

# Les besoins de formation des éducateurs et infirmières utilisant le plan de services individualisé

## Training needs for workers (educators, nurses) using the individualized services plan in mental health

Richard Coulombe, Daniel Boisvert et Ghyslain Parent

Volume 21, numéro 2, automne 1996

Intégration sociale et soutien communautaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032404ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032404ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Coulombe, R., Boisvert, D. & Parent, G. (1996). Les besoins de formation des éducateurs et infirmières utilisant le plan de services individualisé. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 181–199. <https://doi.org/10.7202/032404ar>

Résumé de l'article

Cette étude examine, à l'aide de la méthode élaborée par Herskowitz (1977), les besoins de formation de 42 intervenants (19 éducateurs et 23 infirmières) qui utilisent lorsque requis le plan de services individualisé pour la clientèle qui présente des troubles sévères et persistants de santé mentale. Une version adaptée d'un questionnaire développé par Hurteau (1988), et modifié pour un contexte de santé mentale, identifie les besoins de formation des intervenants utilisant le plan, sous cinq dimensions précises et trois types de savoirs particuliers. À la lumière des résultats, certains besoins de formation apparaissent prioritaires, notamment l'animation des rencontres et les modalités d'élaboration du plan de services individualisé. De plus, les intervenants aimeraient obtenir de la formation sur la communautarisation des services offerts aux personnes présentant des besoins en santé mentale.



## Les besoins de formation des éducateurs et infirmières utilisant le plan de services individualisé

---

Richard Coulombe\*

Daniel Boisvert\*\*

Ghyslain Parent\*\*

Cette étude examine, à l'aide de la méthode élaborée par Herskowitz (1977), les besoins de formation de 42 intervenants (19 éducateurs et 23 infirmières) qui utilisent lorsque requis le plan de services individualisé pour la clientèle qui présente des troubles sévères et persistants de santé mentale. Une version adaptée d'un questionnaire développé par Hurteau (1988), et modifié pour un contexte de santé mentale, identifie les besoins de formation des intervenants utilisant le plan, sous cinq dimensions précises et trois types de savoirs particuliers. À la lumière des résultats, certains besoins de formation apparaissent prioritaires, notamment l'animation des rencontres et les modalités d'élaboration du plan de services individualisé. De plus, les intervenants aimeraient obtenir de la formation sur la communautarisation des services offerts aux personnes présentant des besoins en santé mentale.

**L**e début des années 1980 est marqué par la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne ayant des problèmes de santé mentale et par le rythme accéléré du processus de désinstitutionnalisation déjà amorcé. Cette reconnaissance des droits induit des changements importants dans l'approche et la qualité des services à ces personnes, alors que la précarité de la situation économique oblige le gouvernement à rationaliser et à redéfinir bon nombre de programmes sociosanitaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989).

À cette même période, l'approche de la valorisation des rôles sociaux de Wolfensberger (1984) devient le concept charnière de l'organisation des services aux personnes en difficulté : on insiste pour que les interventions aient lieu dans un cadre le plus normalisant possible. L'adhésion au principe de la valorisation des rôles sociaux implique que les interventions s'organisent dans un milieu de vie le plus culturelle-

\* M. Coulombe, M. A., est chargé de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

\*\* Messieurs Boisvert, Ph. D., et Parent, Ph. D., sont professeurs à la même institution.

ment valorisant. Mais la désinstitutionnalisation en santé mentale se heurte à de nombreuses réticences : elles sont attribuables principalement à l'insuffisance de ressources et de programmes adaptés, malgré le nombre important d'intervenants dans le réseau (MSSS, 1989).

Aux États-Unis, les plans de services en psychiatrie ont été utilisés, vers la fin des années 1970, pour assurer une meilleure liaison entre les services utilisés par la personne présentant des troubles de santé mentale. On souhaitait, de cette façon, réduire les chevauchements, faire correspondre les services aux besoins de la personne, et permettre à celle-ci de participer activement aux prises de décisions la concernant.

Certains auteurs ont effectué ces dernières années d'intéressantes synthèses sur ce modèle de planification (Robinson et Toff-Bergman, 1989; Chamberlain et Rapp, 1991; Tessier et Clément, 1992). Ils ont notamment fait ressortir quatre grands modèles de coordination de plans de services, dont deux s'apparentent aux plans utilisés au Québec : le modèle misant sur les forces de la personne (*Personal Strength Model*) et celui de la réadaptation (*Rehabilitation Model*).

Les écrits sur les recherches utilisant un modèle de planification misant sur les forces de la personne, modèle conçu à l'École de bien-être social de l'Université du Kansas, au Missouri, démontrent que son utilisation favorise le rendement au travail, améliore la vie quotidienne (Modrcin et al., 1988) et augmente le temps passé en communauté. Le modèle mettant l'accent sur la réadaptation, conçu par le *Center for Psychiatric Rehabilitation* de l'Université de Boston, semble favoriser une meilleure utilisation du temps disponible chez les sujets vivant en résidence (Goering et al., 1988).

Selon plusieurs auteurs (Cohen et DeGraaf, 1982; Harvey, 1988; Rothery et Cameron, 1990), le contexte de désinstitutionnalisation demande aux intervenants une concertation des actions individuelles en un plan commun. Au Québec, en 1989, la Politique de santé mentale du ministère rendit l'utilisation du plan de services individualisé obligatoire pour certains groupes de personnes dont la condition exige la concertation de l'action de plusieurs intervenants. Le plan de services individualisé constitue :

« 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 » (MSSS, 1993).

En matière d'interventions adaptées, le plan doit jouer, selon Corrigan et Kayton-Weinberg (1993), un rôle central dans la coordination des services et assurer la qualité et la continuité des soins. Pour Harris et Bergman (1988), ce plan n'est pas seulement un outil artificiel, il doit devenir un « phénomène interactionnel » dans lequel la relation patient-intervenant est l'ingrédient essentiel. De ce fait, le « patient » perd son rôle passif pour devenir un réel partenaire de son intervention. Ceci est un élément important qui doit présider à l'élaboration du plan de services individualisé, comme le souhaitent les groupes québécois de défense de droits (Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale, 1993).

L'accroissement de plus en plus marqué au Québec de l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale amène des modifications dans les modèles d'intervention. Ces nouvelles pratiques ne sont pas sans provoquer certaines difficultés d'intervention de nature psychosociale, car elles exigent l'adoption de stratégies novatrices faisant appel à de nouvelles mentalités et, surtout, à un travail d'équipe (Rocheleau et Hagan, 1993; Lareau, 1989; Tessier et Clément, 1992). Ces difficultés peuvent s'expliquer par une méconnaissance, chez certains professionnels de la santé, de tâches et de compétences qui étaient auparavant sous la responsabilité de praticiens d'un corps professionnel différent du leur.

L'étude de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie (Viens et Lebeau, 1994) sur l'implantation du plan de services individualisé et la prévention de l'épuisement professionnel des aidants, note certaines conditions favorables, comme 1) la volonté des gestionnaires de réaliser cette implantation, 2) la participation des équipes professionnelles, 3) une formation préalable centrée sur des modalités concrètes d'application et 4) une rétroaction minimale en cours d'implantation.

De fait, selon Blanchet et al. (1993) et Martin (1990), le plan de services individualisé exige que tous les intervenants 1) participent à l'ensemble des étapes d'élaboration de l'intervention; 2) assument des tâches précises correspondant à leurs capacités; 3) acceptent de se soumettre à l'encadrement, aux échanges entre intervenants ou au processus de formation et 4) fassent preuve d'autonomie, tout en étant capables d'échanger et de reconnaître les apports des autres membres de l'équipe multidisciplinaire.

L'emploi du plan de services individualisé, rendu obligatoire en 1989, visait à assurer la continuité des soins et des services. L'utilisation de cette démarche venait également modifier les attitudes et les rôles des

intervenants envers les usagers. Mais cette obligation ne faisait pas l'unanimité au sein des groupes de support et de défense des droits de la personne, tant à propos de l'éthique que de la confidentialité des dossiers de la clientèle. L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (1995) et le Comité de la Santé mentale au Québec (1995) font alors des recommandations en vue de modifier la politique de la Santé mentale de 1989. On y souligne que le plan s'est révélé une démarche complexe, interprétée de plusieurs façons, qui a entraîné de la confusion : il est devenu un objectif en soi plutôt qu'un moyen.

Lareau (1989) note que les intervenants voient le plan comme une corvée et un surplus de travail. De ce fait, les personnes recevant des services ne bénéficieraient pas toutes d'un plan individualisé spécifique à leurs besoins. Il semble que les intervenants ne se considèrent pas tous habiles pour rédiger ce plan. Or, comme le mentionnent Blanchet et al. (1993), la vaste majorité des intervenants, ayant principalement reçu une formation d'intervention curative, n'ont pas de formation spécialisée en prévention et en promotion de la santé, peu importe la formation professionnelle initiale. Martin (1990) souligne que, pour tout type d'intervenants, il faut développer les connaissances et les habiletés nécessaires pour assurer l'efficacité de l'intervention. Cependant, certains auteurs sont enclins à nuancer les propos de Martin (1990). Même si tous les intervenants bénéficiaient d'une formation au sujet du plan, Tessier et Clément (1992) notent qu'il existe des écarts majeurs dans la façon dont ils évaluent les besoins des clients.

L'intervenant doit développer certaines praxies fondées sur une solide formation. Et cette formation continue doit être, semble-t-il, contextuelle aux habiletés que les intervenants doivent maîtriser. McGill (1984) précise qu'une formation de qualité doit tenir compte des connaissances ou des savoirs et être aussi accompagnée d'un savoir-faire et d'un savoir-être.

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (1995) et le Comité de la Santé mentale au Québec (1995) proposent donc des modifications au statut obligatoire du plan pour qu'il ne soit utilisé que dans les cas où les usagers ou leur représentant en requièrent un. Ils demandent aussi qu'on poursuive les efforts de formation autant auprès des usagers que des intervenants et, finalement, que soit faite la promotion d'une approche éthique à l'égard du client, lors de l'utilisation du plan, quant à la qualité de l'intervention.

Selon l'Association (1995) et le Comité (1995), trois grands principes doivent encadrer l'application du plan : 1) la reconnaissance des

droits de la personne par rapport au plan de services individualisé et la reconnaissance des devoirs des ressources ; 2) des principes d'intervention axés sur l'actualisation du potentiel des personnes par l'établissement d'une relation de confiance avec l'usager lors de l'identification de modalités d'action, de l'établissement d'une entente et de l'évaluation de l'intervention ; 3) la nécessité de mettre en place des mécanismes de support pour la formation et l'entraînement des intervenants ainsi que des mécanismes de collaboration et de partenariat.

Les recommandations de l'Association (1995) et du Comité (1995) et les critiques des auteurs soulignent les « inhabiletés » des intervenants à organiser des activités dans le milieu communautaire et à offrir aux personnes des services qui répondent réellement à leurs besoins. Ces différents auteurs (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 1995 ; Blanchet et al., 1993 ; Comité de la Santé mentale au Québec, 1995 ; Tessier et Clément, 1992) insistent sur la nécessité d'une formation continue qui permettrait aux intervenants de mieux maîtriser le plan de services individualisé. Devant ce fait, vérifier les attitudes des intervenants au sujet d'une formation continue portant sur le plan de services individualisé pouvait permettre d'identifier quels seraient les thèmes à sélectionner pour une éventuelle formation.

### **Objectif de la recherche**

Cet article provient d'une plus vaste recherche portant sur l'analyse des besoins de formation des intervenants (éducateurs, infirmières) en regard de l'utilisation du plan de services individualisé en santé mentale (Coulombe, 1995). Ce volet vise principalement à identifier : 1) les besoins de formation des intervenants quant à l'utilisation du plan de services individualisé en santé mentale ; 2) les écarts entre les connaissances actuelles et celles que les intervenants devraient posséder ; 3) les connaissances, habiletés et attitudes des intervenants qui ont à organiser et à appliquer le plan ; 4) les priorités de formation à partir des plus grands écarts entre la situation actuelle et ce qu'elle devrait être, à l'aide de l'approche d'Herskowitz (1977).

### **Méthode**

Cette étude utilise une méthode de recherche qui s'inscrit dans le sens de la « *collecte de données par l'utilisation de questionnaire* » (Seltiz et al., 1977). Herskowitz (1977) propose une méthode et un modèle qui permettent de quantifier les différents écarts entre des solutions proposées ou entre des analyses de besoins. L'analyse des moyennes données par les répondants permet de regrouper les différents

éléments autour d'un noyau cible constituant le centre d'axes critiques. L'analyse de la variance permet de déceler les énoncés se regroupant autour de ces axes ou s'en éloignant. Ces axes critiques font partie intégrante de l'échelle d'Herskowitz (1977) qui propose quatre ordres ou catégories de besoins déterminés selon leur importance. Pour les fins de notre étude, les énoncés qui présentent les besoins prioritaires de formation identifiés par les répondants seront retenus. Pour de plus amples informations sur les énoncés, le lecteur pourra consulter l'ensemble de la recherche (Coulombe, 1995).

### **Échantillon**

L'enquête fut menée auprès d'un échantillon total de 60 intervenants qui devaient utiliser lorsque requis le plan de services individualisé dans le contexte de leur pratique. Les centres d'intégration communautaire (C.I.C.) de Trois-Rivières et de Shawinigan et les services externes et internes du Centre Hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan ont été choisis comme milieux où mener cette enquête. Ce sont les principales ressources organisées du réseau des établissements œuvrant auprès de personnes ayant des problèmes sévères et persistants de la région Mauricie-Bois-Francs. Ces milieux démontrent une bonne représentativité des services externes (semi-institutionnels) et communautaires (milieux supervisés, familiaux ou de réadaptation) du Québec qui concourent à l'intégration ou à la réintégration de ces personnes. Aussi, ces intervenants travaillent à l'adaptation et à la réadaptation des personnes en besoin de réinsertion ou de maintien dans la communauté.

L'échantillon se compose de 60 personnes. Dix-huit en furent retirées puisqu'elles n'utilisaient pas, ou pas couramment, le plan de services individualisé, laissant un total de 42 répondants (22 femmes et 20 hommes) âgés entre 28 et 51 ans (moyenne : 38,4 ans). La majorité, soit 85 %, possèdent une formation collégiale et universitaire, tandis que 15 % possèdent une formation de niveau secondaire et post-secondaire. Alors que 23 intervenants (19 femmes et 4 hommes) proviennent du « personnel infirmier », 19 (3 femmes et 16 hommes) proviennent du « personnel éducateur ».

Le choix de ces deux catégories de professionnels s'explique par l'importance des ratios « intervenants-personnes » compilés par le ministère (1992) et du ratio « intervenants-personnes » des milieux choisis pour l'enquête. En effet, les infirmières et les éducateurs sont les deux catégories qui ont un effectif suffisant pour assurer une représentativité intéressante dans ce type de recherche.

## Instrument

Un questionnaire développé originalement pour la déficience intellectuelle a été modifié et adapté pour le contexte de la santé mentale. Ce questionnaire s'inspire de l'instrument développé par Hurteau (1988) pour l'*Institut Québécois de la Déficience Mentale* (IQDM).

Comportant deux sections, le questionnaire modifié propose, dans la première, dix énoncés descriptifs servant à connaître les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, etc) de l'échantillon. La deuxième section comporte 89 énoncés se rapportant aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être des répondants face à la situation actuelle et à la situation souhaitée par rapport à l'utilisation du plan de services individualisé.

La question utilisée dans l'instrument est libellée ainsi : *Les énoncés qui suivent concernent les besoins de formation qui ont été identifiés. Par besoin, nous entendons l'écart qui existe entre les connaissances, les habiletés et les attitudes dont font preuve les intervenants dans la pratique actuellement et celles qu'ils devraient avoir pour travailler dans le cadre des Services intégrés à la communauté. Lisez attentivement chaque énoncé. Demandez-vous (1) quel degré d'importance j'accorde actuellement dans ma pratique à ces connaissances, habiletés et attitudes; et (2) si je travaillais en milieu communautaire, quel degré d'importance devrait être accordé dans ma pratique à ces connaissances, habiletés et attitudes ?*

La mesure de l'opinion des répondants pour chacun des énoncés portant sur des pistes possibles de formation en relation avec l'utilisation du plan se fait à partir d'une échelle de type Likert en 5 points allant de *très faible* (1 point) à *très élevé* (5 points); une sixième possibilité étant « *Je ne sais pas* ». Les répondants doivent coter deux valeurs à chacun des 89 énoncés qui visent à mesurer l'écart possible entre l'importance accordée actuellement par les répondants à leur pratique professionnelle et l'importance qu'ils devraient ou souhaitent lui accorder. Les énoncés cotés « *Je ne sais pas* » sont traités comme données manquantes (*missing value*).

## Traitement statistique des données

Le traitement des données s'est effectué à l'aide des programmes informatiques *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) et *Super Anova*.

Selon le modèle proposé par Herskowitz (1977), le traitement statistique utilisé regroupe les différents énoncés autour d'un noyau cible constituant le centre d'axes critiques. L'analyse de la variance permet de



déceler les énoncés se regroupant autour de ces axes ou s'en éloignant. Ces axes permettent de constituer quatre quadrants qui correspondent à quatre ordres ou catégories de besoins déterminés selon leur importance moyenne. Un Test-t est utilisé entre les scores moyens des deux opinions des répondants relativement à la différence des moyennes entre l'importance accordée actuellement à la pratique professionnelle et l'importance qui devrait lui être accordée.

## Résultats

Neuf des 89 énoncés ont été qualifiés comme « besoin prioritaire » en termes de formation et 47 furent identifiés comme importants afin de maintenir et d'assurer la qualité d'intervention. La discussion ne portera ici que sur les neuf énoncés étant qualifiés de prioritaires. Le tableau 1 présente les neuf énoncés qui, selon la méthode proposée par Herskowitz (1977), obtiennent les écarts les plus importants entre la situation actuelle et la situation souhaitée.

Tableau 1  
Présentation par ordre décroissant d'importance  
des « besoins prioritaires » de formation identifiés  
en regard du plan de services individualisé

Énoncés	Actuelle	Souhaitée	Test-t	S
Animer les rencontres du plan de services (84)	2,71	3,80	-5,70	1,09
Discerner les interventions qui découlent des besoins identifiés (34)	3,97	4,59	-5,49	0,62
Identifier le fonctionnement cognitif de l'utilisateur dans son apprentissage (51)	3,71	4,30	-5,25	0,59
Les composantes émotives de santé mentale ou les problèmes sous-jacents reliés à la santé mentale (28)	3,71	4,33	-4,86	0,62
L'organisation des différents réseaux d'entraide familiale et communautaire et des ressources alternatives (60)	3,47	4,28	-4,73	0,81
De se situer dans une approche multifonctionnelle d'intervention et dans une démarche de concertation (52)	3,76	4,47	-4,44	0,61
Appliquer les modalités d'élaboration du plan de services individualisé (88)	3,83	4,38	-4,42	0,55
Connaître les différentes techniques d'observation, de programmation et d'évaluation reliés aux apprentissages cognitifs et psychomoteurs (45)	3,54	4,16	-4,17	0,62
Accorder de l'importance à l'intervention dans et pour la communauté (77)	3,78	4,26	-3,37	0,39

## **Discussion des résultats**

Selon les résultats obtenus, les intervenants ont identifié neuf énoncés prioritaires relativement à des besoins de formation. Ces besoins prioritaires de formation touchent notamment des activités qui, selon certains auteurs, se montrent problématiques quant à l'utilisation du plan de services individualisé. En effet, les intervenants montrent un certain malaise quant à l'identification des besoins cognitifs et affectifs des personnes qui reçoivent leurs services. Les résultats indiquent également que les répondants n'ont pas encore toutes les habiletés requises pour la mise en œuvre des plans de services. Ces résultats peuvent s'expliquer par les besoins exprimés par un nombre assez élevé de répondants qui pratiquent actuellement en milieu hospitalier. Ces intervenants auraient aussi des difficultés à établir une réelle concertation avec les partenaires avec qui ils doivent maintenant interagir. Certains des besoins prioritaires identifiés rejoignent les recommandations des groupes de protection des droits de la personne, notamment le Comité de la santé mentale du Québec (1995), voulant une modification de la politique de santé mentale. Selon le Comité, les formations offertes ont principalement porté, à ce jour, sur les troubles mentaux et les problèmes de santé mentale dans une logique de soins curatifs.

Les lignes qui suivent dégagent une analyse, en relation avec les différents écrits, de chacun des neuf besoins jugés prioritaires pour la formation continue des intervenants qui auront à travailler à la communautarisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

### **1) Animer les rencontres du plan de services individualisé**

Wilson (1983) mentionne que, pour une utilisation efficace du plan, il est impératif d'inclure dans la formation les techniques de communication, d'évaluation systémique du client et d'évaluation des problèmes. Souvent, les intervenants ayant surtout reçu une formation pour apporter des soins curatifs dans une relation individuelle avec le patient, ils n'ont eu initialement que trop peu d'informations pour mettre l'accent sur l'animation en compagnie de professionnels de spécialités fort différentes. Par ailleurs, selon l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (1993), les professionnels sont peu habiles, lors des rencontres d'élaboration d'un plan, à laisser une place majeure à la personnes qui, théoriquement, devrait être au centre de l'intervention. Pour l'Association, les usagers furent les grands oubliés, même lors de la consultation, quand le ministère a instauré l'obligation légale de l'utilisation du plan. Par ailleurs, il semble que la dimension « officielle » du plan apporte un

stress additionnel aux acteurs, ce qui rend difficile la collaboration entre eux, chacun se cantonnant dans son rôle professionnel et sa structure (Bélaïr et Laurin, 1994).

Les répondants mentionnent donc un malaise dans la capacité d'animer les rencontres reliées au plan de services individualisé. Cette animation est exigeante puisqu'elle poursuit plusieurs objectifs à la fois : tâche de planification et de programmation ; maintien d'un climat favorable au partage des informations et au développement de la solidarité ; procédure propice aux échanges dans le respect de l'usager et des autres membres. Quelquefois, dans des situations tendues, il faudra même que l'animateur utilise un processus de résolution de conflits.

## **2) Discerner les interventions qui découlent des besoins identifiés**

Le Comité de la santé mentale du Québec (1995) affirme que plusieurs programmes de prévention et de promotion peuvent contrer l'apparition des problèmes ou, tout au moins, renforcer les facteurs de robustesse permettant aux individus d'être mieux outillés pour affronter les situations difficiles et faire face à leur environnement. L'intervention doit orchestrer efficacement des stratégies et des méthodes multiples et complémentaires. Il semble que la souplesse d'application du programme constitue également une condition de réussite de l'intervention. En prévenant l'apparition des problèmes, les politiques ministérielles veulent être proactives plutôt que réactives. Malgré cette volonté avouée, les répondants perçoivent surtout leur rôle comme curatif. Ils se retrouvent donc en dissonance cognitive avec le discours et la réalité de leur pratique professionnelle. Pour le Comité (1995), l'enjeu consiste à tendre vers un meilleur équilibre entre les interventions curatives et préventives. Il propose donc de mettre l'accent sur une formation continue qui soit surtout orientée vers la prévention et la promotion de la santé mentale.

Aussi, dans un contexte de vie dans la communauté, il va de soi que les interventions doivent s'articuler aux autres actions des partenaires, en tenant compte des ressources du milieu, ce qui en complique passablement la planification. Aussi, les intervenants qui veulent s'inspirer de la valorisation des rôles sociaux pour agir doivent repenser, à chaque reprise, leurs interventions pour s'assurer de l'adéquation des moyens utilisés avec les objectifs d'insertion sociale poursuivis. Plusieurs ne sont pas préparés pour ces nouvelles réalités, et les exigences liées aux interventions sont beaucoup plus complexes qu'autrefois. Les répondants semblent disposés à remettre leurs pratiques « traditionnelles » en question.

### **3) Bien identifier le fonctionnement cognitif de l'usager dans son apprentissage**

Certes, il est nécessaire d'impliquer la personne en quête d'une meilleure santé mentale dans tout le processus d'intervention (Association des groupes, 1993). La santé mentale, définie par le Comité de la santé mentale (1995) comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie par le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Cette santé mentale est le résultat d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels en évolution constante qui s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale d'une personne est influencée par des conditions multiples et interdépendantes comme les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques.

Cette définition repose donc sur le postulat que la santé mentale n'est pas statique et qu'elle est en continuelle adaptation. Cette définition laisse aussi une large place à la dimension cognitive de l'individu. Les répondants avouent certaines difficultés à bien identifier le fonctionnement cognitif de l'individu. Les intervenants veulent apprendre à mieux jouer leur rôle d'éducateurs à la santé mentale, car, suivant cette notion, les personnes qui veulent améliorer leur santé mentale doivent apprendre de nouvelles compétences et modifier des attitudes touchant des aspects à la fois éducatifs et rééducatifs.

Pour Anthony et Unger (1991), la mission spécifique de l'éducation chez la personne ayant des problèmes de santé mentale fait nécessairement partie de tout processus de réhabilitation. Lin et al. (1985) mentionnent, entre autres, que l'apprentissage d'habiletés sociales favorisant de bonnes relations interpersonnelles et le maintien de la communication entre les membres de la famille, les amis et autres est essentiel à l'efficacité de l'intervention. Cette nouvelle vision du rôle de l'intervenant laisse donc présager qu'il est important de l'outiller pour définir des objectifs psychopédagogiques, et de le rendre apte à mesurer certaines compétences cognitives des personnes qui ont des problèmes.

### **4) Bien identifier les composantes émotives de santé mentale ou les problèmes sous-jacents**

Les intervenants de l'étude ont majoritairement reçu une formation initiale axée sur la dimension biophysiological de la santé mentale. On y valorisait l'aspect *nursing* du rôle de l'intervenant. Cette forme

d'intervention visait surtout à réduire la durée et l'intensité des manifestations des troubles mentaux.

Les répondants manifestent donc un intérêt pour une formation leur permettant de mieux comprendre ce que le Comité (1995) appelle un ensemble de problèmes qui résultent d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement. Entre autres, les formes d'expression de ces problèmes découlent de conditions de vie difficiles comme la pauvreté et l'isolement, la perte d'un être cher ou la présence de comportements perturbateurs comme la violence conjugale ou l'agression sexuelle. L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (1994) souligne que les intervenants doivent modifier leurs paradigmes, fondés sur la problématique ou la pathologie, afin de voir les forces de la personne, ses capacités, ses aptitudes et son droit à l'autodétermination. Certes, l'expérience vécue par la personne atteinte d'une maladie mentale est une longue trajectoire marquée de douleurs, de difficultés et de barrières, mais il faut que les intervenants soient aptes à saisir les capacités d'actualisation du potentiel de cette personne.

##### **5) Apprendre l'organisation des différents réseaux d'entraide familiale et communautaire et des ressources alternatives**

La définition de la santé mentale (Comité, 1995) découle d'une dimension écologique qui invite à la communautarisation des services et à la création d'un véritable réseau social de soutien. Turner et Wan (1992) rapportent que l'intervention en santé mentale devrait être incluse aux programmes de relation d'aide. De plus, Stroul (1989) mentionne que l'intervention doit favoriser le développement chez la personne de liens sociaux, de réseaux, et l'encourager à utiliser ses pairs comme support social. Les intervenants doivent désormais apprendre à utiliser, dans un premier temps, le vaste ensemble d'institutions publiques, malheureusement trop réparties en différents secteurs : santé et services sociaux, éducation, logement, justice et main-d'œuvre. Par ailleurs, les intervenants doivent apprendre à tisser le véritable partenariat, qui utilise le potentiel et les capacités des aidants naturels que sont les parents et les amis de la personne ayant des problèmes de santé mentale. Les intervenants doivent aussi savoir comment comprendre et respecter les limites de cette ressource (Association des groupes, 1993).

La pratique professionnelle en milieu communautaire doit maintenant se dérouler en faisant appel aux ressources disponibles dans ce milieu. Au-delà des contraintes économiques imposées aux établisse-

ments de santé, la pratique communautaire exige d'agir avec les réseaux actuels et de développer, s'il y a lieu, les réseaux de soutien à la personne.

#### **6) Se situer dans une approche multifonctionnelle d'intervention et dans une démarche de concertation**

Traditionnellement, les intervenants en santé mentale ont mis l'accent sur les services les plus couramment offerts et qui touchent surtout les aspects médicaux et thérapeutiques (Cormier et al., 1987). Cependant, ces formes d'intervention ne couvrent qu'en partie les besoins de la clientèle. Dorénavant, tous les praticiens doivent considérer la santé mentale dans une dimension écologique liée à tous les éléments biopsychosociaux. Différents auteurs (Cohen et DeGraaf, 1982; Harvey, 1988; Rothery et Cameron, 1990) mentionnent que la concertation dans les actions des intervenants en un plan commun permettrait d'améliorer les services offerts. Malheureusement, lors de la formation initiale, les répondants n'ont pas eu accès à l'exercice de la concertation. Les différentes formes de standardisation des actes professionnels en santé mentale mettaient l'accent sur des dimensions spécifiques à l'aspect curatif.

#### **7) Appliquer les modalités d'élaboration du plan de services individualisé et du plan d'intervention individualisé**

Les praxies d'application de la prescription obligatoire du plan de services adapté sont différentes d'un milieu d'intervention à l'autre. Certains (Association des groupes, 1993; Lareau, 1989) indiquent même un malaise face à la démarche, qui serait une contrainte bureaucratique limitant l'accès des personnes à des services. Les intervenants consultés pour cette étude indiquent des besoins de formation pour mieux comprendre les modalités d'application du plan de services individualisé. Différents auteurs (Rapp et Hansen, 1988; Tessier et Clément, 1992) indiquent que les besoins engendrés par la désinstitutionnalisation et l'emploi du plan de services individualisé supposent la présence de professionnels bien formés qui soient en mesure d'évaluer concrètement les besoins d'intervention et de dispenser les services requis et appropriés de façon responsable et professionnelle. Il semble donc tout à fait pertinent de faire connaître les différentes expériences québécoises qui permettent de simplifier la démarche administrative liée à l'intervention. Par ailleurs, les répondants manifestent le besoin d'acquérir les moyens d'individualiser leurs interventions.

### **8) Les différentes techniques d'observation, de programmation et d'évaluation reliées aux apprentissages cognitifs et psychomoteurs**

Les répondants indiquent des besoins de formation pour acquérir des habiletés à observer des apprentissages cognitifs et psychomoteurs. Comme on l'a mentionné précédemment, le volet prévention et promotion de la santé mentale touche des domaines faisant appel à des habiletés importantes d'éducation. Les besoins de formation des intervenants touchent, selon eux, les dimensions de programmation et d'évaluation des apprentissages cognitifs et psychomoteurs.

### **9) Accorder de l'importance à l'intervention dans et pour la communauté**

Le Comité de la santé mentale (1995) réclame un virage dans les pratiques en matière de services offerts à la population. La quasi-totalité des investissements y sont, encore aujourd'hui, orientés vers les soins curatifs. Le Comité demande de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. Cette nouvelle approche insiste sur la création d'une nouvelle alliance pour rechercher des solutions dans le milieu de vie et pour consolider le partenariat. Gantt et al. (1989) soulignent l'importance de la famille dans le traitement et le bon rétablissement de la personne. Dans le même sens, selon Norton et al. (1993), plus l'intervention rendra la personne active au sein d'un groupe, plus la personne améliorera ses responsabilités et ses relations familiales. Les répondants expriment des besoins de formation pour assumer cette nouvelle mission. La communautarisation invite les intervenants à respecter les particularités du milieu. Ces résultats viennent également corroborer les propos de Solomon et Draine (1994) pour qui les utilisateurs du plan individualisé présentent des besoins de formation quant aux moyens de discerner et de respecter les besoins de la famille et d'apprendre les stratégies de motivation afin de lui apporter un support émotionnel, surtout en situation de crise.

## **Conclusion**

La formation relative aux besoins identifiés suscitera sûrement d'autres interrogations par les intervenants et les gestionnaires utilisant le plan de services individualisé. De nouvelles connaissances et une meilleure pratique de la gestion du plan pourraient permettre, entre autres, des modifications profondes du rôle des intervenants ainsi que l'organisation d'activités visant l'utilisation optimale du secteur communautaire. Ces modifications pourraient favoriser la consolidation et

l'amélioration de la pratique professionnelle en regard de l'application du plan et apporter une plus grande compétence chez ces intervenants surtout pour la prévention et de la promotion de la santé mentale.

Considérant que les besoins d'une organisation sont spécifiques, les résultats de cette recherche doivent toutefois ne pas faire l'objet d'une généralisation trop rapide, compte tenu de la nature de l'échantillon. Ces résultats doivent être considérés comme des indicateurs seulement. Les répondants sont d'abord liés au secteur de la santé mentale et travaillent auprès de personnes présentant des troubles sévères et persistants.

Des recherches ultérieures pourraient être menées afin de préciser la perception des intervenants quant à leur pratique professionnelle. De plus, il serait important de connaître leurs motivations afin de préciser le lien entre leurs besoins de formation et l'intérêt porté aux fonctions relatives à leur travail en santé mentale.

Finalement, toute autre donnée obtenue auprès d'une plus vaste population permettrait de préciser davantage les besoins instrumentaux de ces travailleurs de la santé afin de cibler d'éventuels programmes de formation qui toucheraient un plus grand nombre d'intervenants du réseau.

Les résultats de cette étude permettent d'esquisser certaines recommandations pour accroître la formation continue des intervenants qui doivent prendre appui sur de nouvelles pratiques. Il s'agit d'offrir aux intervenants en santé mentale une formation qui leur permettra de :

- 1) Mieux être outillés sur les mécanismes de collaboration et de concertation afin d'utiliser optimalement le réseau, le partenariat et de nouvelles alliances ;
- 2) « Déprofessionnaliser » l'utilisation du plan de services individualisé pour permettre une plus grande concertation et une meilleure accessibilité à tous les partenaires ;
- 3) Accroître les compétences d'animation, d'élaboration et d'évaluation du plan de services individualisé ; et
- 4) Accroître les habiletés à évaluer et à élaborer des objectifs et des activités favorisant des apprentissages dans les domaines cognitifs, affectifs et moteurs.

## RÉFÉRENCES

ANTHONY, W. A., UNGER, K. V., 1991, Supported Education: An additional program resource for young adult with long term mental illness, *Community Mental Health Journal*, 27, 2, 228-236.



- ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE, 1993, *Pouvoir, Surveillance, Ingérence. Position de l'association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec*, Accès autonomie, Lévis.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, 1994, *Le plan de services individualisé : État de situation et recommandations*, A.Q.R.P, Montréal.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, 1995, *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Mémoire présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre.
- BÉLAIR, D., LAURIN, C., 1994, Spécial P.S.I., *Le psychlope*, A.G.I.D.D.-S.M.Q., Montréal.
- BLANCHET, L., LAURENDEAU, M. C., PAUL, D., SAUCIER, J. F., 1993, *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Gaëtan Morin, éd., Montréal.
- CHAMBERLAIN, R., RAPP, C., 1991, A Decade of Case Management: A Methodological Review of Outcome Research, *Community Mental Health Journal*, 27, 3, 171-188.
- COHEN, A. H., DEGRAAF, B., 1982, Assessing Case Management in the child abuse field, *Journal of Social Services Research*, 5, 2, 29-43.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1995, *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*, Publication du Québec, Sainte-Foy.
- CORMIER, H., BORUS, J. F., REED, R. B., PINARD, G., LESSARD, R., 1987, Comblent les besoins de services de santé mentale des personnes atteintes de schizophrénie, *Revue Canadienne de psychiatrie*, 32, 454 - 458.
- CORRIGAN, P. W., KAYTON-WEINBERG, D., 1993, Clinical care update: aggressive and problem-focused models of case management for the severely mentally ill, *Community Mental Health Journal*, 29, 5, 449-458.
- COULOMBE, R., 1995, *Analyse des besoins de formation des intervenantes et intervenants (psycho-éducateurs, infirmières) en regard de l'utilisation du plan de services individualisé en santé mentale*, Mémoire de maîtrise (inédit), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- GANTT, A. B., GOLDSTEIN, G., PINKY, S., 1989, Family understanding of psychiatry illness, *Community Mental Health Journal*, 25, 2, 101-108.

- GOERING, P., WASYLENKI, D., FARKAS, M., LANCEE, W., BALLANTYNE, R., 1988, What difference does case management make?, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 3, 272-276.
- HARRIS, M., BERGMAN, H. C., 1988, Misconception about use of case management services by the chronic mentally ill: A utilization analysis, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1276-1280.
- HARVEY, J., 1988, *Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalements, d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse*, Montréal.
- HERSKOWITZ, M., 1977, Critical issues in educational needs assessment, *Educational Planning*, 3, 6-14.
- HURTEAU, M., 1988, *L'analyse de besoins de formation et de perfectionnement des intervenants oeuvrant auprès d'une clientèle déficiente intellectuelle*, Rapport technique no 1, Institut québécois de la déficience mentale, Les Éditions de la collectivité, Montréal.
- LAREAU, A., 1989, *Home Advantage: Social Class and Parental Intervention in Elementary Education*, Falmer Press, London.
- LIN, N., WOELFEL, M. W., LIGHT, S. C., 1985, The buffering effect of social support subsequent to an important life event, *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 438-452.
- MARTIN, M. A., 1990, The homeless mentally ill and community-based care - Changing a mind set, *Community Mental Health Journal*, 26, 5, 435-447.
- MCGILL, J., 1984, Training for integration: Are blindfolds really enough?, *The Canadian Journal of Mental Retardation*, 34, 3, 24-29.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Politique de santé mentale*, Éditeur officiel, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1992, *Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux 1991-1992*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1993, *Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé*, Service d'éducation aux adultes du Cégep de St-Jérôme, Saint-Jérôme.
- MODRCIN, M., RAPP, C., POERTNER, J., 1988, The evaluation of case management services with the chronically mentally ill, *Evaluation and Program Planning*, 11, 307-314.

- NORTON, S., WANDERSMAN, A., GOLDMAN, C. R., 1993, Perceived costs and benefits of membership in a self help group: Comparaisons of members and non-members of the alliance for mentally ill, *Community Mental Health Journal*, 29, 2, 143-160.
- RAPP, C. A., HANSON, J., 1988, Towards a model of social work curriculum for practice with the chronically mentally ill, *Community Mental Health Journal*, 24, 4, 270-281.
- ROBINSON, G. K., TOFF-BERGMAN, G., 1989, *Choices in Case Management: Current Knowledge and Practice for Mental Health Programs*, Mental Health Policy Resource Centre, Washington.
- ROCHELEAU, L., HAGAN, L., 1993, Le point sur les orientations de la pratique des soins infirmiers en CLSC, *Nursing Québec*, 13, 3, 40-46.
- ROTHERY, M., CAMERON, G., 1990, *Child Maltreatment: Expanding Our Concept of Helping*, Lawrence Elbaum Association Publications, Hillsdale.
- SELTIZ, C., WRIGHTSMAN, L. S., COOK, S. W., 1977, *Les méthodes de recherche en sciences sociales*, Les éditions H. R. W., Montréal.
- SOLOMON, P., DRAINE, J., 1994, Family perceptions of consumers as case managers, *Community Mental Health Journal*, 30, 2, 165-175.
- STROUL, B. A., 1989, Community support system for persons with long term mental illness: A conceptual framework, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 3, 9-26.
- TESSIER, L., CLÉMENT, M., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : Défis des années 90*, Gaëtan Morin, éd., Montréal.
- TURNER, J. T., WAN, T. T. H., 1992, Recidivism and mental illness: The role of communities, *Community Mental Health Journal*, 29, 1, 3-14.
- VIENS, C., LEBEAU, A., 1994, *Rapport d'évaluation : Le plan de services individualisé et la prévention de l'épuisement des aidants naturels* (Étude expérimentale au CLSC La Pommeraie), Direction de la santé publique (RRSSS) de la Montérégie.
- WILSON, N. L., 1983, *Serving Impaired Elders in the Community: The Interface of Case Management with Mental Health Services*, Texas Project for Elders: Assistance with Long Care, Texas Research Institute of Mental Sciences, Houston.
- WOLFENBERGER, W., 1988, *Programme d'analyse des services et des systèmes, Application des buts de la valorisation des rôles*, Éditions Opell Inc., Québec.

## **ABSTRACT**

### **Training needs for workers (educators, nurses) using the individualized services plan in mental health**

With the help of the method elaborated by Herskowitz (1977), this study examines the training needs of 42 workers (19 educators and 23 nurses) using when needed, the individualized services plan in a context of external services (deinstitutionalization) in mental health and internal services (hospital). A modified version of a questionnaire developed by Hurteau (1988) adapted to the context of mental health, identifies the training needs of workers using the individualized services plan under five specific dimensions and three types of knowledge. In the light of results obtained, certain training needs appear as top priority, especially conducting meetings and methods of elaboration of individualized services plan. Moreover, workers would like to obtain training on community-oriented services offered to people with needs in mental health.