

CADRE DE RÉFÉRENCE

LES PLANS D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRES ET LES PLANS DE SERVICES INDIVIDUALISÉS

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

VERSION ÉDITION FINALE LE 2023-04-25

CREF-ZZ-002



Production

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)

Rédaction

Direction des services multidisciplinaires - volet qualité et évolution de la pratique

- Andrée Fontaine, conseillère-cadre clinique
- Annie Leclerc, agente de planification, de programmation et de recherche
- Catherine Noreau, conseillère-cadre clinique
- Pier St-Onge, coordonnateur
- Nathalie Tremblay, agente de planification, de programmation et de recherche

Direction des soins infirmiers - volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

- Anne-Marie Nadeau, conseillère-cadre clinicienne – Développement de la pratique en soins infirmiers mission universitaire et recherche
- Annick Villeneuve, coordonnatrice – organisation du travail et des soins infirmiers
- Céline Jodar, coordonnatrice - Développement de la pratique en soins infirmiers mission universitaire et recherche

Direction de la coordination de la mission universitaire

- Annie Ouellet, courtière de connaissances - Bureau des pratiques pertinentes

Université de Sherbrooke

- Louise Lemay, Ph.D. professeure et chercheuse, École de travail social

Révision

- Pier St-Onge, coordonnateur – Direction des services multidisciplinaires – volet qualité et évolution de la pratique

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec (2022)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE DES ACRONYMES	1
MISE EN CONTEXTE	2
INTRODUCTION	3
OBJECTIFS – POURQUOI ?	4
CADRE JURIDIQUE, DÉONTOLOGIQUE ET NORMATIF	4
LES PRINCIPES DIRECTEURS	5
DÉFINITION DES TERMES	6
INTERVENANT PIVOT	6
INTERVENANT INITIATEUR	6
INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU.....	6
INTERVENANT COLLABORATEUR	6
PERSONNE RÉPONDANTE EN PII OU PSI	6
PLAN D’INTERVENTION (PI).....	7
PLAN D’INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII) OU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)	7
LES CADRES CONCEPTUELS PERTINENTS	7
ÉTAPES DE LA DÉMARCHE – COMMENT ?	12
ÉTAPE 1 : « COÉVALUER LA SITUATION GLOBALE AVEC LA PERSONNE ET SES PROCHES »	13
ÉTAPE 2 :« INITIER LA DÉMARCHE DE PII OU DE PSI ET MOBILISER TOUS LES PARTENAIRES ».....	15
ÉTAPE 3 : « PARTAGER LES EXPERTISES ET DÉVELOPPER UNE VISION COMMUNE »	15
ÉTAPE 4 : « RÉALISER LA RENCONTRE DE PLANIFICATION DES SERVICES ».....	16
ÉTAPE 5 :« RÉDIGER ET VALIDER LE PII OU LE PSI AUPRÈS DES PERSONNES CONCERNÉES »	16
ÉTAPE 6 : « METTRE EN ŒUVRE LE PII OU LE PSI ET EN ASSURER LA COORDINATION ».....	17
ÉTAPE 7 : « RÉVISER LA SITUATION DE LA PERSONNE ET AJUSTER LE PII OU PSI OU Y METTRE FIN »	17
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	18
DIRECTIONS CLINIQUES DU CIUSSS DE L’ESTRIE – CHUS ET DIRECTIONS DES ORGANISMES PARTENAIRES	18
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI), DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM), ET DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP) VOLET QUALITÉ ET ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE	18
SUPÉRIEUR IMMÉDIAT DES INTERVENANTS.....	18
PERSONNE RÉPONDANTE EN PII ET PSI	19
L’INTERVENANT PIVOT ET L’INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU	19
INTERVENANTS.....	19

LA PERSONNE CONCERNÉE ET SES PROCHES BÉNÉFICIAIRE D’UN PII OU D’UN PSI	20
BIBLIOGRAPHIE ET OUVRAGES CONSULTÉS	21
HISTORIQUE ET CHEMINEMENT	23
ANNEXE 1 : RÔLES ET RESPONSABILITÉ DES INTERVENANTS PIVOT ET PIVOT DU RÉSEAU	27
ANNEXE 2 : TABLEAU RÉSUMÉ DES DISTINCTIONS DE RÔLE ENTRE L’INTERVENANT PIVOT ET L’INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU	30
ANNEXE 3 : AIDE-MÉMOIRE DES RESPONSABILITÉS DES PARTIES PRENANTES SELON LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE PII OU PSI	31
ANNEXE 4 : FORMULAIRES D’AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES DU RÉSEAU DE SERVICES	34
ANNEXE 5 : PRINCIPALES DISTINCTIONS ENTRE LES PLANS D’INTERVENTION ET LES PLANS DE SERVICES	37
ANNEXE 6 : CANEVAS DE PII, PSI.....	38

LEXIQUE DES ACRONYMES

CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (dans le présent document, il est question du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, mais l'acronyme CIUSSS-CHUS est aussi utilisé pour alléger le texte)
DI-TSA	Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAJEF	Plan d'action pour les jeunes et leurs familles
PEASC	Personne exerçant des activités de soutien clinique
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisé
PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

MISE EN CONTEXTE

Les démarches de plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et de plan de services individualisé (PSI) sont des outils cliniques essentiels afin d'assurer une qualité, une fluidité et une continuité de services *pour et avec les usagers et leurs proches* qui sont aux prises avec des problèmes de santé et sociaux dont l'organisation des soins et services est complexe. La loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) conditionne l'élaboration d'un PSI pour les personnes¹ dont la situation le requiert.

Rappelons aussi qu'au-delà de l'obligation légale, la démarche de PII ou de PSI représente une occasion de dialogue et d'interinfluence entre la personne et les intervenants qui lui viennent en aide. De plus, elle donne à la personne aidée l'accès à un intervenant pivot qui l'accompagne et s'assure de la mise en œuvre des services requis. Enfin, la démarche constitue un levier de planification utile aux intervenants ainsi qu'à la personne et ses proches, qui conviennent alors de façon explicite d'un but commun et de responsabilités partagées.

Lors de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) en 2015, la création du CIUSSS-CHUS a permis d'intégrer les réseaux locaux de services de la Haute-Yamaska et de La Pommeraie à l'ancienne région socio-sanitaire de l'Estrie. Dans une perspective d'harmonisation des pratiques en matière de PII et de PSI, il devenait impératif de réviser les cadres de référence existants. Les PSI ou PSII (plans de services individualisés et intersectoriels) étaient autrefois actualisés dans une logique de réseaux intégrés de services au sein desquels les partenaires étaient des organisations indépendantes à mission unique. Quelle devrait être la logique lorsque toutes les organisations publiques du réseau SSSS ne forment qu'une entité ? Comment cette réorganisation influence-t-elle les relations de collaboration du Réseau de la santé et des services sociaux avec les autres secteurs de services et la population ? La révision du Cadre de référence sur les PII et PSI compte apporter une réponse concrète à ces questions.

Depuis 2016, le besoin d'assurer une meilleure fluidité et continuité des services est plus présent que jamais dans un contexte de rareté de ressources et d'augmentation des besoins de services auprès d'une population dont les besoins se complexifient. Dès 2018, le MSSS, par le truchement de différents plans d'accès ou autres plans d'action, met l'accent sur l'importance de nommer un intervenant pivot pour les personnes recevant des services.

De son côté, le CIUSSS-CHUS a adopté le « Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrée sur l'utilisateur, ses proches et la population ». L'approche centrée sur l'utilisateur et ses proches influencera fortement le déroulement de la démarche de PII et de PSI proposée dans le présent cadre de référence.

¹ Afin d'alléger le texte : par le terme « personne », on entend la personne bénéficiant d'un PII ou PSI, mais dans le contexte d'une personne qui est sous régime de protection on entend par personne le représentant légal/tuteur

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la notion d'intervenant pivot suscite de plus en plus l'intérêt des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi des autres secteurs d'activité qui offre une panoplie de soins et de services préventifs et curatifs de base, mais aussi des soins et services spécialisés ambulatoires et en hébergement. La clientèle des différents réseaux voit ses besoins se complexifier, en même temps que les organisations doivent sans cesse trouver des façons de simplifier les processus afin d'en faciliter l'accès, la fluidité et la compréhension pour les personnes desservies et leurs proches. La population est aussi composée de personnes membres d'une communauté où elles s'instruisent, travaillent et participent à la vie citoyenne. Bref, le rôle de l'intervenant pivot est plus que jamais essentiel. Le présent cadre propose des précisions sur le rôle de l'intervenant pivot afin de permettre aux personnes requérant des services d'être accompagnées à travers la complexité des organisations de services.

L'historique récent a permis aussi de constater que, bien que la plupart des intervenants conviennent de la nécessité de réaliser une démarche de PII ou de PSI, ils se sentent aussi souvent mal outillés pour y parvenir, considérant la complexité des réseaux de services. Il est devenu évident que pour favoriser l'augmentation du recours à de telles démarches, nous devons aussi fournir aux intervenants et à leurs gestionnaires les modalités d'encadrement et de soutien nécessaires. Le présent cadre de référence s'inscrit dans cette volonté de rassembler les acteurs de la santé et des services sociaux et leurs partenaires des différents secteurs de la communauté, autour d'une compréhension commune de la démarche de PII et PSI.

Ce cadre de référence présente donc un positionnement sur les démarches de PII et de PSI (ou PSII) adapté à la réalité actuelle des réseaux de soins et de services. Il définit les rôles et responsabilités des parties prenantes, ainsi que la démarche de PII et de PSI et chacune de ses étapes. La démarche proposée est résolument centrée sur la personne et ses proches. Elle s'applique à toutes les clientèles et fournit les éléments de compréhension requis pour coordonner la réponse à des besoins complexes de soins et services intra-CIUSSS ou en partenariat intersectoriel.

OBJECTIFS – POURQUOI ?

Les objectifs du présent cadre de référence sont les suivants :

- Favoriser l'accès à une prestation de soins et de services de qualité, accessible, complémentaire et continue aux personnes aux prises avec des besoins complexes ;
- Préciser les repères conceptuels et les pratiques qui orientent la démarche de PII et de PSI ;
- Harmoniser les pratiques entourant la démarche de PII et de PSI dans le respect de la spécificité des différentes missions et dans un contexte de collaboration interprofessionnelle ou intersectorielle ;
- Préciser les diverses étapes de réalisation de la démarche de PII et PSI ;
- Informer chaque partie prenante (la personne et ses proches, l'intervenant, le gestionnaire et le directeur) de son rôle et de ses responsabilités à l'égard des PII et PSI.

CADRE JURIDIQUE, DÉONTOLOGIQUE ET NORMATIF

La LSSSS précise qu'une évaluation² de la situation d'un usager est requise afin de répondre à ses besoins et lui donner accès aux soins et services qu'il requiert. Ainsi, ce sont les caractéristiques d'une personne, ses besoins, ses aspirations, ses projets et sa situation de vie qui influenceront l'offre de services de santé et de services sociaux.

Ainsi, la LSSSS stipule ce qui suit :

- La personne a droit aux services. (Article 5)
- Elle participe à toute décision et à l'élaboration de son plan d'intervention ou son plan de services individualisé. (Article 10)
- La participation des proches : Toute personne a le droit d'être accompagnée et assistée d'un proche ou d'une personne de son choix. (Article 11)
- Un plan d'intervention doit être élaboré pour identifier les besoins et les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services. (Article 102)
- Un plan de services individualisé doit être élaboré le plus tôt possible lorsque la situation de l'utilisateur le requiert. (art.103) :
- La personne collabore à la planification de ses services et contribue à la révision de ceux-ci. (Article 104)

Un plan de services individualisé, au sens de la LSSSS, doit être élaboré dans la situation où les besoins d'un usager requièrent, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants. Dans le cadre des ententes MSSS-MELS (ententes de complémentarité 2003), il avait été convenu que, lorsqu'un établissement du secteur de l'éducation était impliqué, le PSI prenait l'appellation de PSII, ou Plan de

² Prendre note que l'évaluation fait aussi partie de la responsabilité professionnelle de chaque intervenant membre d'un ordre professionnel.

services individualisé et intersectoriel. Aux fins de l'application du présent cadre de référence, la notion de PSI inclut de façon implicite l'intersectorialité, c'est-à-dire la possibilité que des partenaires d'autres secteurs d'activités (par ex. éducation, communautaire, habitation, emploi, etc.) soient parties prenantes lorsque la situation de la personne le requiert. De même, dans le contexte où les établissements de santé et services sociaux sont maintenant fusionnés en une seule entité, la notion de PSI sera aussi applicable dès que les services requis demandent la contribution de plus d'une direction du CIUSSSE-CHUS, ou d'une direction et d'une organisation partenaire externe. Ceci étant une règle générale, elle suppose aussi la prise en compte d'autres critères qui seront identifiés plus tard dans le texte.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

La rédaction de ce cadre de référence a été guidée par les principes suivants :

Centré sur la personne et ses proches :

En phase avec l'approche centrée sur l'utilisateur et ses proches, telle que définie dans le cadre de référence adopté par le CIUSSSE-CHUS, la démarche de PII et de PSI est une modalité clinique qui encourage la participation quotidienne de l'utilisateur et de ses proches dans la prestation de leurs soins et services, selon leurs intérêts et capacités³.

Collaboration interprofessionnelle :

La démarche de PII et de PSI s'inscrit dans un processus clinique qui sous-tend des valeurs et des principes d'action menant à des décisions partagées par l'ensemble des parties prenantes, incluant la personne et ses proches.

Approche globale :

La personne est considérée dans sa globalité en prenant en compte ses besoins liés tant à son état de santé qu'à sa participation sociale, c'est-à-dire la qualité de ses relations avec sa famille, ses proches et sa communauté.

Qualité et sécurité :

Les bonnes pratiques de travail de collaboration permettent d'assurer, dans des situations complexes, des services de grande qualité et sécuritaires.

³ CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population (2017)

DÉFINITION DES TERMES

INTERVENANT PIVOT

L'intervenant pivot est désigné dès le début d'un épisode de soins ou de services au sein d'une direction ou une organisation. Il est la principale référence auprès de la personne ou de son représentant et de ses proches. Il les accompagne dans le but de favoriser l'accessibilité aux services requis et offerts dans sa direction (ou dans son service) et d'en assurer la coordination le cas échéant. L'intervenant pivot crée et maintient une relation de confiance avec la personne pour toute la durée de l'épisode de soins ou de services. Il soutient le pouvoir d'agir de la personne et, s'il y a lieu, assure la liaison entre les intervenants impliqués dans sa direction⁴. Il coordonne la démarche de PII lorsqu'elle est requise, ou initie une première démarche de PSI le cas échéant.

INTERVENANT INITIATEUR

L'intervenant initiateur désigne l'intervenant qui entreprend la démarche pour l'élaboration d'un premier PSI pour la personne. Cet intervenant peut être n'importe quel intervenant impliqué auprès d'une personne qui constate la présence des critères justifiant d'entreprendre la démarche. Au cours de l'étape 4 ou avant, il est prévu de désigner, parmi les intervenants impliqués, celui qui coordonnera la suite de la démarche. Il sera nommé intervenant pivot du réseau.

INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU

L'intervenant pivot du réseau est celui qui assure le rôle de coordination de la démarche PSI⁴. Le réseau réfère ici à l'ensemble des partenaires du réseau local de services, ce qui inclue le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les organisations liées à l'éducation, la famille, la sécurité publique, etc.

INTERVENANT COLLABORATEUR

Il s'agit de tout intervenant offrant des soins ou des services à une personne et appelé à contribuer à une démarche de PII ou de PSI, mais qui n'a pas la responsabilité de l'intervenant pivot.

PERSONNE RÉPONDANTE EN PII OU PSI

Une ou des personnes nommées dans leur direction ou organisation et ayant pour responsabilité de soutenir la réalisation des PII-PSI. Elles sont en général reconnues pour leur compétence en la matière.

⁴ Voir l'annexe 2 pour la distinction des rôles et responsabilités des intervenants pivots et pivots du réseau.

PLAN D'INTERVENTION (PI)⁵

Le PI constitue en soi une étape importante du processus clinique. Il est un processus structuré et doit être élaboré avec la participation active de l'utilisateur ou de son représentant, de ses proches et avec un seul intervenant de l'établissement. Il doit inclure les besoins de l'utilisateur, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services à lui fournir (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2018). Le PI est un plan d'intervention unidisciplinaire.

PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII) OU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)

Le concept de PII ou de PSI renvoie à une démarche d'évaluation, de concertation et de planification des services offerts à une personne dont les besoins sont diversifiés, s'étalent sur une période de plusieurs semaines ou plusieurs mois et demandent une coordination complexe. Les différents partenaires concernés élaborent ensemble une entente de services négociée avec la personne et ses proches, basée sur l'analyse commune des besoins et des choix de moyens pour y répondre. Les partenaires et la personne agissent ensemble, à l'aide des moyens prévus au plan, dans le but d'atteindre les objectifs.

- Les PI des intervenants impliqués devraient alors se décliner en des objectifs spécifiques convergeant vers l'atteinte des objectifs généraux du PSI ou du PII.
- Dans le cas du PII, les partenaires sont les intervenants collaborant au sein d'une même direction clinique du CIUSSS-CHUS, souvent en proximité (même site) ou dans un même continuum de services. Le PII est coordonné par l'intervenant pivot de la personne concernée.
- Dans le cas du PSI, les partenaires proviennent de directions cliniques différentes au sein du CIUSSS-CHUS, ou d'une ou plusieurs directions cliniques et d'au moins un partenaire externe (école, organisme communautaire, etc.). Le PSI est coordonné par l'intervenant pivot du réseau, nommé en cours de démarche.

LES CADRES CONCEPTUELS PERTINENTS

Le PII et le PSI, au-delà des procédures et du formulaire complété, prennent un sens lorsqu'ils sont intégrés dans une démarche clinique centrée sur la personne et ses proches. Cette démarche est fondée sur des valeurs et des principes partagés par l'ensemble des parties prenantes, dont celles-ci :

- la participation active de la personne en besoin ou de son représentant, et leur reconnaissance comme partenaires à part entière dans l'élaboration du PII ou du PSI ;
- La présomption de compétence de la personne dans l'affirmation de ses valeurs, besoins et attentes, ainsi que de son pouvoir sur son PII ou son PSI ;
- une approche personnalisée qui respecte les besoins de la personne, ses capacités, ses aspirations ainsi que l'environnement dans lequel elle évolue ;
- l'engagement et la collaboration des partenaires, incluant les proches choisis par la personne ;

⁵ Voir l'annexe 5 pour la distinction entre le PI, PII et PSI

- le partage des responsabilités et des pouvoirs entre tous les partenaires du PSI.

La démarche de PII ou de PSI doit aussi s'appuyer sur des modèles théoriques qui sont en cohérence avec ces principes et valeurs. Nous allons en survoler quelques-uns, à titre d'exemples, qui inspirent et fournissent le sens clinique souhaité à l'élaboration des PII et des PSI. Il ne s'agit pas ici d'en faire une explication exhaustive, mais d'en faire ressortir les caractéristiques principales. Il est toujours possible, pour le lecteur intéressé à approfondir ses connaissances, de prendre connaissance des quelques ouvrages référencés dans le texte.

Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner

Ce modèle porte sur les conditions favorisant le développement de la personne afin de les exprimer en termes d'actions en vue de développer un milieu favorable à la santé. Il permet d'émettre des hypothèses sur les facteurs qui influencent le développement de la personne ainsi que ses décisions, ses objectifs et ses projets de vie. « La théorie de Bronfenbrenner est particulièrement efficace pour l'intervention, lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic, d'élaborer des stratégies et de formuler des objectifs » (Absil, Vandoorne, Demarteau [2012])⁶. En prenant en compte les différents sous-systèmes dans lesquels la personne évolue, il est possible de comprendre celle-ci dans sa globalité, en interaction avec son environnement et de mieux orienter nos objectifs et nos plans d'intervention ou de services. Dans ce modèle, la personne n'est donc pas considérée comme *l'unique cause* de la problématique soulevée.

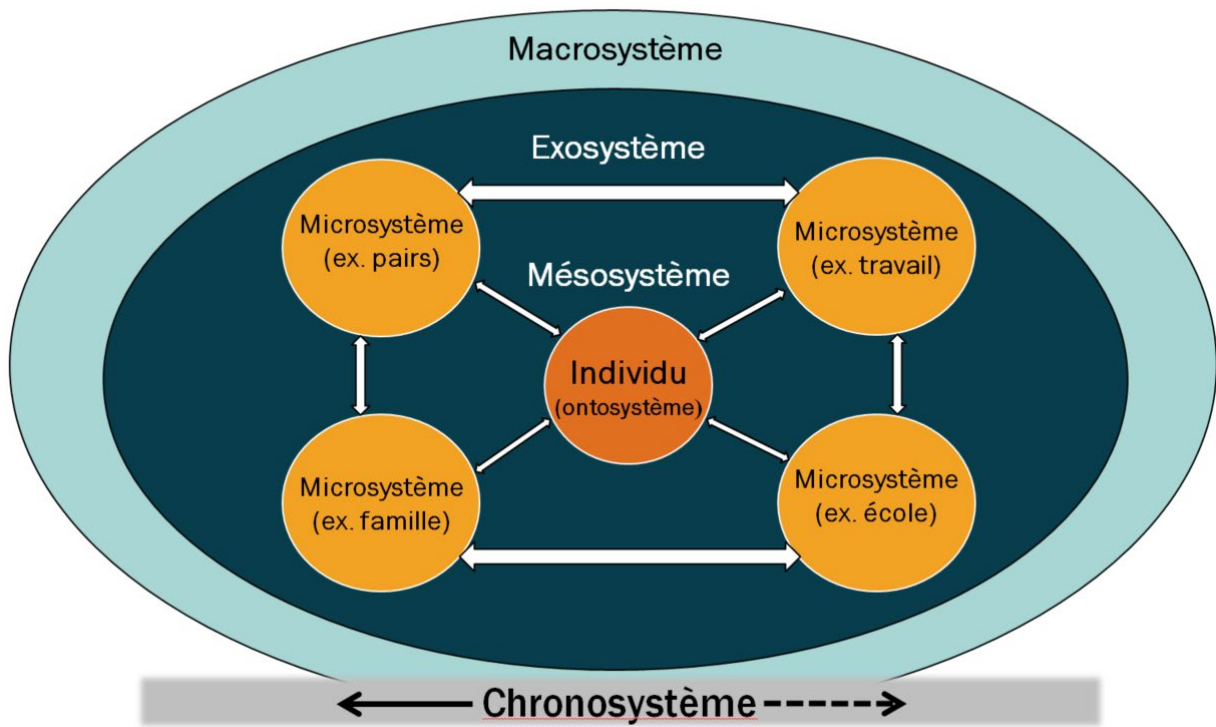
Sur la figure 1, on nous présente les 6 niveaux du système bioécologique (Drapeau, 2008). Ce sont les sous-systèmes suivants :

- **Ontosystème :**
la personne : ses caractéristiques, le rôle qu'elle joue
- **Microsystèmes :**
les milieux de vie immédiats où l'individu joue un rôle actif
- **Mésosystème :**
les interrelations entre les microsystèmes
- **Exosystème :**
Les milieux qui n'impliquent pas une participation de la personne, mais où des événements y surviennent et l'influencent ;
- **Macrosystème :**
système de croyances, valeurs, façons de faire caractéristiques d'une société ou d'une culture à une époque donnée
- **Chronosystème :**
La dimension temporelle, l'histoire personnelle, familiale, générationnelle et le contexte socio-historique.

⁶ G. Absil (APES-ULg), C. Vandoorne (APES-ULg), M. Demarteau (PhD Santé Publique, Observatoire de la Santé du Hainaut) (2012). Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé. Consulté le 31 janvier 2022 à l'adresse suivante : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>

Figure 1 : L'approche bioécologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1996)⁷

Les 6 niveaux du système bioécologique



Lemay (2016) Université de Sherbrooke

⁷ Inspiré de Drapeau (2008), dans Lemay, L. (2016). L'approche bioécologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1996). Diapositives présentées dans le cadre du Cours TRS 203 : L'évaluation en travail social, session # 3 : Référent d'évaluation et Apports théoriques. École de travail social, Université de Sherbrooke, 20 janvier 2016.

Le développement du pouvoir d'agir (l'empowerment) ou l'autonomisation

L'approche axée sur l'empowerment renvoie à une vision précise de l'humain, des problèmes et du changement. Selon Lemay (2007), cette vision se traduit par la présomption de compétence et d'autodétermination de la personne, la reconnaissance des dimensions individuelles et collectives des problèmes et l'importance de l'action et de la conscientisation pour conduire le changement. Soutenir le développement du pouvoir d'agir de la personne permet d'augmenter son degré de contrôle sur elle-même et sur son environnement, afin que les actions prises ou retenues soient orientées selon ses aspirations et projets de vie.

Bref, le développement du pouvoir d'agir se situe tout à fait en cohérence avec les valeurs et bonnes pratiques de la démarche de PII et de PSI comme proposé dans le présent cadre de référence. Le tableau 1 de Lemay (2007) expose les principales croyances et principes d'action véhiculés par une approche axée sur l'empowerment ou le développement du pouvoir d'agir des personnes, de leurs proches ou de la communauté.

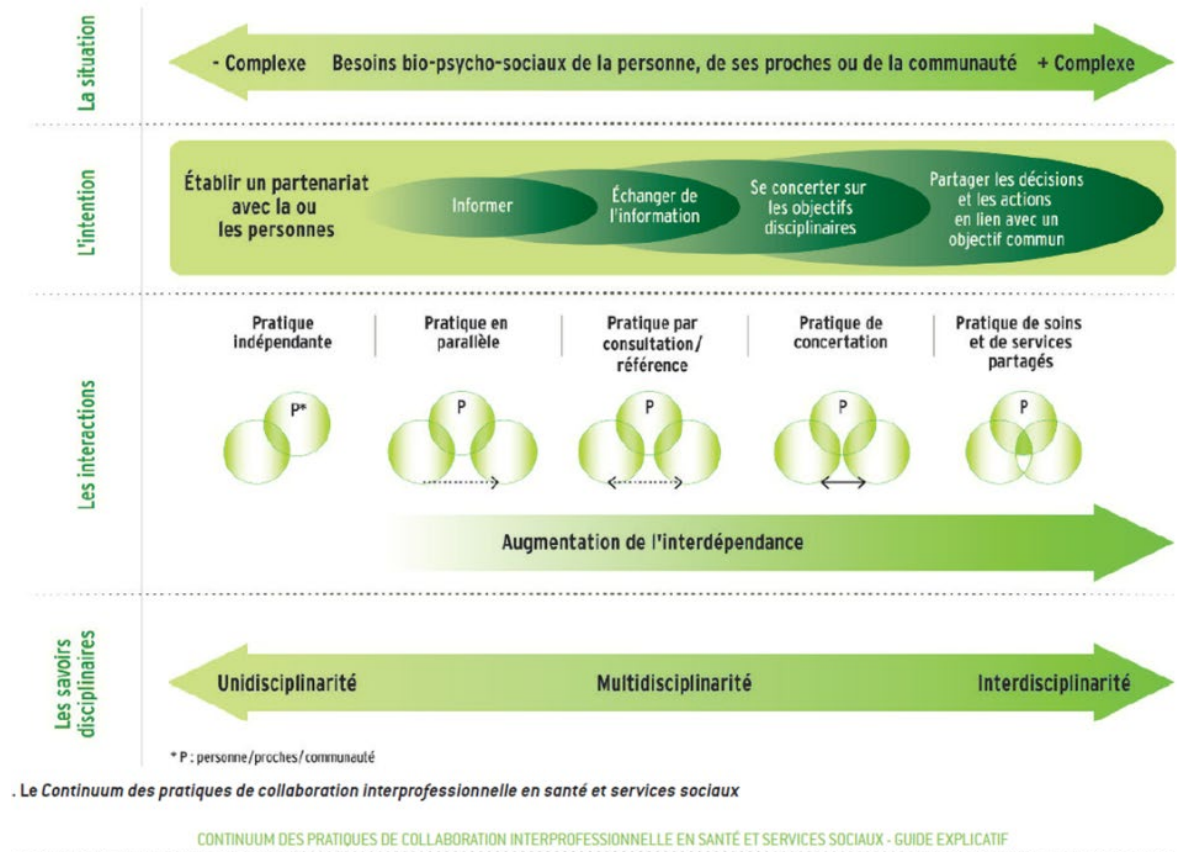
Tableau 1 : Croyances et principes généraux d'action ⁸

Croyances	Principes d'action
Vision de l'humain : La présomption de compétences	
<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les personnes ont des compétences. • Elles ont la capacité d'en développer de nouvelles. • Elles sont capables d'autodétermination. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miser sur les forces et ressources. Reconnaître les facteurs de motivation à agir. • Valoriser la diversité d'expression des compétences et du pouvoir. • Établir une relation égalitaire.
Vision des problèmes : La reconnaissance des dimensions individuelles et collectives des problèmes	
<ul style="list-style-type: none"> • Leurs problèmes ont aussi une dimension collective. • Le déficit de pouvoir peut résulter d'un manque d'accès aux ressources requises pour l'exercer ou développer des compétences. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas considérer les personnes comme <i>la cause</i> unique des problèmes rencontrés. • Les soutenir à reconnaître les dimensions collectives des problèmes, les conditions qui constituent des freins à leur prise de pouvoir.
Vision du changement : L'importance de l'action et de la conscientisation	
<ul style="list-style-type: none"> • Le changement résulte d'une interaction entre les facteurs individuels, motivationnels et environnementaux. • Il requiert un processus de conscientisation et des actions concrètes enracinées dans le milieu de vie naturel des personnes. • Il se réalise <i>par</i> les personnes concernées. • Il prend la forme de solutions diverses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir à tous les plans (individuel, collectif). • Favoriser l'accès aux ressources. • Créer des occasions de <i>dialogue</i> entre les personnes. • Soutenir les actions signifiantes du point de vue des personnes. • Reconnaître la diversité des solutions possibles.

⁸ Tableau tiré de l'article : Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1), 165-180.

Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Figure 2 : Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux⁹



L'outil proposé par Careau (2018) (figure 2) permet d'illustrer comment les pratiques de collaboration interprofessionnelle supposent une augmentation de l'interdépendance des acteurs en fonction de la complexité des besoins biopsychosociaux de la personne. En effet, plus ces besoins sont nombreux et complexes ou demandent une coordination complexe des services pour y répondre, plus les interactions doivent s'intensifier. Sur le plan des interactions, il est donc possible de situer la démarche de PII/PSI en tant que « pratique de soins et de services partagés » avec une intention de « partager les décisions et les actions en lien avec un objectif commun ». Il s'agit alors d'une pratique en contexte d'interdisciplinarité.

Bref, dans une démarche de PII ou de PSI, la personne, ses proches, ainsi que chaque intervenant mettront donc à contribution leurs savoirs expérimentiels ou disciplinaires et partageront les décisions sur les actions à réaliser en vue d'atteindre ensemble des objectifs communs.

⁹ Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

ÉTAPES DE LA DÉMARCHE – COMMENT ?

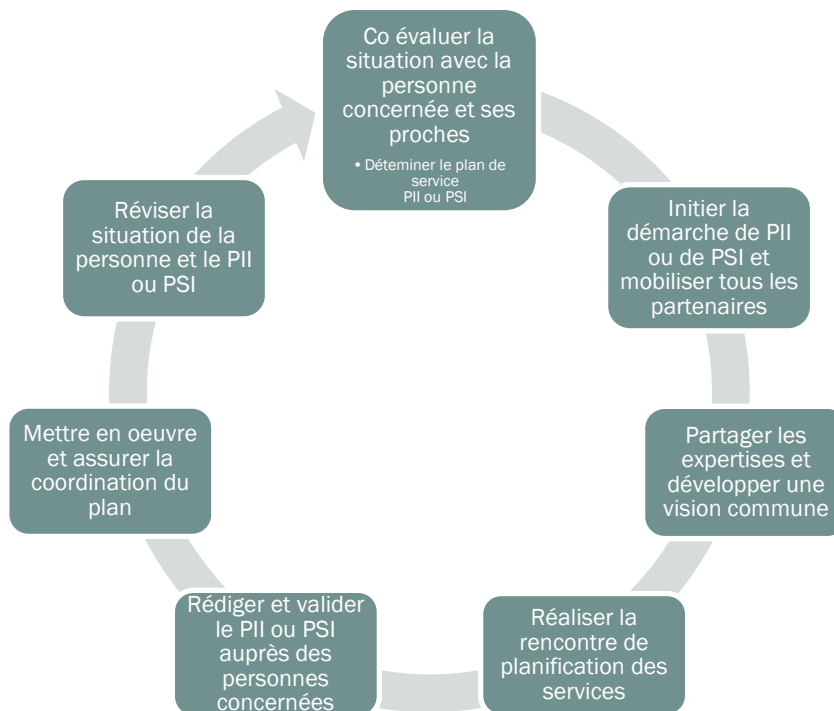
Dès son premier contact avec un intervenant du RSSS (ou un intervenant d'une organisation partenaire), la personne devrait se voir désigner un intervenant pivot¹⁰. Celui-ci procède alors, lorsque pertinent, à l'évaluation globale des besoins de la personne en favorisant la participation de la personne selon les capacités et intérêts de celle-ci.

En effet, tout intervenant offrant des soins ou des services procède d'abord à son évaluation selon la fonction qu'il occupe en vue de bien cerner le besoin immédiat de la personne. Mais il doit aussi s'assurer d'identifier d'autres besoins concomitants de la personne pour lesquels celle-ci reçoit des services ou non.

Dans tous les cas, une évaluation globale des besoins est effectuée afin de déterminer si une démarche de PII ou de PSI est requise. Et cette évaluation globale constitue aussi la première étape de la démarche de PII ou de PSI et sera décrite plus en détail un peu plus loin.

Le lecteur remarquera qu'au cours de la démarche PII ou PSI, les étapes peuvent parfois se chevaucher légèrement, parfois être exécutées conjointement si les conditions le permettent. Il est important cependant de ne pas les escamoter, chacune étant essentielle à une démarche réussie. En annexe 2, un aide-mémoire est présenté afin d'illustrer les principales étapes de la démarche et les principaux rôles de chacune des parties prenantes.

Figure 3 : Étapes de la démarche de PII et de PSI; Lemay, L. (2022)¹¹



¹⁰ Voir l'annexe 1 Rôles et responsabilité des intervenants pivot et pivot du réseau

¹¹ Lemay, Louise (2022). Pour une réponse optimale aux besoins multiples des jeunes et de leur famille : un guide pratique pour mettre en œuvre une démarche rigoureuse de Plan de services individualisé (PSI). Sherbrooke (Québec, Canada), Université de Sherbrooke.

ÉTAPE 1 : « COÉVALUER LA SITUATION GLOBALE AVEC LA PERSONNE ET SES PROCHES »

Un intervenant pivot est désigné dès qu'une personne commence à recevoir des soins ou des services dans une direction du CIUSSSE-CHUS ou dans une organisation partenaire. Cet intervenant devient la principale référence auprès de la personne ou de ses proches¹². Son rôle est de réaliser une évaluation selon son champ d'exercice, d'être sensible aux besoins qui ne font pas partie de son expertise ou qui ne sont pas en lien avec la mission de son organisation. Cette période de co-évaluation est un moment clé qui vise à comprendre la situation de la personne et identifier ses besoins de façon globale. Il peut s'avérer que la personne reçoit déjà des services d'autres intervenants pour des besoins similaires ou, au contraire, que des besoins sont présents, mais n'ont pas trouvé de réponse adéquate jusqu'à maintenant.

L'évaluation fournira à l'intervenant les informations nécessaires afin de déterminer si une démarche PII ou PSI est requise. Voici les critères qui guideront sa décision :¹³

- L'offre de service concomitante d'au moins deux intervenants est requise pour répondre aux besoins de la personne.

et ;

- Les services requis s'étaleront sur une période de plusieurs mois.

ou ;

- La situation ou les besoins de la personne sont complexes et exigent de développer une vision globale commune et d'élaborer un plan d'action concerté.

Lorsque ces critères sont présents :

- Si les intervenants concernés œuvrent tous dans la même direction ou continuum du CIUSSSE-CHUS, on doit entreprendre une démarche de PII.
- Si au moins deux directions du CIUSSSE-CHUS sont impliquées, ou alors qu'une ou plusieurs directions doivent collaborer avec une ou plusieurs organisations externes, c'est une démarche de PSI qu'il faut entreprendre.

Si la démarche PII est normalement coordonnée par l'intervenant pivot, il est important de rappeler que tout professionnel peut initier une démarche de PSI lorsqu'il constate que les critères le justifient. Pour les besoins de compréhension du processus, nous l'appellerons l'intervenant initiateur¹⁴.

L'intervenant initiateur s'assure d'obtenir le consentement et l'adhésion de la personne à la démarche de PII ou de PSI. Lorsqu'il s'agit d'une démarche de PSI, l'autorisation d'échanger des informations personnelles entre partenaires est écrite et doit identifier les participants autorisés à communiquer ensemble tout au long de la démarche avec la personne ou ses proches¹⁵.

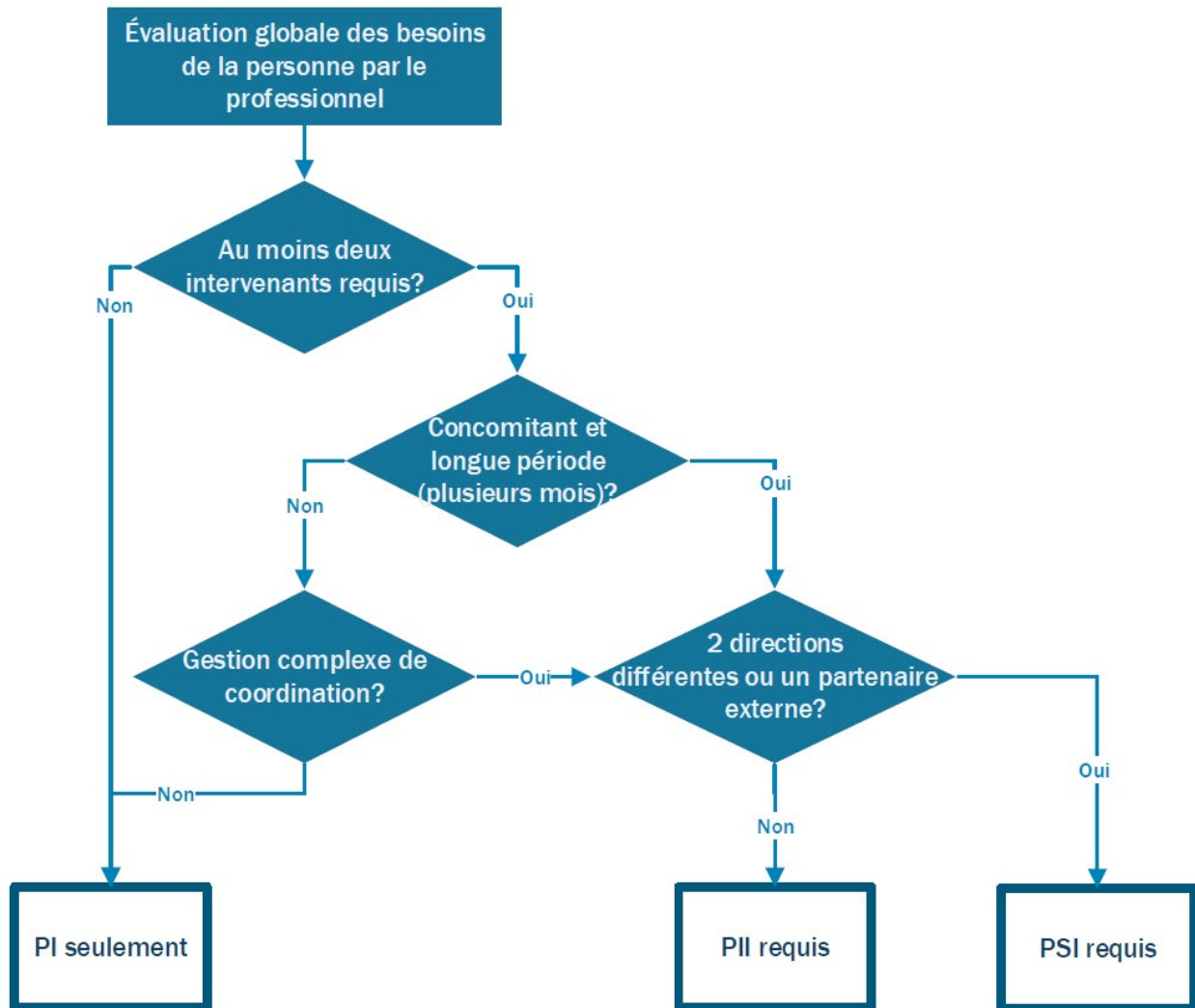
¹² Voir l'annexe 1 Rôles et responsabilités des intervenants pivot et pivot du réseau

¹³ Voir la figure 2 : Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

¹⁴ Dans certaines directions du CIUSSSE-CHUS ou organismes partenaires, des intervenants répondants sont mandatés pour soutenir les intervenants qui sont moins familiers avec la démarche dans le but d'en favoriser la réussite

¹⁵ Voir l'annexe 4 Formulaire d'autorisation d'échanger des informations entre partenaires d'un réseau local de services en contexte PSI

Figure 4 : Outil d'aide à la décision pour déterminer le type de plan requis¹⁶



¹⁶ Voir l'annexe 4 pour les distinctions entre les différents types de plan d'intervention.

ÉTAPE 2 : « INITIER LA DÉMARCHE DE PII OU DE PSI ET MOBILISER TOUS LES PARTENAIRES »

L'intervenant qui initie la démarche s'assure de contacter l'ensemble des partenaires identifiés afin de les aviser qu'une démarche de PII ou de PSI est entreprise. Ils seront invités, ainsi que la personne et ses proches, à une rencontre de partage d'informations en vue de développer une vision commune des besoins de la personne.

Dans le cas d'une démarche de PSI, les partenaires identifiés recevront aussi le « formulaire de consentement à l'échange d'informations entre partenaires du réseau local de services en contexte de démarche PSI ».

Que ce soit dans le cas d'un PII ou d'un PSI, les intervenants participants doivent alors préparer leur participation à la démarche en :

- effectuant leur propre évaluation des requis de services selon leur offre de services ou leur champ de pratique si ce n'est déjà fait ;
- convenant avec la personne des éléments d'informations qu'ils sont autorisés à partager avec les partenaires de la démarche ;
- communiquant avec l'intervenant initiateur ou une autre partie prenante identifiée lorsque cela est nécessaire à une préparation adéquate à la suite de la démarche.

ÉTAPE 3¹⁷ : « PARTAGER LES EXPERTISES ET DÉVELOPPER UNE VISION COMMUNE »

Cette étape se réalise habituellement en face à face, mais pourrait aussi se dérouler à distance dans le respect des règles de confidentialité. Il s'agit de permettre à toutes les parties prenantes de tracer ensemble un portrait de la situation globale de la personne et d'en dégager une compréhension et une vision commune. Soulignons ici l'importance d'inclure la personne et ses proches afin qu'elles apportent aussi leur contribution à la réalisation de chacune des tâches suivantes :

- partager les conclusions des évaluations disciplinaires des parties prenantes ;
- élaborer une vision commune de la globalité des besoins ;
- mettre en lien les différentes informations partagées en utilisant un outil d'analyse commun¹⁸, lequel permettra d'intégrer l'ensemble des points de vue et de les mettre en lien afin d'en dégager une compréhension commune des problèmes prioritaires ou convergents. Divers outils permettent ce genre d'exercice et il est recommandé d'en choisir un qui sera communément utilisé selon la trajectoire de soins et services qui concerne la personne.
- déterminer les besoins prioritaires auxquels l'intervention devra répondre.

Afin de tirer le meilleur profit de l'exercice, il est essentiel de bien préparer la personne en lui expliquant préalablement le déroulement de la rencontre et des démarches subséquentes et en la soutenant dans l'expression de ses besoins et de ses propositions de solutions. De plus, il est fortement recommandé de mettre en œuvre les bonnes pratiques de l'approche centrée sur la personne, par exemple en adoptant

¹⁷ Les étapes 3, 4 et 5 pourraient être réalisées lors d'une même rencontre si les conditions le permettent.

¹⁸ À titre d'exemple, dans le cadre des PSI en jeunesse, on utilise souvent le cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants (Jones, Chant, et Ward, 2003), alors qu'en réadaptation physique, on utilise le Processus de Production du Handicap (MDH-PPH, Patrick Fougeyrollas 1998, 2010).

un langage accessible, en s'assurant régulièrement de la compréhension de la personne ainsi qu'en limitant le nombre de participants à la rencontre.

Notons enfin qu'il peut parfois s'avérer nécessaire de tenir une rencontre préalable, appelée souvent « pré PSI », si plusieurs partenaires doivent se concerter pour dénouer des enjeux administratifs ou de concertation. Cette rencontre se tient alors sans la présence de la personne ou de son représentant.

ÉTAPE 4 : « RÉALISER LA RENCONTRE DE PLANIFICATION DES SERVICES »

Une fois les besoins identifiés et priorisés, les parties prenantes sont appelées à déterminer les objectifs généraux à poursuivre et les actions qui permettront de les atteindre. Nous appelons cette étape « planification des services », car effectivement, il s'agira d'identifier en collaboration avec la personne, le plus précisément possible la nature des actions (ou services) dont sera responsable chacun des intervenants participants, ainsi que la contribution qui sera apportée par la personne ou ses proches pour répondre aux besoins priorisés. On s'assurera aussi de l'ordonnancement des actions de façon à permettre une progression harmonieuse qui tienne compte de la disponibilité des ressources et de la capacité de participation de la personne et de ses proches.

C'est à cette étape que l'intervenant pivot du réseau sera désigné par les intervenants et la personne. Il aura la responsabilité formelle de coordonner la démarche de PSI¹⁹.

Les participants à la rencontre de planification des services doivent aussi s'entendre sur les mécanismes de suivi et de communication à mettre en place. Ces mécanismes touchent par exemple :

- La fréquence et la modalité des échanges d'information entre l'intervenant pivot du réseau et les participants
- Les contenus de suivis périodiques de l'état d'avancement si requis
- la date de révision du PII ou du PSI
- etc.

ÉTAPE 5 : « RÉDIGER ET VALIDER LE PII OU LE PSI AUPRÈS DES PERSONNES CONCERNÉES »

La rédaction est normalement effectuée par l'intervenant pivot (ou l'intervenant pivot du réseau dans le cas d'un PSI), après la rencontre de planification. Il peut arriver que la rédaction s'effectue durant la rencontre de planification (à l'étape 4) lorsque les conditions le permettent.

Les annexes 5 et 6 proposent un modèle de formulaire pour le PSI ou le PII. Il s'agit du modèle reconnu au CIUSSS-CHUS. Il est toutefois possible, en fonction de vos spécificités, des besoins cliniques de l'utilisateur ou des trajectoires de soins et services, d'y ajouter une section. Pour ce faire vous devrez suivre les directives émises et le processus émis dans la directive clinico-administrative élaborée à cet effet (cf. section « Outils cliniques > Création et révision de documents d'encadrement clinique » sur l'Intranet).

Le plan doit être rédigé et présenté à la personne dans un délai raisonnable²⁰ après la rencontre de planification. Il est réputé en vigueur dès sa signature par la personne et l'intervenant pivot du réseau.

¹⁹ Voir l'annexe 1 rôles et responsabilités de l'intervenant pivot

²⁰ La norme indiquée pour le délai de rédaction et signature d'un PSI est de 60 jours après le consentement de la personne à démarrer la démarche

ÉTAPE 6 : « METTRE EN ŒUVRE LE PII OU LE PSI ET EN ASSURER LA COORDINATION »

Après la rencontre de planification de services, les intervenants impliqués doivent s'assurer que leur PI est en cohérence avec les objectifs généraux convenus au PSI (ou PII) et effectuer les ajustements nécessaires au besoin.

Le rôle de l'intervenant pivot ou pivot du réseau est de s'assurer du bon déroulement des actions prévues par la mise en œuvre des mécanismes de régulation adoptés lors de la planification des services et inscrits au plan.

Dans le cas où un enjeu survient risquant de compromettre le bon déroulement ou de modifier le contenu du PII ou du PSI, l'intervenant pivot ou pivot du réseau doit convoquer les participants afin de prendre ensemble les décisions appropriées.

ÉTAPE 7 : « RÉVISER LA SITUATION DE LA PERSONNE ET AJUSTER LE PII OU PSI OU Y METTRE FIN »

Un PII ou PSI doit être révisé au moins une fois par année, plus tôt si la situation le nécessite. Cette étape, qui devrait être réalisée au maximum un an après la rencontre de planification de service, consiste à la révision du plan en vue d'évaluer la progression ou l'atteinte des objectifs prévus. Cette activité devrait se faire dans une rencontre réunissant la personne, ses proches et les intervenants ayant contribué à la démarche.

L'intervenant pivot ou pivot du réseau convoque et anime la rencontre de révision. L'exercice consiste à apprécier les résultats obtenus afin de déterminer :

- le niveau d'atteinte des objectifs convenus ;
- si un ou des objectifs doivent être modifiés, ajoutés ou retirés pour répondre mieux aux besoins ;
- si un nouveau partenaire doit s'ajouter à l'équipe ou au contraire se retirer si sa contribution n'est plus nécessaire ;
- si les critères ayant justifié une démarche PII ou PSI sont toujours présents

La rencontre permet aussi de :

- Mesurer avec la personne son niveau de satisfaction de l'atteinte des objectifs et de son expérience de collaboration.
- Apprécier la qualité des moyens ou des actions réalisées et leur effet sur l'atteinte des objectifs.

Dans le cas où les besoins justifiant la poursuite d'un PII ou d'un PSI sont présents :

- Procéder à l'identification des besoins résiduels et les prioriser (étape 3)
- Convenir de prochaines actions qui permettront de reprendre les étapes de la démarche

La poursuite du PSI peut quelques fois ne demander que des ajustements mineurs. La rencontre de révision peut alors devenir une nouvelle rencontre de planification des services (étape 4).

Dans le cas où les besoins actuels ne justifient pas la poursuite d'un PII ou d'un PSI :

Souvent par manque de temps, les intervenants considèrent inutile d'effectuer une rencontre de révision de PII ou de PSI lorsque tout monde semble convenir que les objectifs sont atteints et qu'on pourrait tout

simplement mettre fin à la démarche. Ce serait une erreur de négliger la portée clinique et la satisfaction de souligner les réussites pour la personne et ses proches, mais aussi pour les intervenants qui prennent conscience ainsi les effets positifs de leur travail de collaboration interprofessionnelle. De plus, la fin du besoin d'une concertation et d'une coordination des services ne signifie pas nécessairement la fin des besoins en services pour la personne. Il est important de l'informer des services qui seront maintenus maintenant que la démarche de PII ou de PSI est terminée.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

DIRECTIONS CLINIQUES DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS ET DIRECTIONS DES ORGANISMES PARTENAIRES

- Assurer la diffusion et l'appropriation du cadre de référence sur les PII et PSI auprès de l'ensemble des intervenants sous sa gouverne
- Convenir, avec ses partenaires locaux ou supra-locaux, d'une stratégie locale d'implantation du cadre de référence
- S'assurer de l'implantation du cadre de référence
- Dégager les ressources et mettre en place l'encadrement requis pour soutenir la mise en place des PII et des PSI dans les situations répondant aux critères
- Convenir avec ses partenaires locaux de modalités de gestion des litiges si elles ne sont pas déjà en place
- Assurer les suivis nécessaires relatifs à la qualité de l'application du cadre de référence
- Contribuer à la révision du présent cadre en vue d'améliorer les collaborations futures

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI), DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM), ET DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP) VOLET QUALITÉ ET ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE

- Coordonner la rédaction et le processus d'adoption du cadre de référence
- Soutenir les directions cliniques dans l'implantation du cadre de référence
- Coordonner les travaux de révision du cadre
- Exercer un leadership en vue d'assurer l'encadrement, la coordination et le contrôle de la qualité de la pratique de PII et de PSI
- Soutenir l'évaluation et le monitoring de l'implantation du cadre de référence

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT DES INTERVENANTS

- Favoriser l'appropriation, par les membres de ses équipes, du cadre de référence et des bonnes pratiques de collaboration
- Assurer l'encadrement clinique de la démarche ou désigner une personne pouvant soutenir les intervenants lorsque requis

- S'assurer qu'un intervenant pivot est désigné pour chaque usager desservi par ses services lorsque pertinent
- Contribuer au maintien et à l'amélioration des collaborations avec les partenaires internes et externes
- Promouvoir l'utilisation des démarches de PII et de PSI auprès des intervenants dans les situations requises et prévoir leur utilisation dans la répartition des charges de cas
- Soutenir et collaborer à l'identification des besoins de formation
- S'assurer de rendre accessible la formation nécessaire à la réalisation des PII et des PSI
- Collaborer à l'implantation et l'évaluation de la qualité de la démarche de PII et de PSI en réalisant des audits ou autres activités de mesure

PERSONNE RÉPONDANTE EN PII ET PSI

Il est recommandé de désigner, dans chaque direction du CIUSSS-CHUS ou dans chaque organisme partenaire, une ou des personnes-ressources, ou personne répondante des PII et des PSI. Cette personne, reconnue pour son expertise, pourrait se voir confier les responsabilités suivantes :

- Soutenir l'identification des besoins de formation ou de soutien des intervenants de son secteur
- Accompagner un nouvel intervenant dans le développement de sa compétence d'animation et de coordination d'une démarche de PII et de PSI
- Agir à titre de conseiller auprès des intervenants vivant des difficultés relatives à la coordination ou à la participation à une démarche de PII et de PSI
- Soutenir l'accès à des ressources relatives à l'actualisation de la démarche de PII et de PSI
- Contribuer à la gestion de litiges survenant dans une démarche de PII et de PSI

La responsabilité de la désignation et de l'encadrement de ces personnes répondantes relève des directions cliniques ou des organismes partenaires.

L'INTERVENANT PIVOT ET L'INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU

Pour une description complète des rôles et responsabilités de l'intervenant pivot et l'intervenant pivot du réseau, vous référer à l'annexe 1.

INTERVENANTS

Tous les intervenants des différents milieux donnant des soins et services aux personnes ont pour responsabilités de :

- connaître, comprendre et contribuer à la démarche de PII et de PSI telle que décrite dans le présent cadre de référence ;
- procéder à l'évaluation des besoins de la personne selon leur champ d'exercice ;
- avec le consentement de la personne, initier la démarche de PII ou de PSI lorsque requis ;
- contribuer à la démarche de PII ou de PSI, le cas échéant, dans le respect des responsabilités qui lui sont attribuées (ex : pivot, pivot du réseau ou intervenant collaborateur) ;
- ajuster son PI pour que les objectifs spécifiques convergent vers l'atteinte des objectifs du PII ou du PSI le cas échéant ;
- alerter l'intervenant au pivot ou pivot du réseau si des éléments compromettent la poursuite de ses interventions prévues au PII ou au PSI ;

- participer activement aux activités de formation ou de soutien clinique relatives à la réalisation de PII ou de PSI.

LA PERSONNE CONCERNÉE ET SES PROCHES BÉNÉFICIAIRES D'UN PII OU D'UN PSI

- Participer aux décisions qui le concernent
- Participer à toutes les étapes de la démarche de PII ou de PSI selon le cas
- Communiquer à l'intervenant pivot du PII ou pivot réseau du PSI toute information pouvant affecter la réalisation du plan
- Réaliser, selon sa capacité, les actions prévues à son PI, son PII ou son PSI et dont il a la responsabilité
- Demander une révision du plan avant son terme si des raisons le justifient
- Exprimer leur satisfaction à l'égard du plan et collaborer à la résolution de problèmes qui pourraient survenir

BIBLIOGRAPHIE ET OUVRAGES CONSULTÉS

Absil, G., Vandoorne, C., Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain, Réflexion et action pour la Promotion de la santé*. Consulté le 31 janvier 2022. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2009). *Au cœur du PSI : la personne et ses proches. Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé (PSI)*.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2011). *Précision sur la fonction de l'intervenant pivot-établissement et de l'intervenant pivot réseau auprès des personnes ayant une déficience*.

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2005, 2009, 2011). *Guide de la démarche clinique PSI jeune et famille*.

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Boislard, L. et coll. (2008). *Cadre de référence – Plan de services individualisés jeunesse en Montérégie*.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval et Lemay, L. (2007). *Ensemble vers un même horizon : manuel de référence pour la réalisation des PSI/PSII*.

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2013). *Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé (PSI)*.

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2018). *Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) – Volet général*.

Agence de la santé et des services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec (2011). *Un enfant, deux réseaux, trois milieux de vie, unis par une entente de complémentarité pour développer les compétences et favoriser la participation sociale des jeunes des familles. Cadre de référence régional : Démarche de PSII*.

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)*.

Centre intégré santé et services sociaux de la Côte-Nord (2018). *Cadre de référence sur les plans d'intervention et les plans de services individualisés*.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2017). *Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population*.

Centre intégré de la Capitale-Nationale (2020). *Procédure (tronc commun) relative au plan d'intervention unidisciplinaire (PI), au plan d'intervention interdisciplinaire (PII), au plan de services individualisé (PSI), au plan de services individualisé intersectoriel (PSII) et à la note de concertation*. Québec.

Drapeau, S. (2008). *L'approche bioécologique du développement humain*. Dans Drapeau, S., Provost, M-A., Rochette, É. et G. M. Tarabulsy (2008). *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (p. 13-31). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.

Jones, H., Chant, E et Ward, H. (2003). *L'intégration des services destinés aux enfants : un point de vue britannique*, 133-150. Dans Trocmé, N., Knoke, D. et Roy, C. (2003). *Collaboration communautaire et approches différentielles : recherches et pratiques novatrices canadiennes et internationales*. Canada : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants. 172 p.

Lemay, L. et coll. (2007). *Ensemble vers un même horizon : Manuel de référence pour la réalisation des Plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII) – Volet jeunesse*. Laval (Québec, Canada), Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Lemay, L.. (2007). *L'intervention en soutien à l'empowerment : Du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide*. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 20, n° 1, 2007, p. 165-180.

Lemay, L. (2022). *Pour une réponse optimale aux besoins multiples des jeunes et de leur famille : un guide pratique pour mettre en œuvre une démarche rigoureuse de Plan de service individualisé*. Sherbrooke (Québec, Canada), Université de Sherbrooke.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, chapitre S-4.2, art. 5, 10, 11, 102, 103, 104.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Le plan de services individualisé et intersectoriel*. Rapport déposé au comité national de concertation de l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.

Shang, Harrisson et Doucet (2012). *Recension de pratiques favorisant l'utilisation du PSI et du PSII*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montégérie.

St-Onge, P. et Équipe intervention jeunesse (ÉIJ) de Sherbrooke (2014). *Modèle de soutien au PSI*

HISTORIQUE ET CHEMINEMENT

VERSION ACTUELLE

NOM, FONCTION, SERVICE OU DIRECTION OU INSTANCE IMPLIQUÉE	DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DE RÉVISIONS MAJEURES, DE CONSULTATION, D'ADOPTION, DE PUBLICATION ET DE DIFFUSION <i>(PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE, LA PLUS RÉCENTE À LA FIN DU TABLEAU)</i>	DATE OU PÉRIODE
Direction des services multidisciplinaires, volet qualité et évolution de la pratique Direction adjointe des soins infirmiers, volet qualité et évolution de la pratique professionnelle	Révision majeure	Avril 2023

HISTORIQUE DES VERSIONS ANTÉRIEURES ADOPTÉES

DATE D'ADOPTION	INSTANCE QUI A PROCÉDÉ À L'ADOPTION
2009	Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie (TCRE)
2008	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie



ANNEXES

ANNEXE 1 : RÔLES ET RESPONSABILITÉ DES INTERVENANTS PIVOT ET PIVOT DU RÉSEAU

QU'EST-CE QU'UN INTERVENANT PIVOT?

L'intervenant pivot est la principale référence auprès de la personne ou de son représentant et de ses proches²¹. Il les accompagne dans le but de favoriser l'accessibilité aux services requis et offerts dans sa direction (ou dans son service) et d'en assurer la coordination le cas échéant. L'intervenant pivot crée et maintient une relation de confiance avec la personne pour toute la durée de l'épisode de soins et services. Il soutient le pouvoir d'agir de la personne et, s'il y a lieu, assure la liaison entre les intervenants impliqués dans sa direction.

QUAND DOIT-ON NOMMER UN INTERVENANT PIVOT?

Dès qu'une personne commence un épisode de soins et services²² au sein d'une unité ou d'un service²³ du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, un intervenant pivot lui est désigné. Le rôle de l'intervenant pivot est d'autant plus important lorsque le requis de services nécessite la contribution de plusieurs intervenants dans ce même service ou unité, comme dans le cadre d'un Plan d'Intervention Interdisciplinaire (PII).

QUI SERA NOMMÉ INTERVENANT PIVOT?

On désigne pivot l'intervenant qui :

- Est ou sera considéré comme significatif aux yeux de la personne selon la nature de ses besoins actuels ou prévisibles, ou selon la durée anticipée des services requis ;
- est en mesure de maintenir une relation en continu avec la personne pour la majeure partie de la durée de l'épisode de soins et services ;
- a une connaissance de l'offre de services de sa direction et la compétence²⁴ pour exercer la coordination des services requis par la personne.
- Dans certains services, le premier intervenant de l'équipe à évaluer les besoins de la personne sera désigné intervenant pivot.

²¹ Dans le présent document, afin d'alléger le texte, le terme « personne » réfère tant à l'utilisateur, ou au patient, qu'à son représentant, sa famille ou ses proches.

²² Un épisode de soins et services, dans le présent document, fait référence à une période de temps durant laquelle une personne recevra des services, auxquels elle a consenti, en réponse à des besoins de santé ou sociaux. L'épisode de soins et services se distingue alors d'une activité ponctuelle qui se caractérise par le fait que le ou les services sont rendus à l'intérieur d'une même consultation.

²³ Voir le tableau des concepts à la page 10 pour connaître les contours d'un service.

²⁴ Il est attendu dans le rôle de plusieurs professionnels de développer des habiletés de coordination de PII ou de PSI.

- Dans le cas des hospitalisations de courte durée, la fonction de pivot sera en général attribuée à l’équipe de soins infirmiers de l’unité ou à une intervenante psychosociale lorsque des interventions de liaisons sont requises pour préparer le retour à domicile ou en hébergement.

Les préférences de la personne sont prises en compte pour l’identification de l’intervenant pivot. Dans tous les cas, la personne est en accord avec le choix de cet intervenant.

QUELLES SONT LES RESPONSABILITÉS PARTICULIÈRES DE L’INTERVENANT PIVOT?

- Réalise ou contribue à l’évaluation globale de la situation et des besoins de la personne;
- Le cas échéant, donne des soins et services selon sa fonction habituelle ;
- Agit en partenariat avec la personne en s’assurant de sa compréhension des informations, en la guidant dans la priorisation de ses besoins, en l’accompagnant dans l’expression de ses choix et en favorisant son engagement dans les décisions qui la concernent ;
- Maintient une relation empreinte d’empathie et de bienveillance avec la personne afin de développer un lien de confiance ;
- Agit auprès de la personne à titre d’intervenant de référence et de liaison pour l’ensemble des besoins de services identifiés et offerts au sein de sa direction²⁵, afin d’en favoriser la fluidité ;
- Avec le consentement de la personne, coordonne la démarche de PII, lorsque requise, soit l’élaboration, la mise en œuvre et la révision du PII ;
- Collabore étroitement avec les intervenants impliqués et la personne et partage avec eux une vision globale de la situation ;
- Assure, de façon continue, la circulation de l’information pertinente entre les intervenants concernés et la personne dans le respect des règles en vigueur concernant le partage d’informations personnelles ;
- Initie la démarche du premier PSI, ou y contribue, le cas échéant.

QU’EST-CE QU’UN INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU?

L’intervenant pivot du réseau est celui qui assure la coordination de la démarche de PSI.

QUAND DOIT-ON NOMMER UN INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU?

Dans le cadre de la démarche de PSI. Lors d’un premier PSI, les premières étapes sont pilotées par un intervenant dit « initiateur » jusqu’à ce que l’intervenant pivot du réseau soit désigné.

²⁵ Par exemple, effectuer des références personnalisées à d’autres services de sa direction.

QUI SERA NOMMÉ INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU?

On désigne pivot du réseau l'intervenant qui répond à au moins un des critères suivants :

- Est considéré le plus significatif aux yeux de la personne selon la nature ou la durée des services qu'il offre, ou selon qu'il représente le service ou l'unité qui peut répondre à la majorité des besoins identifiés ou prévisibles;
- Est en mesure maintenir une relation en continu avec la personne pour la majeure partie de l'épisode de soins et services;
- Assure déjà un rôle d'intervenant pivot au sein de sa direction auprès de la personne;
- Assure une offre de service qui perdurera pour la totalité ou la majorité de la durée de la démarche PSI;
- Occupe une fonction particulière dont l'une des responsabilités est la coordination des plans de services individualisés;

Les préférences de la personne sont prises en compte pour l'identification de l'intervenant pivot du réseau. Dans tous les cas, la personne est en accord avec le choix de cet intervenant.

QUELLES SONT LES RESPONSABILITÉS PARTICULIÈRES DE L'INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU?

La démarche du premier PSI peut être initiée par tout intervenant impliqué dans la situation de la personne et ayant déterminé que les critères sont présents (voir tableau 2) Or, lorsqu'un intervenant pivot intervient déjà, c'est habituellement lui qui amorce cette démarche²⁶.

L'intervenant pivot du réseau :

- S'assure d'animer et de coordonner la réalisation des étapes prévues à la démarche PSI;
- Assure la coordination de la mise en œuvre du PSI
- Coordonne et anime la révision de la situation de la personne et la révision du PSI avec les parties prenantes.
- Le cas échéant, il offre des services à la personne selon sa fonction habituelle et en cohérence avec les objectifs poursuivis par le PSI

²⁶ L'intervenant pivot du réseau est désigné au cours de l'élaboration du PSI et n'est pas nécessairement l'intervenant qui a amorcé la démarche d'élaboration du PSI initial

ANNEXE 2 : TABLEAU RÉSUMÉ DES DISTINCTIONS DE RÔLE ENTRE L'INTERVENANT PIVOT ET L'INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU

FONCTION	INTERVENANT PIVOT	INTERVENANT PIVOT DU RÉSEAU
Se faire connaître comme personne-ressource auprès de la personne, et expliquer son rôle ;	En contexte PI et PII	En contexte de PSI
S'assurer du consentement libre et éclairé de la personne concernant le partage de renseignements entre les intervenants ;	De son service (ou unité) ou du PII	Du PSI
Accompagner la personne à travers l'ensemble des étapes du processus, et s'assurer de sa compréhension et de son implication active ;	En contexte PII, le cas échéant	En contexte PSI
Coordonner l'élaboration, la réalisation et la révision du plan ;	PII	PSI
Assurer la prestation de services auprès de la personne selon sa fonction habituelle, le cas échéant ;	Toujours	La plupart du temps
S'enquérir de la satisfaction de la personne tout au long de la démarche et la soutenir en cas de difficultés ;	Du PI ou du PII	Du PSI
Assurer la circulation de l'information avec les intervenants impliqués, afin de favoriser la cohérence et la fluidité des services offerts ;	En contexte PII	En contexte PSI
Convenir de la fin des soins et services ou de la démarche du plan avec la personne et les partenaires.	Du PII ou du PI	Du PSI

ANNEXE 3 : AIDE-MÉMOIRE DES RESPONSABILITÉS DES PARTIES PRENANTES SELON LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHÉ PII OU PSI

ÉTAPE/ RESPONSABILITÉS	INTERVENANT PIVOT Démarche PII	INTERVENANT PIVOT RÉSEAU (ou initiateur) – Démarche PSI	PERSONNE ET SES PROCHES	INTERVENANT COLLABORATEUR
1- Co évaluer la situation avec la personne concernée et ses proches	<ul style="list-style-type: none"> • Procède à l'évaluation selon le service qu'il offre. • Procède à l'évaluation globale des besoins • Détermine si les critères d'une démarche PII ou PSI sont présents 		<ul style="list-style-type: none"> • Fournit les informations requises pour l'évaluation • Exprime ses besoins et ses intérêts 	
2- Initier la démarche de PII ou de PSI et mobiliser tous les partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Informe la personne de son intention de démarrer une démarche de PII et explique en quoi elle consiste • S'assure du consentement verbal de la personne ou de ses proches • Informe les collaborateurs visés qu'une démarche PII sera réalisée • Convoque la rencontre des collaborateurs et de la personne pour le partage des expertises 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe la personne de son intention de démarrer une démarche de PSI et explique en quoi elle consiste • S'assure du consentement écrit de la personne ou de ses proches • Informe les collaborateurs visés qu'une démarche PSI est démarrée et leur fait parvenir copie du formulaire d'autorisation. • Évalue avec les collaborateurs visés la nécessité d'une rencontre préparatoire (pré-PSI) • Convoque la rencontre pré-PSI ou de PSI 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribue à identifier les collaborateurs à la démarche • Autorise le partage d'informations entre les intervenants concernés • Participe aux évaluations complémentaires des intervenants collaborateurs • Exprime ses besoins et indique aux collaborateurs s'il souhaite que certaines informations ne soient pas partagées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reçoit l'invitation à une démarche PII ou PSI et en accuse réception • Complète avec la personne ou ses proches son évaluation des requis de services si elle n'est pas déjà complétée • Convient avec la personne des informations qu'il est autorisé à partager. • Communique avec les partenaires visés par la démarche au besoin.
3- Partager les expertises et développer une vision commune	<ul style="list-style-type: none"> • Anime la rencontre en favorisant la mise en commun et d'analyse des résultats des évaluations. • Utilise un outil d'analyse commun, connu de ses collaborateurs. • Guide la personne et les collaborateurs vers l'identification des besoins prioritaires et des pistes d'actions à envisager. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anime la rencontre en favorisant mise en commun des conclusions des évaluations des partenaires • Utilise un outil d'analyse commun pour identifier avec la personne et les collaborateurs les besoins à prioriser et les pistes d'action possible pour y répondre. • Facilite l'expression de ses besoins et intérêts par la personne ou ses proches 	<ul style="list-style-type: none"> • Participe activement à la rencontre en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Exprimant ses besoins et intérêts ○ Contribuant à l'analyse de sa situation et à l'identification des besoins prioritaires ○ Posant des 	<ul style="list-style-type: none"> • Partage les conclusions de son évaluation disciplinaire, de sa lecture et compréhension de la situation. • Contribue à l'analyse de la situation et à l'identification des besoins à prioriser • Identifie, parmi les besoins

ÉTAPE/ RESPONSABILITÉS	INTERVENANT PIVOT Démarche PII	INTERVENANT PIVOT RÉSEAU (ou initiateur) – Démarche PSI	PERSONNE ET SES PROCHES	INTERVENANT COLLABORATEUR
	<ul style="list-style-type: none"> Facilite l'expression de ses besoins et intérêts par la personne ou ses proches Convoque la rencontre de planification des services si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> S'assure de la compréhension de la personne ou ses proches Convoque la rencontre de planification des services si nécessaire 	<p>questions au besoin pour s'assurer de sa compréhension.</p>	<p>prioritaires, celui ou ceux pour lesquels il peut contribuer à répondre.</p>
<p>4- Réaliser la rencontre de planification des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anime la rencontre afin d'identifier les objectifs généraux qui seront poursuivis S'assure de la compréhension de la personne et de ses proches quant aux objectifs de la rencontre S'assure que les actions (et services offerts) sont identifiés et en cohérence avec les besoins Soutient la personne et ses proches dans l'identification de ses contributions à l'atteinte des objectifs du plan. Convient, avec la personne et les collaborateurs, des modalités de suivi et de communication. 	<ul style="list-style-type: none"> Anime la rencontre afin d'identifier les objectifs généraux qui seront poursuivis; S'assure que les actions choisies (services offerts) soient en cohérence avec les objectifs et les besoins prioritaires Favorise la participation active de la personne et de ses proches Soutient la personne et ses proches dans l'identification de ses contributions à l'atteinte des objectifs du plan. S'assure de la nomination de l'intervenant pivot du réseau Convient, avec la personne et les collaborateurs, des modalités de suivi et de communication. 	<ul style="list-style-type: none"> Participe à l'identification des objectifs à poursuivre. Consent aux services offerts le cas échéant Identifie comment elle et ses proches contribueront à l'atteinte des objectifs convenus Exprime ses préférences dans le choix de l'intervenant pivot du réseau (contexte PSI) Contribue à l'identification des modalités de suivi et de communications. 	<ul style="list-style-type: none"> Collabore à une préparation adéquate de la personne et de ses proches. Contribue à l'identification des objectifs généraux Proposer ses services et des moyens pour l'atteinte des objectifs auxquels il peut contribuer Contribue à l'identification d'un intervenant pivot du réseau lors du PSI. Contribue à l'identification des modalités de suivi et de communications.
<p>5- Rédiger et valider le PII ou le PSI auprès des personnes concernées</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rédige le PII en respectant les décisions prises lors de la rencontre de planification des services. Valide le contenu du formulaire de PII avec la personne et ses proches et fait les ajustements mineurs le cas échéant. Procède à la signature du PII et offre à la personne de signer si elle le désire. S'assure que la personne et ses proches, ainsi que les collaborateurs aient accès à une copie du PII. Avec la personne et ses proches, 	<ul style="list-style-type: none"> Rédige le PSI en respectant les décisions prises lors de la rencontre de planification des services. Valide le contenu du formulaire de PSI avec la personne et ses proches et fait les ajustements mineurs le cas échéant. Procède à la signature du PSI et obtient la signature de la personne ou de son représentant le cas échéant S'assure de faire parvenir une copie du PSI à la personne et ses proches ainsi qu'aux intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> Prend connaissance du plan rédigé et s'assure de sa compréhension Donne son accord et appose sa signature sur le PII si elle le désire, mais doit signer le PSI pour qu'il soit valide. Contribue aux ajustements nécessaires des plans d'intervention au besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> Reçoit le PII ou le PSI une fois rédigé et signé. Signe le PSI si cela est convenu entre les partenaires pour signifier son engagement. Avec la personne et ses proches, ajuste son plan d'intervention au besoin pour qu'il soit aligné aux objectifs du PII ou du PSI.

ÉTAPE/ RESPONSABILITÉS	INTERVENANT PIVOT Démarche PII	INTERVENANT PIVOT RÉSEAU (ou initiateur) – Démarche PSI	PERSONNE ET SES PROCHES	INTERVENANT COLLABORATEUR
	ajuste son plan d'intervention au besoin pour qu'il soit aligné aux objectifs du PII ou du PSI.	collaborateurs.		
6- Mettre en œuvre le PII ou PSI et en assurer la coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Donne les services selon la fonction qu'il occupe et son plan d'intervention. • S'assure que les actions du PII sont effectuées selon les échéanciers prévus. • Applique les modalités de suivi et de communication prévues 	<ul style="list-style-type: none"> • Met en œuvre les modalités prévues pour le suivi et les communications relatives au PSI. • S'assure que les services planifiés soient rendus par les intervenants partenaires selon les échéanciers prévus. • S'assure auprès de la personne et ses proches de leur participation et leur satisfaction par rapport aux services 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribue au déploiement du plan en effectuant les activités prévues • Communique à l'intervenant pivot ou pivot du réseau toute situation pouvant affecter le bon déroulement du plan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Donne les services prévus dans sa contribution au PII ou au PSI • Contribue aux modalités de suivi et de communication prévues • Communique à l'intervenant pivot ou pivot du réseau toute situation pouvant affecter le bon déroulement du plan.
7- Réviser la situation de la personne et ajuster le PII ou PSI ou y mettre fin	<ul style="list-style-type: none"> • Convoque les participants à la date prévue ou avant si la situation le requiert. • Anime la rencontre afin d'évaluer la progression ou l'atteinte des objectifs et déterminer s'il y a poursuite ou non du PII. • S'assure de la compréhension et de la participation de la personne et de ses proches • Évalue la satisfaction de la personne, de ses proches et des collaborateurs quant à la démarche de PII • Détermine, avec la personne et les collaborateurs, les suites à cette rencontre de révision : modification et poursuite du PII ou fin de la démarche. • Diffuse le compte rendu de la rencontre et le formulaire de PII révisé le cas échéant • S'il y a lieu, s'assure de la nomination de l'intervenant pivot 	<ul style="list-style-type: none"> • Convoque les participants à la date prévue ou avant si la situation le requiert. • Anime la rencontre afin d'évaluer la progression ou l'atteinte des objectifs et déterminer s'il y a poursuite ou non du PSI. • S'assure de la compréhension et de la participation de la personne et de ses proches • Évalue la satisfaction de la personne, de ses proches et des collaborateurs quant à la démarche de PSI • Détermine, avec la personne et les collaborateurs, les suites à cette rencontre de révision : modification et poursuite du PSI ou fin de la démarche. • Diffuse le compte rendu de la rencontre et le formulaire de PSI révisés le cas échéant • S'il y a lieu, s'assure de la nomination de l'intervenant pivot du réseau 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribue à l'évaluation de l'atteinte des objectifs. • Exprime son niveau de satisfaction quant à l'atteinte des objectifs et du déroulement de la démarche en général. • Contribue à la décision de modifier, poursuivre ou mettre fin à la démarche PII ou PSI • S'il y a lieu, exprime ses préférences quant à la nomination de l'intervention pivot ou pivot du réseau • S'il y a lieu, valide et signe le formulaire de plan révisé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribue à l'évaluation de l'atteinte des objectifs et présente ses conclusions relatives aux actions prévues dont il était responsable. • Contribue à la détermination des nouveaux objectifs ou à la décision de mettre fin à la démarche s'il y a lieu. • S'assure de la compréhension de la personne et de ses proches. • Valide et signe, s'il y a lieu, le formulaire de PSI révisé.

ANNEXE 4 : FORMULAIRES D'AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES DU RÉSEAU DE SERVICES



Double identité vérifiée

Date de naissance			N° de dossier
Année	Mois	Jour	
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère		Prénom de la mère	
Nom du père		Prénom du père	

INSTALLATION : _____

CONSENTEMENT

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES CLIENTÈLE ADULTE

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Ce formulaire est utilisé en contexte de démarche de plan de service.

L'utilisateur comprend que pour favoriser une réponse optimale à ses besoins:

- Les intervenants doivent échanger des renseignements personnels contenus aux dossiers en vue d'orienter les soins et services qui lui seront offerts ;
- Seuls les renseignements pertinents à l'orientation et au suivi des soins et services seront partagés. Ces renseignements feront l'objet de discussions au début et en cours de suivi. Convenir, avec chacun des partenaires autorisés, quelles informations pourront être partagées ;
- L'utilisateur peut annuler en tout temps ce consentement en avisant verbalement ou par écrit un intervenant. Cette annulation n'exclut pas que la personne reçoive des services, mais elle pourrait limiter l'efficacité des interventions ;
- L'échange d'informations se fera surtout verbalement et en toute confidentialité, dans le respect des lois et règlements en vigueur ;
- Les seules informations écrites pouvant être distribuées aux partenaires autorisés sont :
 - les données sociodémographiques de l'utilisateur;
 - le formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels que l'utilisateur aura signé;
 - le plan de services individualisé (PSI);
 - le compte rendu des discussions et décisions de la réunion préparatoire à l'élaboration du plan de services individualisé;
- Ces informations seront assujetties aux règles d'accès et de conservation des dossiers et le partage de tout autre document écrit devra faire l'objet d'une autorisation spécifique.

J'autorise le partage des renseignements personnels entre les établissements, organismes ou personnes suivants :

Établissement, organisme ou personne	INI ¹	Établissement, organisme ou personne	INI ¹
CIUSSS de l'Estrie – CHUS (identifier les directions ou secteurs) :		Autres (exemple tiers aidant) :	
Clinique médicale ou GMF :			
Organisme communautaire :			
GASMAD ² :			
Ressource d'hébergement :			

Je déclare :

- Avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions sur la communication des renseignements personnels me concernant et qu'on y a répondu à ma satisfaction;
- Avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision sur le consentement à l'échange d'informations;
- Être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant (ou concernant l'utilisateur).

En conséquence, j'autorise la communication de renseignements personnels à partir de la date de signature de ce formulaire.

FDCU-SAD-003

_____ Signature de l'utilisateur	_____ Nom de l'utilisateur (en caractère d'imprimerie)	_____ Date
_____ Signature représentant légal (s'il y a lieu)	_____ Nom du représentant légal (en caractère d'imprimerie)	_____ Date
_____ Signature de l'intervenant	_____ Nom de l'intervenant, fonction, établissement (en caractère d'imprimerie)	_____ Date

1. Initiales de l'utilisateur ou de son représentant légal
 2. Guichet d'accès en santé mentale adulte et dépendance

Date de fin de cette autorisation (maximum 2 ans) : _____

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



INSTALLATION : _____

CONSENTEMENT

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES
DU RÉSEAU DE SERVICES CLIENTÈLE JEUNESSE**

DATE

Année	Mois	Jour

Ce formulaire est utilisé en contexte de démarche de plan de service

L'utilisateur comprend que pour favoriser une réponse optimale à ses besoins :

- Les intervenants doivent échanger des renseignements personnels contenus aux dossiers en vue d'orienter les soins et services qui lui seront offerts;
- Seuls les renseignements pertinents à l'orientation et au suivi des soins et services seront partagés. Ces renseignements feront l'objet de discussions au début et en cours de suivi. L'utilisateur ou son parent peut convenir, avec chacun des partenaires autorisés, quelles informations pourront être partagées;
- L'utilisateur ou son parent peut annuler en tout temps ce consentement en avisant verbalement ou par écrit un intervenant. Cette annulation n'exclut pas qu'il reçoive des services, mais elle pourrait limiter l'efficacité des interventions;
- L'échange d'informations se fera surtout verbalement et en toute confidentialité, dans le respect des lois et règlements en vigueur;
- Les seules informations écrites pouvant être distribuées aux partenaires autorisés sont :
 - les données sociodémographiques de l'utilisateur;
 - le formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels que l'utilisateur aura signé;
 - le plan de services individualisé (PSI);
 - le compte rendu des discussions et décisions de la réunion préparatoire à l'élaboration du plan de services individualisé;
- Ces informations seront assujetties aux règles d'accès et de conservation de dossiers et le partage de tout autre document écrit devra faire l'objet d'une autorisation spécifique.

J'autorise le partage des renseignements personnels entre les établissements, organismes ou personnes suivants :

Établissement, organisme ou personne	INI ¹	Établissement, organisme ou personne	INI ¹
CIUSSS de l'Estrie – CHUS:		Centre de la petite enfance :	
Établissement scolaire :		Organisme public (identifier) :	
Organisme communautaire :		Autres (exemple tiers aidant) :	
Coordonnateur EIJ ² (ou intervenant en gestion de cas):			
Groupe de médecine de famille (GMF) :			

Je déclare :

- Avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions sur la communication des renseignements personnels me concernant et qu'on y a répondu à ma satisfaction;
- Avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision sur le consentement à l'échange d'informations;
- Être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant (ou concernant l'utilisateur).

En conséquence, j'autorise la communication de renseignements personnels à partir de la date de signature de ce formulaire.

FDCU-P-003

Signature du l'utilisateur (14 ans et plus)	Nom de l'utilisateur (en caractère d'imprimerie)	Date
Signature du parent 1	Nom du parent 1 (en caractère d'imprimerie)	Date
Signature du parent 2 (s'il y a lieu)	Nom du parent 2 (en caractère d'imprimerie)	Date
Signature représentant légal (s'il y a lieu)	Nom du représentant légal (en caractère d'imprimerie)	Date
Signature du tiers aidant (pour information concernant le tiers seulement)	Nom du tiers aidant (en caractère d'imprimerie)	Date
Signature de l'intervenant (s'il y a lieu)	Nom de l'intervenant, fonction, établissement	Date

1. Initiales de l'utilisateur ou de son représentant légal
2. Équipe en intervention jeunesse

Date de fin de cette autorisation (maximum 2 ans) : _____

No produit
2022-05

CONSENTEMENT - AUTORISATION DE COMMUNIQUER RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
ENTRE PARTENAIRES DU RESEAU DE SERVICES CLIENTÈLE JEUNESSE

DOSSIER DE L'USAGER

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



INSTALLATION : _____

Double identité vérifiée

Date de naissance			N° de dossier
Année	Mois	Jour	
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère		Prénom de la mère	
Nom du père		Prénom du père	

CONSENTEMENT

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES POUR LA CLIENTÈLE DU RSIPA¹

DATE

Année	Mois	Jour

Ce formulaire est utilisé en contexte de démarche de plan de service.

L'usager comprend que pour favoriser une réponse optimale à ses besoins :

- Les intervenants doivent échanger des renseignements personnels contenus aux dossiers en vue d'orienter les soins et services qui lui seront offerts;
- Seuls les renseignements pertinents à l'orientation et au suivi de ses soins et services seront partagés. Ces renseignements feront l'objet de discussions au début et en cours de suivi. L'usager peut convenir, avec chacun des partenaires autorisés, quelles informations pourront être partagées ;
- L'usager peut annuler en tout temps ce consentement en avisant verbalement ou par écrit un intervenant. Cette annulation n'exclut pas qu'il reçoive des services, mais elle pourrait limiter l'efficacité des interventions ;
- L'échange d'informations se fera surtout verbalement et en toute confidentialité, dans le respect des lois et règlements en vigueur ;
- Les seules informations écrites pouvant être distribuées aux partenaires autorisés sont :
 - les données sociodémographiques de l'usager;
 - le formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels que l'usager aura signé;
 - le plan de services individualisé (PSI);
 - le compte rendu des discussions et décisions de la réunion préparatoire à l'élaboration du plan de services individualisé;
- Ces informations seront assujetties aux règles d'accès et de conservation de dossiers et le partage de tout autre document écrit devra faire l'objet d'une autorisation spécifique.

J'autorise le partage des renseignements personnels entre les établissements, organismes ou personnes suivants :

Établissement, organisme ou personne	INI ²	Établissement, organisme ou personne	INI ²
CIUSSS de l'Estrie – CHUS :		Autres :(exemple tiers aidant)	
Clinique médicale ou GMF :			
Organisme communautaire :			
Intervenant en gestion de cas:			
Résidence personnes âgées (RPA) :			

Je déclare :

- Avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions sur la communication des renseignements personnels me concernant et qu'on y a répondu à ma satisfaction;
- Avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision sur le consentement à l'échange d'informations;
- Être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant (ou concernant l'usager).

En conséquence, j'autorise la communication de renseignements personnels à partir de la date de signature de ce formulaire.

FDCU-SAD-004

_____	_____	_____
Signature du l'usager	Nom de l'usager (en caractère d'imprimerie)	Date
_____	_____	_____
Signature représentant légal (s'il y a lieu)	Nom du représentant légal (en caractère d'imprimerie)	Date
_____	_____	_____
Signature de l'intervenant	Nom de l'intervenant, fonction, établissement (en caractère d'imprimerie)	Date

1. Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
2. Initiales de l'usager ou de son représentant légal

Date de fin de cette autorisation (maximum 2 ans) : _____

No produit
2022-06

AUTORISATION DE COMMUNIQUER RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
ENTRE PARTENAIRES POUR LA CLIENTÈLE DU RSIPA

DOSSIER DE L'USAGER

ANNEXE 5 : PRINCIPALES DISTINCTIONS ENTRE LES PLANS D’INTERVENTION ET LES PLANS DE SERVICES

TYPE DE PLAN	PLAN D’INTERVENTION (disciplinaire ou unidisciplinaire)	PLAN DE TRAITEMENT INFIRMIER	PLAN D’INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII)	PLAN D’INTERVENTION SCOLAIRE	PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) (et intersectoriel)
QUI EST IMPLIQUÉ	La personne et l’intervenant	La personne et l’infirmière	La personne, l’intervenant pivot et les intervenants concernés de son équipe interdisciplinaire	L’élève et ses parents, le personnel scolaire et les intervenants externes en soutien à réussite éducative de l’élève	La personne, l’intervenant pivot du réseau, les intervenants concernés de différentes directions du CIUSSS de l’Estrie–CHUS ainsi que de différentes organisations externes impliquées
QUAND	À la suite de l’évaluation disciplinaire de l’intervenant	À la suite de l’évaluation de l’infirmière qui fait état de l’évolution des problèmes et des besoins prioritaires de la personne qui nécessitent un suivi clinique	À la suite de l’évaluation interdisciplinaire, lorsque plusieurs intervenants d’une même direction ou d’un même programme doivent contribuer et qu’une coordination est nécessaire	Lorsqu’un élève est identifié à risque ou présente un handicap ou des difficultés d’adaptation ou d’apprentissage (ÉHDAA) et que ces difficultés peuvent compromettre la réussite éducative.	Lorsque les besoins de la personne sont complexes et diversifiés, que des intervenants de différents services, programmes ou organisations devront s’impliquer à moyen terme et que la coordination des actions est nécessaire.
BUT	Assurer la réponse à des besoins de santé ou sociaux prioritaires avec la personne en consignnant les objectifs et moyens convenus.	Assurer la réponse à la situation de santé physique et mentale de la personne en consignnant les directives infirmières données pour la surveillance clinique, les soins et les traitements.	Assurer une réponse concertée aux besoins de la personne en coordonnant les actions d’une même équipe interdisciplinaire dans une même direction ou programme	Favoriser la réussite éducative de l’élève.	Assurer une réponse concertée aux besoins complexes de la personne en coordonnant les actions des intervenants de différents services, directions ou organisations.
OBJECTIFS	Spécifiques pour répondre aux besoins identifiés lors de l’évaluation.	Spécifiques pour répondre aux besoins de santé identifiés lors de l’évaluation infirmière.	Généraux, coordonnés et qui seront déclinés en objectifs spécifiques dans les PI des différents intervenants.	Spécifiques et généraux, orientés vers la réussite éducative de l’élève, en lien avec la mission de l’école, soit instruire, socialiser et qualifier.	Généraux, coordonnés et qui seront déclinés en objectifs spécifiques dans les PI des différents partenaires.

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

RÉSULTATS DE L'ANALYSE COMMUNE RÉALISÉE ET OUTIL UTILISÉ :					
Objectif général / situation souhaitée / projet de vie			Préoccupations / besoins prioritaires		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
OBJECTIFS (résultats visés)	MOYENS (actions, responsabilités ou services à rendre)			Évaluation des objectifs	Ajustement des objectifs initiaux
	Actions de la personne ou ses proches	Actions des professionnels / services	Organisme / Intervenant responsable		
				<input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint	
				<input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint	
				<input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint	
				<input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint	
				<input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint	

SIGNATURES (obligatoire seulement pour un PSI)

_____	_____	_____
Signature de la personne	Nom en caractère d'imprimerie	Date
_____	_____	_____
Signature du représentant légal (s'il y a lieu)	Nom en caractère d'imprimerie	Date
_____	_____	_____
Signature de l'intervenant pivot	Nom en caractère d'imprimerie	Date

Copie du plan d'intervention remis à la personne ou son représentant

