sup>. Un réseau intégré de services suppose l'existence de corridors formels de services : les services ne sont pas juxtaposés dans un continuum de services, ils sont interdépendants et font partie d'un tout. L'idée des réseaux intégrés de services prévoit la nécessité, au niveau clinique, de recourir au *case management* pour le suivi intensif et la planification des services propres à un patient<sup>76</sup>. Dans ce cadre, la commission demandait également un rôle clair des CLSC quant à la gestion et à la continuité des services (rôle pivot). Le MSSS, concernant l'implantation de réseaux intégrés de services en santé mentale, va dans le même sens en affirmant dans un document d'orientation que « les CLSC apparaissent comme l'organisation la mieux placée pour assurer cette fonction de coordination et de concertation<sup>77</sup> ». Ainsi, la pratique d'une certaine coordination des services apparaît pour plusieurs comme une nécessité dans un contexte d'intégration sociale.

---

<sup>73</sup> Nelson POTVIN, *op. cit.*, p. 20 et AGIDD-SMQ, *op. cit.*, p. 23 à 25.

<sup>74</sup> Nelson POTVIN, *idem*, p. 19 à 22.

<sup>75</sup> Michel CLAIR, et autres, *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 75.

<sup>76</sup> À ce sujet, voir : Marie-Josée FLEURY et Youcef OUADAHI, « Stratégie d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement » tiré de *Santé mentale au Québec*, volume XXVII, n° 2, automne 2002, p. 16 à 36.

<sup>77</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, Québec, avril 2002, p. 20.

## ***Personnes âgées en perte d'autonomie***

Il n'existe pas de pratique systématique du plan de services dans le réseau de services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA). Cela dit, on a recensé plusieurs expériences de planification et de coordination de services basées essentiellement sur le *case management*. Les plus prometteuses ont été celles des réseaux intégrés de services pour personnes âgées.

Des projets de réseaux intégrés de services ont eu cours dans plusieurs régions du Québec dont Montréal-Centre, l'Estrie et le Centre-du-Québec. Il s'agissait de projets subventionnés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada.

Les réseaux intégrés de services visent le maintien et le développement de l'autonomie des personnes âgées vulnérables par la coordination et l'intégration des services nécessaires pour répondre à leurs besoins. Il prévient l'institutionnalisation en privilégiant les services dans la communauté. Le modèle services intégrés pour personnes âgées (SIPA) expérimenté à Montréal propose qu'un organisme assume à la fois la responsabilité clinique et financière. Il repose sur la gestion de cas (ou *case management*), et son financement est la capitation (c'est-à-dire un financement des services pour l'ensemble d'une population spécifique d'un territoire). Un gestionnaire de cas est assigné à chaque personne âgée vulnérable et il a la responsabilité d'évaluer les besoins, de définir, d'appliquer et d'adapter un plan de services défini en équipe multidisciplinaire. Dans un réseau intégré de services, les corridors de services forment un ensemble cohérent de sorte que les services ne sont pas juxtaposés, mais forment un tout.

Dans les projets expérimentés, le financement sur la base de capitation n'a pas été appliqué. Par ailleurs, la gestion de cas a semblé s'inscrire dans un processus de prise en charge : le principe d'*empowerment* pour la détermination des services en fonction des besoins a semblé ainsi dépendre essentiellement de l'attitude du gestionnaire de cas (ou *case manager*).

Les résultats de l'expérimentation SIPA à Montréal ont été probants. Dans l'évaluation du projet de la région, on rapporte que les bénéficiaires ayant passé par le SIPA ont occupé trois fois moins de lits de longue durée dans les hôpitaux de soins généraux et ont fait deux fois moins de demandes d'hébergement. Cela montre bien qu'une meilleure coordination des services permet à la personne de demeurer plus longtemps dans la communauté et d'améliorer sa qualité de vie<sup>78</sup>. Le fonds fédéral s'étant retiré, le projet SIPA a cessé au début de 2002. Les projets de l'Estrie et du Centre-du-Québec se poursuivent.

## **2.3 La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)**

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., chapitre A-3.001) prévoit le droit à la réadaptation en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle pour un travailleur qui a été victime d'une lésion professionnelle ayant entraîné une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique<sup>79</sup>. La CSST doit élaborer pour celui-ci un plan individualisé de réadaptation pouvant comprendre un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle. Des services professionnels d'intervention psychosociale, des mesures d'adaptation de domicile ou du véhicule, de l'aide personnelle à domicile, des frais de garde d'enfants et plusieurs autres mesures peuvent être prévus<sup>80</sup>. Tel que mentionné plus haut, le plan de réadaptation est en fait un plan de services.

C'est un conseiller en réadaptation qui se charge d'obtenir les évaluations, qui voit à ce que la Commission statue sur l'admission du travailleur et qui est responsable de

---

<sup>78</sup> François BÉLAND, et Howard BERGMAN, *Rapport d'évaluation intérimaire II du projet de démonstration SIPA*, Montréal, Groupe de recherche Université de Montréal-McGill sur les services intégrés pour personnes âgées, octobre 2000, pochette d'information.

<sup>79</sup> QUÉBEC, *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q., c. A-3.001, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 145.

<sup>80</sup> *Idem*, articles 148 à 178.

l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du plan. Il agit en *case manager* et doit s'assurer de la collaboration de la personne. Bref, le conseiller en réadaptation joue essentiellement un rôle de coordonnateur et de courtier de services. Il doit cependant utiliser tous les moyens possibles pour s'assurer de la collaboration du travailleur dans l'élaboration de son plan individualisé de réadaptation. Par contre, cette collaboration n'accorde aucun pouvoir formel au travailleur concernant les services qui lui sont destinés.

## **2.4 La Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)**

Lorsqu'une personne accidentée de la route a besoin de services dans le cadre de sa réadaptation, la SAAQ lui assigne un conseiller en réadaptation. Celui-ci élabore avec la personne un plan de réinsertion sociale, scolaire et professionnelle et autorise les indemnités de réadaptation et invite la personne à se prévaloir des services offerts. L'article 83.7 de la Loi sur l'assurance automobile prévoit que « [la SAAQ] peut prendre les mesures nécessaires pour contribuer à la réadaptation d'une victime, pour atténuer ou faire disparaître toute incapacité résultant d'un préjudice corporel et pour faciliter son retour à la vie normale ou sa réinsertion dans la société ou sur le marché du travail<sup>81</sup> ». Également, la SAAQ a le pouvoir de suspendre, de réduire et de cesser l'indemnisation dans certaines circonstances, notamment lorsque la personne refuse un nouvel emploi ou lorsqu'elle refuse ou omet de se prévaloir des mesures de réadaptation<sup>82</sup>. Ceci met en question l'*empowerment* de la personne et laisse un énorme pouvoir à la SAAQ dans la détermination des services que *doit* recevoir la personne.

C'est le conseiller en réadaptation qui évalue d'abord les besoins puis, avec la personne, élabore un plan de réadaptation qui, dans les faits, s'apparente à un plan de

---

<sup>81</sup> QUÉBEC, *Loi sur l'assurance automobile, L.R.Q., c. A-25*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 83.7.

<sup>82</sup> *Idem*, article 83.29.

services. C'est ce même conseiller qui s'occupe de coordonner l'ensemble des services prévus au plan. Le conseiller agit comme un *case manager*.

## 2.5 Les budgets personnalisés

Le financement public des services peut se faire essentiellement de deux façons : en finançant directement les ressources pour que ces dernières offrent des services aux personnes qui en ont besoin ou en attribuant un budget personnalisé pour que les personnes achètent leurs services. La plupart des services rendus au Québec passent par un financement des établissements qui offrent les services. Par ailleurs, il existe différents programmes qui fonctionnent à la manière d'un budget personnalisé sous forme d'allocations directes : c'est le cas du programme de soutien aux familles en regard des mesures de répit, de l'allocation directe offerte sous forme de chèque emploi-service pour les services à domicile, etc. Les programmes d'aide matérielle de l'Office des personnes handicapées ont beaucoup fonctionné sur cette base.

Le financement personnalisé dans le cadre du courtage de services existe depuis plusieurs décennies au Canada. Vers la fin des années 70, la *Community Living Society* de Vancouver a expérimenté le courtage de services sur la base de budgets personnalisés dans un contexte de désinstitutionnalisation. Pour assurer la désinstitutionnalisation, en absence de services publics adaptés dans la communauté, on voulait fournir à la personne un budget lui permettant d'acheter les services dont elle aurait besoin.

Le courtage de services basé sur le financement individualisé se présente comme « un mécanisme offrant les ressources de planification dont le bénéficiaire a besoin pour organiser et acheter des services et des mesures de soutien communautaire. Les courtiers de services aident les bénéficiaires et leur famille à définir leurs besoins, leur donnent des renseignements sur les possibilités de soutien et de services, les aident à

établir les accords pour la prestation des services et agissent en experts-conseils auprès des personnes et des pourvoyeurs de services qui le leur demandent<sup>83</sup> ».

En théorie, dans le modèle de courtage de services sur la base de budgets personnalisés, la personne et ses proches, disposant des budgets pour l'achat des services, peuvent plus facilement exercer un contrôle sur ceux-ci et avoir une influence déterminante sur les décisions qui les concernent.

Cependant, pour que ce modèle soit efficace, il faut une disponibilité de services dans la communauté. Comme l'indique le Regroupement de parents de personne ayant une déficience intellectuelle de Montréal (RPPADIM) dans un article sur le sujet :

« [Dans le cadre du financement individualisé, les] ressources offrant ces services doivent être disponibles et être en mesure d'accepter la clientèle. Or l'expérience du programme soutien à la famille montre une insuffisance de ressources [...] les clientèles les plus lourdement handicapées se font refuser dans presque toutes les ressources privées à but et sans but lucratif qui préfèrent desservir les clientèles qui demandent moins d'encadrement. [...] Le modèle de courtage de service implique le développement d'un réseau privé de services. [Dans ce contexte, nous] ne croyons pas qu'il sera possible de contrôler adéquatement la qualité des services dans les ressources privées. Nous croyons que les niveaux de services finiront par varier plus en fonction de la richesse de chaque personne que des besoins spécifiques de celle-ci et qu'il y aura nécessairement des disparités importantes dans la qualité, l'accès et l'intensité des services.<sup>84</sup> »

Les craintes exprimées par le RPPADIM se confirment dans les expériences européennes en regard des budgets personnalisés visant à permettre à des personnes handicapées de se procurer elles-mêmes des services auprès des prestataires de leur

---

<sup>83</sup> INSTITUT ALLAN G. ROEHER, *Pouvoir choisir, Un examen du financement individualisé et du courtage de services tels que mis en œuvre par la Community Living Society*, 1992, p. 15.

<sup>84</sup> REGROUPEMENT DE PARENTS DE PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE MONTRÉAL, « Les dangers du courtage de services », *Option intégration*, vol. 3, n° 2, septembre 1998, p. 6.

choix. En effet, Waterplas et Samoy<sup>85</sup>, en se basant sur des expériences au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Suède, en Norvège et en Belgique, constatent que : l'allocation personnalisée a de lourdes exigences pour les usagers (ce n'est pas à la portée de tous car cela demande beaucoup d'habileté et une bonne connaissance des prestataires de services) ; les budgets personnalisés se heurtent à des problèmes de disponibilité budgétaire ; les prestataires de services n'ont pas facilement accès à du perfectionnement et ne sont pas toujours bien formés ; il n'y a pas toujours suffisamment de ressources (l'offre de services est insuffisante) ; il y a des difficultés liées au statut d'employeur lorsque les personnes doivent assumer directement ce rôle ; il y a des disparités dans la qualité des services ; il y a des problèmes sur le contrôle de la prestation des services ; la croissance des coûts est importante ; les prestataires sont souvent dans une situation précaire (travail à temps partiel et irrégulier) ; et les prestataires limitent leur offre de services à la clientèle la plus attrayante.

Le modèle des budgets personnalisés ne se présente pas comme une solution adéquate pour garantir une réponse satisfaisante et adaptée aux clientèles qui ont d'importants besoins.

---

<sup>85</sup> Lina WATERPLAS, et Erik SAMOY, « Attribution d'un budget personnalisé : nouvelle panacée ou cheval de Troie dans les dispositifs de services aux personnes handicapées ? », *Handicap, revue de sciences humaines et sociales*, n° 90, avril/juin 2001, p. 1 à 27.



### 3. La perception du plan de services par les différents acteurs

La perception de l'utilité du plan de services dépend de la position que l'on occupe dans la dynamique de la démarche. Les usagers, les proches, les intervenants et les gestionnaires n'ont pas la même vision du plan de services et de son utilité. C'est du moins ce qui ressort de différentes études faites sur le sujet. Bien que ces études aient été réalisées essentiellement dans le milieu de la réadaptation et de l'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle, il est probable que la plupart des constats soient transposables à d'autres secteurs d'intervention (santé mentale, déficience physique, etc.).

Dans leur étude<sup>86</sup>, Daniel Boisvert et François Guillemette font ressortir la manière dont les usagers et leurs proches vivent la participation à leur plan de services. Les chercheurs constatent que les usagers retirent une certaine satisfaction par rapport à la démarche de plan de services. Ils apprécient l'aide reçue. Selon leur perception, le plan de services apporte un certain support psychologique et contribue à les encourager à poursuivre leurs efforts d'intégration sociale. Du point de vue des usagers, le plan de services touche les principaux aspects de leur vie : l'emploi, la vie en résidence, leurs apprentissages, leurs relations sociales, etc. Cependant, ils considèrent que le plan de services, c'est d'abord l'affaire des intervenants : c'est un moyen pour l'intervenant de prendre en charge la situation et de l'améliorer. Ils accordent une grande confiance à l'éducateur, mais le perçoivent en même temps comme quelqu'un en autorité sur eux. Les auteurs vont jusqu'à parler d'une relation de « contrôle-obéissance » dans laquelle le recours à la menace peut même être utilisé<sup>87</sup>. Les usagers considèrent qu'ils ont un pouvoir de refus par rapport aux décisions mais ne l'exercent pas. Les auteurs de

---

<sup>86</sup> Daniel BOISVERT, et François GUILLEMETTE, *Représentation et satisfaction des personnes présentant une déficience intellectuelle envers l'utilisation des plans de services individualisés, Rapport final 2002*, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, octobre 2002, 74 p.

<sup>87</sup> Ceci rejoint les réserves exprimées par l'AGIDD-SMQ en regard du PSI comme un instrument de contrôle médical. À ce sujet, voir AGIDD-SMQ, *op. cit.*

l'étude qualifient l'expérience du partage de pouvoir dans le processus de plan de services comme « davantage une expérience d'hétéronomie, c'est-à-dire l'expérience d'un pouvoir exercé sur soi par les autres<sup>88</sup> ». Également, les usagers ont des réticences à voir circuler de l'information les concernant : ils posent ici la question de la confidentialité. Enfin, ils aimeraient pouvoir dire leur mot dans le choix des participants à une rencontre de groupe pour un plan de services.

Pour les proches, le plan de services est considéré comme un instrument pouvant assurer une continuité dans l'orientation des interventions, peu importe le roulement de personnel. Le plan de services apparaît également comme un moyen de communication entre les proches et les intervenants. Ils croient que le plan de services devrait conduire à des objectifs à court et moyen terme. L'idée d'aborder le projet de vie ne rencontre pas leurs préoccupations. De leur point de vue, le plan de services se présente essentiellement comme la continuité ou la révision du plan précédent. Les parents se plaignent que leur enfant est trop souvent décrit comme une personne qui a des problèmes. À leur avis, on ne met pas suffisamment l'accent sur les forces de la personne et ce sont plutôt des éléments négatifs qui sont dépeints. Les proches aimeraient être mieux préparés pour les rencontres de plan de services. D'ailleurs, ils se sentent souvent intimidés lors de la rencontre de groupe. Aussi, ils estiment que le plan de services les sollicite davantage qu'il ne les supporte : ils aimeraient mieux que l'on prévoie des ressources pour intervenir auprès de leur enfant plutôt qu'être interpellés pour en faire plus. Enfin, dans le cadre d'une démarche plan de services, les proches estiment que les décisions sont essentiellement prises par les intervenants. Leur pouvoir correspond à « un pouvoir de réaction par rapport à des décisions dont l'initiative vient des intervenants<sup>89</sup> ».

Par rapport à la perception des intervenants, dans le cadre d'une étude réalisée par Suzanne Carrier sur les interventions réalisées par les intervenants des CRDI en site

---

<sup>88</sup> *Idem*, p. 22.

<sup>89</sup> *Idem*, p. 35.

régulier<sup>90</sup>, il ressort que les éducateurs des CRDI rapportent que la majorité de leurs interventions se font en dehors de ce qui est planifié dans le cadre d'un plan d'intervention ou d'un plan de services : « pour aucun des services, la planification et l'appréciation en référence à des objectifs ne comptent parmi les types de motif d'intervention les plus fréquents<sup>91</sup> ». Bref, les éducateurs estiment que le plan de services et le plan d'intervention ne font pas ressortir leurs principales interventions. Une approche plus contextualisée s'apparentant à un plan d'action axé sur les ajustements mutuels dans les interactions entre la personne et son entourage traduirait mieux le type de planification plus représentative du travail effectué. Ceci témoigne d'un problème dans le suivi des objectifs jugés prioritaires que prévoit une planification individuelle de services ou d'intervention.

Lors d'un échange réalisé avec des gestionnaires de CRDI<sup>92</sup>, il est ressorti que ceux-ci trouvent les processus de planification formelle des interventions et des services trop lourds (nombreux documents, fréquence de production, etc.). Ils se plaignent, entre autres choses, du temps clinique accordé à de tels processus. Ils estiment que le temps consacré à la planification écourte le temps d'intervention. Toutefois, les gestionnaires considèrent que le mode formel de planification que constitue la démarche de plan de services est utile : tout en prenant en compte l'ensemble de la situation de la personne, il permet de structurer l'intervention et de ne pas perdre de vue les objectifs poursuivis.

---

<sup>90</sup> Suzanne CARRIER, *La ré/adaptation contextualisée en déficience intellectuelle, Étude des interventions de ré/adaptation accomplies par les éducateurs des CRDI de Montréal dans le suivi des personnes en sites réguliers*, Montréal, Centre de réadaptation Gabrielle-Major, 108 p. et ann.

<sup>91</sup> *Idem*, p. 43.

<sup>92</sup> Il s'agit ici de commentaires recueillis par Renée Voisard des Services de réadaptation L'Intégrale auprès de cadres des CRDI de la région de Montréal-Centre suite à une présentation de l'étude de Suzanne Carrier sur la réadaptation contextualisée. Ces commentaires ont été retransmis lors d'une présentation au congrès annuel de l'Association du Québec pour l'intégration sociale en mai 2002 au Mont-Sainte-Anne.



## **4. Différents problèmes liés à la pratique du plan de services**

Sans faire un tour exhaustif des problèmes générés ou rencontrés dans la pratique de la planification et de la coordination individualisées des services, un certain nombre de questions apparaissent incontournables dans une perspective où l'on veut harmoniser l'implantation des processus de plan de services. L'analyse de la problématique de la pratique du plan de services nous amène essentiellement à cinq questions pour lesquelles il sera nécessaire de se positionner. Ces questions sont les suivantes.

- À quels objectifs les démarches de planification et de coordination des services doivent-elles répondre ?
- Doit-on envisager la planification et la coordination des services en fonction de l'offre de services ou en fonction de la demande ?
- Qu'est-ce que coordonner une démarche de plan de services et qui devrait coordonner une telle démarche ?
- Quel genre de mécanisme devrait-on privilégier pour la planification et la coordination des services ?
- Comment éviter certaines difficultés rencontrées dans les pratiques actuelles du plan de services ?

L'importance de répondre à chacune de ces questions est soulevée en détail dans les lignes qui suivent.

### **4.1 À quels objectifs les démarches de planification et de coordination des services doivent-elles répondre ?**

Les différentes démarches individualisées de planification et de coordination des services peuvent se réaliser en fonction d'objectifs variés. En matière de coordination

des soins dans le milieu de la santé, Lise Fillion et ses collègues situent essentiellement l'intervention en fonction de deux modèles : « une approche structurelle servant d'abord à l'amélioration de la dispense des soins ; ou une approche individualisée visant principalement à répondre aux besoins du client<sup>93</sup> ». Ainsi, suivant cette analyse, il est donc possible de structurer le processus de planification et de coordination des interventions ou des services, d'une part, en fonction des besoins du système en vue d'améliorer les services ou, d'autre part, en fonction des besoins de la personne afin de mieux répondre aux attentes de cette dernière.

Ce qui est vrai pour les soins de santé peut également être applicable à d'autres types de services. D'ailleurs, Boisvert et Guillemette posent un peu la même question lorsqu'ils se questionnent sur la nature même du plan de services. Ils constatent que l'on « est passé d'un paradigme de services très précis par rapport à des besoins spécifiques quotidiens à un paradigme de *participation sociale* impliquant fondamentalement la prise en charge autonome par la personne de son *projet de vie* et impliquant l'exercice autonome du pouvoir pour les diverses décisions relatives à son projet de vie<sup>94</sup> ». Dans ce contexte, ils estiment qu'il faut se questionner sur la finalité du plan de services. « S'agit-il idéalement de rendre la personne parfaitement intégrée à la société en effaçant toute forme de marginalité ou de l'aider à vivre autonome, prenant elle-même les décisions qui la concernent et assumant les conséquences de ces décisions<sup>95</sup> ? » Dans ce cadre, le plan de services ne devrait-il pas se présenter davantage comme un instrument de réalisation d'un projet de vie plutôt qu'un simple mécanisme de planification et de coordination des services ?

---

<sup>93</sup> Lise FILLION, et autres, *Description du concept de l'intervenant pivot : Approche théorique et qualitative*, Université Laval, février 2000, p. 10.

<sup>94</sup> Daniel BOISVERT, et François GUILLEMETTE, *Représentation et satisfaction des personnes présentant une déficience intellectuelle envers l'utilisation des plans de services individualisés, Rapport final 2002*, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, octobre 2002, p. 54.

<sup>95</sup> *Idem*, p. 53.

Ce point de vue rejoint celui de Michel Desjardins qui indique que « la rencontre de PSI ne sert pas, contrairement à ce que prétendent les textes officiels, à faire du bénéficiaire “ *le maître d’œuvre de son projet d’intégration sociorésidentielle et socioprofessionnelle* ”, ni à “ *lui donner l’occasion de s’exprimer et de choisir son projet personnel.* ” Sa raison d’être se situe ailleurs. Premièrement, dans l’authentification du besoin de services [...]. Deuxièmement, dans l’unification de son équipe de rééducation. Enfin, troisièmement, dans la glorification de sa quête de normalité. Au total, ces trois fonctions assurent l’engagement du bénéficiaire à l’égard du projet institutionnel et sa participation au processus de rééducation<sup>96</sup> ».

Ici, la question de l’*empowerment* se pose. Considérant ce qui précède, il est légitime de penser que, dans une mécanique de planification et de coordination des services qui répond d’abord à des besoins organisationnels<sup>97</sup>, il est plus difficile de faire place à l’autonomie de la personne dans les décisions qui la concernent. Les services s’ajustent d’abord en fonction des besoins organisationnels et des objectifs des différentes organisations plutôt qu’en fonction du projet de vie de la personne. À l’inverse, dans une approche d’*empowerment*, les prestataires de services, compte tenu de leur mission, doivent accompagner et appuyer la personne dans la réalisation de ses projets. Le principe même d’*empowerment* suppose ici que la personne puisse prendre des décisions qui feront une différence en regard des services et des interventions qui lui sont destinés. Suivant une telle approche, on peut se demander ce qu’il advient lorsque le projet de vie de la personne entre en contradiction avec les objectifs poursuivis par les organisations qui donnent les services ?

---

<sup>96</sup> Michel DESJARDINS, *La rééducation sociale comme système de significations culturelles, le cas de la déficience intellectuelle légère*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l’obtention du grade de Ph. D. en Anthropologie, Montréal, Université de Montréal, août 1997, p. 215 et 216.

<sup>97</sup> Éviter les dédoublements, bien agencer les services et les interventions, garantir la continuité dans les services, répondre aux objectifs liés à la mission en regard du développement de l’autonomie et de la réalisation de l’intégration sociale, etc.

Il s'agit là de questions qui méritent des réponses.

## **4.2 Doit-on envisager la planification et la coordination des services en fonction de l'offre de services ou en fonction de la demande ?**

Au chapitre 2, des conceptions opposées de la pratique du plan de services ont été présentées. Dans un cas, on envisageait le plan de services comme étant une démarche de coordination entre dispensateurs de services pour répondre à des besoins individualisés en fonction d'un découpage de responsabilités propre à chaque organisation. Dans ce cadre, le plan de services trouve son application dans l'élaboration des plans d'intervention des établissements et des organismes responsables de services spécifiques ou de la mise en œuvre de programmes relevant de leur responsabilité. Une telle approche suppose que la réponse aux besoins de l'utilisateur doit rencontrer l'offre de services et que c'est cette offre de services qui est coordonnée sur une base individuelle dans la démarche de plan de services.

À l'inverse, dans l'autre cas, le plan de services pouvait être envisagé comme étant une démarche d'identification des besoins où, pour chaque secteur d'intervention, on sollicite une réponse pouvant être multisectorielle et on demande aux prestataires de services d'ajuster leurs interventions, voire adapter, développer ou revoir leurs services, pour répondre aux besoins spécifiques de la personne. On ne coordonne plus une offre précise de services, mais une réponse adaptée aux besoins. La démarche de plan de services se fait ici sous l'angle de la demande.

Il importe ici de clarifier la façon de répondre aux besoins de la personne à l'intérieur même du processus de planification et de coordination : la réponse doit-elle être formulée en fonction d'une offre de services existante ou en fonction d'une demande de services à définir dans le respect de la mission des établissements et des organismes ?

Il s'agit d'une question fondamentale qui structure la façon d'aborder les démarches de planification et de coordination de services.

Il importe aussi d'identifier ou de préciser, selon que l'on se place sous l'angle de l'offre de services ou sous celui de la demande de services, qui est imputable de la réponse aux besoins d'une personne dans les différentes sphères d'intervention. Dans le modèle axé sur l'offre de services, il va de soi que les établissements sont imputables uniquement du champ dans lequel ils interviennent dans les limites d'une offre précise de services. Dans le modèle axé sur la demande, cette imputabilité doit entièrement être définie.

Enfin, à cela s'ajoute la nécessité de planifier en fonction de la disponibilité des services afin d'éviter toute rupture dans la réponse aux besoins. Dans ce sens, un bon plan de services devrait planifier l'attente d'un service lorsqu'il y a des listes et des délais d'attente et prévoir des solutions de rechange en conséquence. L'absence de disponibilité de services ne doit pas être prétexte à ne rien faire.

### **4.3 Qu'est-ce que coordonner une démarche de plan de services et qui devrait coordonner une telle démarche ?**

L'Office des personnes handicapées préconisait, dès 1989, dans un document d'orientation sur le plan de services individualisé, que la personne elle-même agisse comme coordonnateur de son plan de services et, pour assumer ce rôle, qu'elle puisse aussi compter sur une ressource de soutien-conseil<sup>98</sup>. Le rôle de coordination consistait essentiellement à établir une relation de partenariat entre les différents intervenants pour l'élaboration et l'application du plan. Le besoin de coordination et ses différentes dimensions n'étaient pas détaillés de sorte que le concept même de coordination du plan de services est demeuré flou.

---

<sup>98</sup> Diane BÉGIN, Nicole GAGNON et Michel GIGNAC, *Le plan de services de la personne, Document d'orientation de l'Office des personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1989, 31 p.

La coordination du plan de services est souvent associée à différentes réalités : assurer le suivi du plan de services ; s'assurer de la satisfaction de la personne ; faire de l'*advocacy* (représenter la personne et s'assurer de la défense de ses droits et de ses intérêts), initier une démarche de concertation ; agir en courtier de services ; favoriser la collaboration des différents intervenants ; être responsable de l'élaboration du plan et de sa rédaction ; agir comme confident et clinicien de la personne ; être décideur des services ; etc. Bien que la coordination puisse s'apparenter à tout cela, le besoin de coordination d'un plan de services devant être assumé par un coordonnateur identifié mérite d'être précisé.

Boisvert, Parent et Poirier, dans le cadre d'une démarche de recherche sur les pratiques du plan de services, ont procédé à l'identification des rôles attendus des coordonnateurs de plans de services individualisés<sup>99</sup>. En plus de la variété des activités relatives à une forme ou une autre de coordination du plan de services, « l'esprit même du plan de services individualisé, qui place la personne au centre de ses services, apporte une ambiguïté réelle aux rôles attendus. En effet, certaines activités de coordination peuvent être exécutées par la personne elle-même, par un individu actif et significatif auprès d'elle (proches, parents, intervenants, camarades, etc.) ou, encore, par un membre d'un organisme communautaire<sup>100</sup> ». Comment identifier les responsables de la coordination si l'on n'a pas une idée claire de ce que celle-ci entraîne comme tâches et responsabilités ?

La démarche réalisée par Boisvert, Parent et Poirier a conduit à l'identification de neuf rôles et fonctions du coordonnateur de plan de services. Une partie de ceux-ci est liée à la personne en termes de suivi continu et l'autre partie à la prestation des services, donc davantage axée sur le système. En regard des rôles et fonctions liés à la

---

<sup>99</sup> Daniel BOISVERT, Ghyslain PARENT et Hélène POIRIER, « Les rôles attendus des coordonnateurs des plans de services individualisés » tiré de *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 7, n° 1, p. 43 à 58.

<sup>100</sup> *Idem*, p. 44.

personne, le dépistage, l'évaluation des besoins, l'accompagnement de la personne et la planification des services ressortent. En ce qui a trait aux fonctions liées à la prestation des services, les auteurs identifient l'*advocacy*, la coordination de l'application du plan (rôle de courtage de services, lien entre la personne et les dispensateurs de services, etc.), le développement d'un système de support naturel (créer des liens avec la communauté) et la supervision de la distribution des services et l'éducation du public.

Dans une seconde étude, les auteurs font état que, parmi les neuf fonctions identifiées, seulement sept sont valorisées par le coordonnateur de plan de services au Québec<sup>101</sup>. Les fonctions de dépistage et d'éducation du public sont absentes des fonctions valorisées<sup>102</sup>. Cela est probablement dû au fonctionnement même de notre système de prise en charge des besoins des personnes : ce ne sont pas les mêmes intervenants qui assument ces tâches et, il faut le dire, ces fonctions sont directement liées à la prestation des services. Par ailleurs, la fonction d'*advocacy* est peu valorisée. Les trois fonctions les plus valorisées sont la coordination du plan de services (les relations avec la personne et les intervenants, de même que le courtage de services), la planification des services (activités liées à l'élaboration du plan : recueillir l'information, identifier les besoins prioritaires, traduire les besoins en objectifs, etc.) et le travail avec la personne (accompagnement de la personne et intervention de nature clinique). Les autres fonctions occupent une place moins importante.

Les besoins de la personne en regard des autres fonctions doivent trouver également une réponse. Si ce n'est pas la personne identifiée pour coordonner le plan de services qui remplit ces autres fonctions, il faut identifier une autre personne pour le faire.

---

<sup>101</sup> Daniel BOISVERT, Ghyslain PARENT et Hélène POIRIER, « Les rôles valorisés par les coordonnateurs des plans de services individualisés (PSI) », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 8, n° 2, pages 143 à 157.

<sup>102</sup> Pour évaluer la valorisation des fonctions, les auteurs se sont basés sur un corpus de 570 énoncés de tâches émis par les intervenants réalisant de la coordination de PSI. Ils ont classifié et dénombré ces énoncés selon les neuf fonctions de coordination des PSI identifiées.

Il faut noter qu'il y a des fonctions de coordination qui précèdent l'élaboration du plan de services (les évaluations, la convocation à une rencontre, etc.), que d'autres se réalisent au moment de l'élaboration (animation d'une rencontre, identification des prestataires, etc.) et que tout ce qui concerne le suivi et la révision se passe après l'élaboration. Il est également nécessaire que toutes ces activités se coordonnent entre elles. Certaines tâches sont davantage techniques et d'autres concernent l'orientation même du projet de vie de la personne. Par rapport à la nature de chacune de ces fonctions, certaines peuvent suggérer une réalisation par différents acteurs. Aussi, les différentes fonctions de coordination exigent des compétences variées que ne possèdent pas de manière égale les différents acteurs : une bonne connaissance des réseaux de services et des différents acteurs qui les composent, des habiletés de négociation et de communication, etc.

Au cours des 15 dernières années, la pratique du plan de services a montré que l'approche privilégiée par l'Office, celle qui veut que la personne soit coordonnatrice de son plan de services, n'a pas connu la popularité escomptée. Loin d'être la règle, ce n'est qu'exceptionnellement que la personne coordonne son propre plan de services. Lorsqu'elle le fait, elle n'assume pas nécessairement l'ensemble des tâches de coordination. Elle est le plus souvent assistée d'un intervenant qui l'appuie dans sa démarche ou qui assume différentes responsabilités (telles que les démarches de convocation des participants, d'animation de la réunion, etc.). Si la personne doit se trouver au centre de la démarche de son plan de services, si elle est maître de son projet de vie (dans une perspective d'*empowerment*), il est clair qu'elle doit pouvoir déterminer les objectifs à poursuivre dans le cadre d'un plan de services. Cela peut bien sûr se faire en assumant un rôle de coordination, mais pas nécessairement. La coordination du plan de services par la personne elle-même n'est pas une condition incontournable à l'exercice de son *empowerment*.

Dans une étude sur la pratique du plan de services dans le programme de maintien à domicile<sup>103</sup>, Raymonde Beaudoin fait le constat que la personne n'est pas toujours la mieux placée pour coordonner ses services. Un coordonnateur efficace doit avoir certaines qualités : une bonne connaissance des ressources, du leadership, de l'autonomie, de la créativité, de l'écoute, etc.

Certains acteurs sont sans doute mieux placés pour assumer certaines parties de la coordination que la personne elle-même. Par exemple, pour les aspects essentiellement techniques de la coordination (convoquer des intervenants à une rencontre, animer une rencontre, etc.), un intervenant connaissant bien les réseaux de services peut sans doute faire un travail plus efficace que la personne elle-même lorsque celle-ci est moins habilitée. Par contre, dans une perspective d'*empowerment*, il faudrait que la personne puisse conserver un minimum de contrôle.

Il ressort qu'il y a deux dimensions interreliées qui concernent la coordination et qui méritent d'être clarifiées en regard de la conception et de la mise en œuvre du plan de services : les fonctions de coordination et les personnes qui doivent les assumer. Il faut ainsi clarifier le concept même de coordination et identifier les personnes qui en sont responsables. Il s'agit encore d'une question qu'il sera nécessaire de fouiller.

#### **4.4 Quel genre de mécanisme devrait-on privilégier pour la planification et la coordination des services ?**

Au chapitre 1 du présent document, il a été établi qu'il existait essentiellement deux modèles de planification et de coordination des services ou de pratique du plan de services : le *case management* et la coordination concertée. Le premier implique une certaine prise en charge ou une assistance individualisée dans la démarche : le *case*

---

<sup>103</sup> Raymonde BEAUDOIN, *Approche du plan de services individualisé et le programme de maintien à domicile : projet de démonstration*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, octobre 1993, 93 p. et ann.

*manager* a la responsabilité de voir à l'obtention des services et à leur coordination. Le second modèle, la coordination concertée, suppose une démarche où les différents prestataires de services et la personne qui a des besoins s'entendent entre eux, dans le cadre d'une démarche de concertation, sur une planification des services.

Bien que le modèle de coordination concertée soit celui que favorise le plus la littérature au Québec, son application est plus compliquée que celle du *case management*, compte tenu qu'elle requiert la disponibilité de plusieurs intervenants et de la personne pour une rencontre à un moment précis. Par ailleurs, à moins de situations complexes, une réponse coordonnée aux besoins variés d'une personne peut facilement s'élaborer dans le cadre d'une démarche de *case management*, et cela, dans le respect de la volonté de la personne. La pratique du plan de services dans les bureaux régionaux de l'Office au cours des dernières années montre bien que le recours à une démarche concertée survient et semble incontournable, surtout lorsque la situation est litigieuse ou nécessite une intervention coordonnée d'intervenants n'ayant pas de liens entre eux.

L'idée d'un modèle mixte de planification et de coordination des services, basé à la fois sur le *case management* et le recours à la coordination concertée pour les situations complexes, tel que le proposait le projet *PSI – La Boussole : un modèle de plan de services individualisé (PSI) axé sur le « case management »*<sup>104</sup>, mérite d'être considérée. En effet, un tel processus pourrait permettre de simplifier le travail de planification et de coordination dans la plupart des situations. Cela permettrait probablement aussi de diminuer la proportion de temps que les intervenants doivent consacrer à la planification, leur laissant ainsi plus de temps clinique.

---

<sup>104</sup> Michèle PARADIS, et Claude GAGNON, *Bilan du projet « PSI – La Boussole » : Un modèle de plan de services individualisé (PSI) axé sur le « case management »*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et Office des personnes handicapées du Québec, décembre 1995, 67 p. et ann. Notons cependant que la coordination concertée a été peu expérimentée dans le cadre du projet malgré le fait qu'elle était prévue dans le modèle mis de l'avant.

## 4.5 Comment éviter certaines difficultés rencontrées dans les pratiques actuelles du plan de services ?

La pratique du plan de services rencontre différents obstacles. Jean Lamarre, par rapport au secteur de la déficience intellectuelle, a déjà relevé que les démarches de plans de services se heurtaient à des problèmes de disponibilité et d'accès aux services, à la surcharge de travail des intervenants qui n'ont pas le temps de s'engager dans une multitude de démarches d'élaboration ou de révision de plans de services, à l'instabilité du personnel (trop de changements chez les intervenants pour garantir une continuité), à la lourdeur du processus, à une pratique du plan de services de nature plutôt administrative que clinique et au fait que les mécanismes d'accès aux services ne s'inscrivent pas dans une approche multisectorielle et intersectorielle<sup>105</sup>. Il n'y a rien qui indique que ces constats ne sont pas valables pour les autres clientèles. À cela s'ajoutent aussi des difficultés liées à l'hétéronomie, au respect de la confidentialité et à de la confusion dans la conception du plan de services et dans la terminologie utilisée dans les processus de planification et de coordination des services et des interventions.

Il va de soi qu'une harmonisation de la conception et de la terminologie utilisée contribuerait à éliminer les confusions et pourrait ainsi faciliter la promotion et l'implantation de la pratique du plan de services. Aussi, il faut trouver des solutions en regard de l'accès et de la disponibilité des services, de la charge de travail des intervenants (afin de leur permettre de participer à une démarche de plan de services et à son suivi malgré le possible roulement de personnel chez les prestataires de services), de la lourdeur du processus ainsi que du caractère clinique de la démarche par rapport à son aspect administratif et à son caractère intersectoriel. Il est nécessaire de faire cela si l'on veut espérer voir progresser la pratique du plan de services.

---

<sup>105</sup> Jean LAMARRE, *Vers une participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, Une étude sur l'état d'implantation des orientations ministérielles de 1988 en matière de déficience intellectuelle*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1998, p. 13 à 20.

## **5. Pour relever le défi de la mise à jour de la conception et de la mise en œuvre du plan de services**

L'Office, dans le cadre de sa planification stratégique 2001-2004, avait annoncé des travaux autour de la problématique du plan de services. Ces travaux ont conduit à la production du présent état de situation. Celui-ci, compte tenu de son caractère multisectoriel, interpelle l'ensemble de l'appareil gouvernemental et les intervenants des différentes organisations qui offrent des services aux personnes handicapées. Il fait le tour de la problématique de la planification et de la coordination des services et cible un ensemble de questions qui méritent une réponse afin d'harmoniser les pratiques, au plus grand bénéfice des personnes qui ont recours à un tel processus.

Dans le but de partager le diagnostic qu'il a dressé, voire le bonifier, et afin de travailler à l'élaboration d'un modèle harmonisé de la pratique du plan de services répondant le mieux possible aux intérêts des personnes qui cherchent une réponse à leurs besoins, l'Office désire associer les intervenants des différents secteurs d'intervention entre eux et à des représentants des usagers dans une démarche de concertation sur l'harmonisation de la pratique du plan de services.

L'Office invite donc ses partenaires, principalement les ministères responsables des différents réseaux de services, les fédérations d'établissements, le milieu associatif des personnes handicapées, le Curateur public et le Protecteur des usagers, à participer aux travaux d'un groupe de réflexion qu'il mettra en place et qui aura pour mandat, à partir d'un partage sur la problématique de la pratique du plan de services, de soumettre un rapport proposant un ou des modèles harmonisés de planification et de coordination des services.

## Conclusion

L'analyse du contexte et de la pratique du plan de services permet de cibler la réflexion autour d'un certain nombre de questions concernant la nature du plan de services, son objet, l'angle par lequel la planification et la coordination des services devraient être envisagées, la coordination de la démarche et les difficultés à relever. C'est autour de ces questions que l'Office et ses partenaires comptent trouver les consensus nécessaires à l'établissement d'une pratique harmonisée du plan de services.

Dans le but de développer des réponses satisfaisantes à ces questions et favoriser l'implantation d'approches harmonisées pour la planification et la coordination des services, l'Office propose de mettre en place une démarche de concertation avec ses principaux partenaires. Cela devrait permettre un certain partage du diagnostic que pose l'Office en regard de la pratique du plan de services, de le préciser si nécessaire et de développer une vision harmonisée du plan de services et de son application.

L'Office des personnes handicapées du Québec fait le pari qu'en établissant des consensus autour des notions qui concernent la planification et la coordination des services et autour de la mise en œuvre du plan de services, il sera possible d'implanter une pratique qui rencontrera mieux les attentes et les besoins des personnes qui ont recours à des services. Pour cela, l'Office compte sur la collaboration des différents réseaux de services, des représentants des usagers et de l'ensemble des partenaires gouvernementaux.



## Bibliographie

- ALLIE, Robert. *Rapport d'évaluation du programme d'aide à l'élaboration d'un plan de services*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, mars 1993.
- ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Plan de services individualisés, Pouvoir, surveillance, ingérence*, Montréal, avril 1993.
- BEAUCHESNE, Nicole, et Marie DE SERRES. *L'intervenant pivot en oncologie, un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes du cancer*, Conseil québécois de lutte contre le cancer, novembre 2001.
- BEAUDOIN, Raymonde. *Approche du plan de services individualisé et le programme de maintien à domicile : projet de démonstration*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, octobre 1993.
- BEAUPRÉ, Pauline, Guy OUELLET et Sarto ROY. *Recension des écrits sur le plan d'intervention des personnes handicapées ou en difficulté*, Rimouski, Université du Québec à Rimouski, 2002.
- BÉGIN, Diane, Nicole GAGNON et Michel GIGNAC. *Le plan de services de la personne, Document d'orientation de l'Office des personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1989.
- BÉGIN, Diane. *Analyse des données sur le plan de services vu par les organismes concernés*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 26 février 1987.
- BÉLAND, François, et Howard BERGMAN. *Rapport d'évaluation intérimaire II du projet de démonstration SIPA*, Montréal, Groupe de recherche Université de Montréal-McGill sur les services intégrés pour personnes âgées, octobre 2000.
- BENT, Stephen, Kenneth KERNAGHAN et D. Brian MARSON. *Les guichets uniques : innovations et bonnes pratiques*, Ottawa, Réseau du service axé sur les citoyens, Centre canadien de gestion, 1999.
- BOISVERT, Daniel, et Rémi CODERRE. *Communication et intervention communautaire planifiée : une analyse dynamique de la recension des écrits, Rapport final CQRS SR-4452 2001-2002*, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, août 2002.
- BOISVERT, Daniel, Richard COULOMBE et Ghyslain PARENT. « Les besoins de formation des éducateurs et infirmières utilisant le plan de services individualisé », *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, n° 2, p. 181-199.

- BOISVERT, Daniel, et autres. *Le plan de services individualisé, participation et animation*, Ottawa, Édition Agence d'ARC, 1990.
- BOISVERT, Daniel, et François GUILLEMETTE. *Représentation et satisfaction des personnes présentant une déficience intellectuelle envers l'utilisation des plans de services individualisés, Rapport final 2002*, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, octobre 2002.
- BOISVERT, Daniel, Ghyslain PARENT et Hélène POIRIER. « Les rôles valorisés par les coordonnateurs des plans de services individualisés (PSI) », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 8, n° 2, p. 143 à 157.
- BOISVERT, Daniel, Ghyslain PARENT et Hélène POIRIER. « Les rôles attendus des coordonnateurs des plans de services individualisés », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 7, n° 1, p. 43 à 58.
- BOUTET, Michel. *Plan de services individualisé, plan d'intervention individualisé, et plan d'action*, 1993, tiré de CSDI Mauricie / Centre-du-Québec, Procédure d'élaboration, Plan d'intervention / Plan de services, Trois-Rivières, décembre 2000.
- CARRIER, Suzanne. *La ré/adaptation contextualisée en déficience intellectuelle, Étude des interventions de ré/adaptation accomplies par les éducateurs des CRDI de Montréal dans le suivi des personnes en sites réguliers*, Montréal, Centre de réadaptation Gabrielle-Major, septembre 2001.
- CARRIER, Suzanne, et Daniel FORTIN. « Des plans de services et d'intervention conviviaux pour une pratique avec des partenaires du milieu », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 9, n° 1, p. 65 à 79.
- CHAMPAGNE, Noël. « Plan de services individualisé : concept théorique et pratique », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 3, n° 1, juin 1992, p. 59-73.
- CHAMPAGNE, Noël. « Plan de services individualisé des enfants de 0 à 6 ans et de leur famille : état de la recherche, de l'intervention et perspectives d'application dans le cadre des lois 99-457 (États-Unis) et 120 (Québec) », *Élargir nos horizons, perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, Éditions Multimondes, 1994, p. 595-601.
- CLAIR, Michel, et autres. *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- DE CANGAS, José P. C. « L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) au-delà du *Case management* et de la réhabilitation psychosociale », *Santé mentale Québec*, vol. XIX, n° 1, p. 59 à 74.

- DELLE VERGINI, Nelly. « Le Plan d'Intervention Individualisé Interdisciplinaire (PIII) au service du Projet de Vie de la Personne Âgée », *Gérontologie*, n° 117, janvier 2001, p. 46-50.
- DESJARDINS, Michel. *La rééducation sociale comme système de significations culturelles, le cas de la déficience intellectuelle légère*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Ph. D. en Anthropologie, Montréal, Université de Montréal, août 1997.
- DEVIN, Yves, et Alain CÔTÉ. *L'évaluation de l'impact des plans de services individualisés sur la qualité de vie, le bien-être et la satisfaction des clients ainsi que sur la perception des intervenants et des proches*, Chicoutimi, CAR Claire Fontaine, 1993.
- DORVIL, Henri, et autres. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale, Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Comité santé mentale du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1997.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, et FÉDÉRATION DE LA RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC. *La réponse aux besoins des personnes ayant des déficiences physique et intellectuelle : des orientations pour une intervention en réseau*, Montréal, 1996.
- FILLION, Lise, Diane MORIN et Louise SAINT-LAURENT. *Description du concept de l'intervenant pivot : Approche théorique et qualitative*, Montréal, Université Laval, février 2000.
- FLEURY, Marie-Josée, et OUADAHI, Youcef. « Stratégie d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement » tiré de *Santé mentale au Québec*, volume XXVII, n° 2, automne 2002, p. 16 à 36.
- GIGNAC, Michel. *Je commence mon plan de services, Guide pour l'évaluation des besoins à l'intention des personnes handicapées adultes*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1993, 66 p.
- GIGNAC, Michel. *Je commence son plan de services, Guide pour l'évaluation des besoins à l'intention des parents ayant un enfant handicapé*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1993, 58 p.
- GOUPIL, Georgette, Marc J. TASSÉ et Catherine DORÉ. *Analyse descriptive des plans d'intervention personnalisés, Rapport de recherche*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2000.
- GOUPIL, Georgette. *Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire*, Boucherville, Édition Gaëtan Morin, 1991.

HARVEY, Maurice. « Un PSI intégral », *Élargir nos horizons, perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, Éditions Multimondes, 1994, p. 433 à 440.

INSTITUT ALLAN G. ROEHER. *Pouvoir choisir, Un examen du financement individualisé et du courtage de services tels que mis en œuvre par la Community Living Society*, 1992.

LABRECQUE-MARCEAU, Marie-Paule. « La coordination des plans de services », *Santé mentale au Québec*, vol. XII, 1987.

LAMARRE, Jean. *Vers une meilleure participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, Une étude sur l'état d'implantation des orientations ministérielles de 1988 en matière de déficience intellectuelle*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 62 p.

LUSSIER, Louise. « Les personnes handicapées et le droit québécois », *Revue du Barreau*, tome 46, n° 5, novembre - décembre 1986, p. 789 à 814.

MARCEAU, Marie-Paule. *Recherche sur le plan de services, Phase 1*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1987.

MERCIER, Céline. *De nouvelles perspectives en évaluation et en intervention : l'exemple du plan de services individualisé, Rapport d'activités présenté au CQRS*, Verdun, Centre de recherche de l'hôpital Douglass, juin 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix, La politique de soutien à domicile*, Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *De l'intégration sociale à la participation sociale*, Québec, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *De l'intégration sociale à la participation sociale, Plan d'action de la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Formation PSI, Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé, Guide d'animation*, Québec, mars 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, Québec, avril 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique en santé mentale*, Québec, 1989.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, 2003.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC. *Le plan d'intervention... au service de la réussite de l'élève*, Québec, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, 2003.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC. *Une école adaptée à tous ses élèves, Politique de l'adaptation scolaire*, Québec, 1999.

MINISTÈRE DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES. *Entente de soutien personnalisé à l'intention des personnes ayant un handicap de développement*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1998.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part... égale, L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Drummondville, Publications du Québec, 1984.

PARADIS, Michèle, et Claude GAGNON. *Bilan du projet « PSI – La Boussole » : Un modèle de plan de services individualisé (PSI) axé sur le « case management »*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et Office des personnes handicapées du Québec, décembre 1995.

POIRIER, Mario, et autres. « Case management, le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal », *Santé mentale Québec*, vol. XXIII, n° 2, p. 93 à 118.

POTVIN, Nelson. *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1997.

QUÉBEC. *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, L.R.Q., c. E-20.1*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Loi sur l'assurance automobile, L.R.Q., c. A-25*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., c. A-3.001*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2*.

QUÉBEC. *Loi sur l'instruction publique, L.R.Q., c. E-1*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Règlement de l'Office des personnes handicapées, c. E-20.1, r. 1*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, c. S-5, r. 3.01*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, article 42.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan de services individualisé – Jeunesse, Cadre de référence*, décembre 2001.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Plan de services individualisé, Cadre de référence*, Laval, 2001.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Continuum de services aux personnes âgées, Le CLSC, Guichet unique d'accès aux services de longue durée*, Montréal, novembre 1996.

REGROUPEMENT DE PARENTS DE PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE MONTRÉAL. « Les dangers du courtage de services », *Option intégration*, vol. 3, n° 2, septembre 1998, p. 6.

TRAIT D'UNION CHÂTEAUGUAY. *Le plan de services individualisé, proposition d'un modèle*, Châteauguay, Trait d'union Châteauguay, mars 1990.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002, Tome 1*, Québec, 2002.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1999-2000, Tome 1*, Québec, 2000.

WATERPLAS, Lina, et Erik SAMOY. « Attribution d'un budget personnalisé : nouvelle panacée ou cheval de Troie dans les dispositifs de services aux personnes handicapées ? », *Handicap, revue de sciences humaines et sociales*, n° 90, avril - juin 2001.