

**CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL  
SUR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ  
ESTRIE**

**« Au cœur du PSI:  
la personne et ses proches »**

**Troisième révision adoptée par la Table de coordination du réseau  
de la santé et des services sociaux de l'Estrie (TCRE)  
19 juin 2009**

**DERNIÈRE RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL PSI PAR :**

*Denis Payeur, Centre de santé et de services sociaux Haut-Saint-François*  
*Johanne St-Cyr, Centre de réadaptation Estrie*  
*Liliane Mercier, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*  
*Lynda Simard, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke*  
*Michel Lévesque, Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog*  
*Sandra Brassard, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie*

**COORDINATION DU DOSSIER :**

*2006-2009 : Sandra Brassard, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie*  
*2004-2006 : Nathalie Léonard, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie*

**MEMBRES DU COMITÉ D'IMPLANTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL PSI <sup>1</sup>:**

*Denis Gagnon, Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook.*  
*Denis Payeur, Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François*  
*Ginette Noël, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie*  
*Jacques Reinbold, Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges*  
*Jean-Luc Gosselin, Centre jeunesse de l'Estrie*  
*Johanne St-Cyr, Centre de réadaptation Estrie*  
*Josée Bernier, Centre de santé et de services sociaux des Sources*  
*Liliane Mercier, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*  
*Lynda Simard, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke*  
*Manon Allard, Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François*  
*Marie Picard, Villa Marie-Claire inc.*  
*Michel Lévesque, Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog*  
*Nathalie Bolduc, Centre de santé et de services sociaux du Granit*  
*Sandra Brassard, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie*  
*Stéphane Leboeuf, Regroupement CNDE-Dixville*

<sup>1</sup> Note : D'autres personnes ont participé au Comité d'implantation du Cadre de référence régional PSI ou à ses travaux. Les membres du comité actuel leur en sont très reconnaissants. Leur nombre est appréciable et seuls sont nommés ici les membres actifs en 2008-2009.

**MISE EN PAGE ET TRAITEMENT DE TEXTE :**

*Nicole Calvert, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie*

# TABLE DES MATIÈRES

|  |    |
|--|----|
| LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES TERMES .....   | 1  |
| PRÉAMBULE : LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE .....   | 3  |
| DESTINATAIRES .....  | 4  |
| CADRE LÉGAL D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ.....   | 4  |
| DÉFINITIONS .....  | 6  |
| DISTINCTIONS ENTRE PSI ET PI.....  | 7  |
| UTILITÉ DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ.....   | 8  |
| VALEURS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LA PRÉPARATION DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ.....      | 8  |
| OBJECTIFS VISÉS PAR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ .....                                      | 9  |
| CLIENTÈLES CIBLÉES PAR UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ .....                                   | 9  |
| PRINCIPALES ÉTAPES D'UN PLAN DE SERVICES D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ.....                | 11 |
| TABLEAU SYNTHÈSE .....   | 11 |
| ÉTAPES DÉTAILLÉES (CES ÉTAPES PEUVENT DEVOIR ÊTRE AJUSTÉES LORS DE SITUATIONS JUDICIAIRES) ..... | 12 |
| ACCÈS À L'INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ .....   | 13 |
| MISE EN PLACE D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ.....   | 13 |
| CONTENU D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ.....   | 14 |
| RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE D'UN PSI .....                               | 14 |
| RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE L'INTERVENANT-RÉSEAU .....  | 15 |
| RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS PARTENAIRES.....  | 16 |
| RÉVISION D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ .....   | 16 |
| CONDITIONS DE PÉRENNITÉ DU CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL PSI .....                                 | 17 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CONCLUSION .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>   | <b>19</b> |
| <b>ANNEXE 1 - MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS.....</b>  | <b>21</b> |
| <b>ANNEXE 2 - FORMULAIRE D'AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS<br/>PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES DU RÉSEAU DE SERVICES.....</b> | <b>23</b> |
| <b>ANNEXE 3 - FORMULAIRE PSI (CLIENTÈLES JEUNESSE ET ADULTES).....</b>  | <b>25</b> |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES TERMES

|                      |   |
|----------------------|---|
| Agence :             | Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie  |
| Cadre de référence : | Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé   |
| Établissement :      | Réfère aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux tels que les centres de santé et de services sociaux (CSSS), centres hospitaliers (CH), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de réadaptation (CR). <i>(Pour la mission des établissements, voir les aspects légaux, à l'annexe 1)</i>  |
| Intervenant-réseau : | L'intervenant-réseau coordonne et révise une démarche PSI. Il peut être un gestionnaire de cas, un intervenant-pivot ou tout autre intervenant significatif pour la personne, en autant qu'il soit intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. Il est le lien entre la personne et les partenaires du PSI.   |
| LSSSS :              | Loi sur les services de santé et les services sociaux   |
| MSSS :               | Ministère de la Santé et des Services sociaux   |
| MELS :               | Ministère de l'Éducation, des loisirs et du sport   |
| OPHQ :               | Office des personnes handicapées du Québec  |
| Personne :           | Usager au sens de la LSSSS qui fait l'objet d'un PSI  |
| Partenaires :        | Individu qui participe activement à une démarche PSI. En plus de l'intervenant-réseau, ce peut être une personne intervenant dans un autre établissement du réseau, dans un établissement intersectoriel, un organisme communautaire ou privé. L'utilisateur et ses proches sont également considérés comme partenaires du PSI.<br><br>Établissement intersectoriel : tout établissement hors du réseau de la santé et des services sociaux provenant, par exemple, des secteurs de l'éducation, de l'emploi, de la justice, des transports, etc. |
| PI :                 | Plan d'intervention   |
| PII :                | Plan d'intervention interdisciplinaire  |
| PSI :                | Plan de services individualisé  |
| PSII :               | Plan de services individualisé intersectoriel : une démarche conjointe de planification et de coordination des services et des ressources, entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux  |

|                |  |
|----------------|--|
| Proches :      | Entourage significatif de la personne qui reçoit des services  |
| Représentant : | Sont présumées être des représentants, les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil du Québec : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager;</li> <li>▪ Le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte;</li> <li>▪ La personne autorisée par un mandat donné par l'usager majeur inapte antérieurement à son inaptitude;</li> <li>▪ La personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte (LSSSS, L.R.Q., C.S.-4.2, article 12).</li> </ul> |
| TCEA :         | Table de concertation Établissements Agence  |
| TCRE :         | Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie (TCRE), auparavant Table de concertation Établissements/Agence (TCEA)  |
| Usager :       | Réfère à toute personne à qui on fournit des services de santé et des services sociaux. Son représentant est également visé par la démarche PSI, lorsque requis.   |
| VGQ :          | Vérificateur général du Québec   |

## **PRÉAMBULE : LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE**

L'évolution des pratiques et des modes d'organisation des services exige une démarche clinique adaptée aux besoins de l'utilisateur. L'intégration des services est nécessaire pour faciliter l'accessibilité aux services, la continuité des soins et la coordination des services, qui permet d'offrir le bon service, à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût humain et social.

La LSSSS conditionne l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) pour un usager qui, sur une période prolongée, doit recevoir des services de santé et des services sociaux d'un établissement et d'autres intervenants. De la même façon, différentes instances telles que le MSSS, le MELs, le VGQ, l'OPHQ, ont réitéré à maintes occasions cette volonté de privilégier l'utilisation des PSI, comme l'une des réponses à l'ensemble des besoins d'une personne et à l'intégration des services. En 2003, le projet de loi 25 (L.Q. 2003, c. 21) créant les Agences affirme aussi la volonté de rapprocher les services des citoyens et de leur donner l'assurance qu'ils recevront une réponse appropriée à leur situation.

Or, à l'intérieur des différents réseaux de services, la notion de PSI prend différents sens et fait l'objet de pratiques variées. L'élaboration et l'utilisation des PSI dans la pratique des intervenants se fait rarement de façon naturelle si elle n'est pas supportée et encadrée.

Cette réalité a amené les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et l'Agence à s'interroger sur la pertinence de se doter d'un cadre de référence régional entourant les PSI. À la lumière des commentaires et devant l'intérêt manifesté pour qu'une réflexion se fasse sur une base régionale, il a été convenu à la TCEA de juin 2003, que l'Agence interpellerait les directions générales des établissements afin d'obtenir la collaboration des personnes intéressées à participer à cette démarche.

À l'origine, un comité de travail régional composé de différents gestionnaires d'établissements et de la permanence de l'Agence fut donc formé. Le mandat de ce comité était d'élaborer un cadre de référence régional sur les PSI, ayant pour objet de s'assurer de l'application des modalités administratives liées à l'élaboration d'un PSI, peu importe le programme-services, et ce, en conformité avec les différents articles de la loi.

D'entrée de jeu, les membres du comité régional ont soulevé l'importance que ce cadre de référence favorise l'application de la démarche clinique du PSI dans la pratique des intervenants et que la personne et ses proches soient toujours au cœur de cette démarche clinique, comme en témoigne le titre de ce document.

L'analyse des différentes problématiques liées à l'élaboration et à l'utilisation des PSI a soulevé différentes questions auxquelles ce cadre de référence tente de répondre. La pratique PSI demeurant par ailleurs en constante évolution, différentes modifications ont été apportées au cadre de référence initial. Ces modifications renforcent notamment la vision de qualité et la continuité de services offerts aux personnes nécessitant une telle démarche.

## DESTINATAIRES

Le présent cadre de référence s'adresse aux membres du personnel dispensant des soins et services dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Par « membres du personnel dispensant des soins et services », nous entendons tous les intervenants et intervenantes, ainsi que les médecins et les stagiaires impliqués directement auprès de la clientèle.

Ce cadre de référence servira de balises à l'élaboration des PSI par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

## CADRE LÉGAL D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

La LSSSS précise qu'une évaluation de la situation d'un usager est requise afin de répondre à ses besoins et lui donner accès aux ressources qu'il requiert et ce, en conformité avec les mandats des établissements. Ainsi, ce sont les caractéristiques d'une personne, ses aspirations, ses projets et sa situation de vie qui déterminent l'offre de service de santé et des services sociaux.

Un PSI vient témoigner d'un engagement entre les établissements et une personne lorsque celle-ci présente des besoins diversifiés sur une période prolongée. Impératif légal souvent considéré comme une exigence administrative, le PSI repose davantage sur la nécessité d'arrimer les différents services afin de répondre le mieux possible aux besoins de cette personne.

Ainsi, la LSSSS stipule ce qui suit :

| THÈME DE LA LSSSS          | DÉFINITION   | ARTICLE            |
|----------------------------|--|--------------------|
| <b>Droit aux services</b>  | <i>« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec <b>continuité</b> et de façon <b>personnalisée</b> et <b>sécuritaire</b>. »</i>   | <b>Article 5</b>   |
| <b>Participation</b>       | <i>« Tout usager a le droit <b>de participer à toute décision</b> affectant son état de santé ou de bien-être. »</i><br><br><i>« Il a notamment le droit <b>de participer à l'élaboration</b> de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. »</i><br><br><i>« Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. »</i>   | <b>Article 10</b>  |
| <b>Plan d'intervention</b> | <i>« Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services devront être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement. »</i> | <b>Article 102</b> |

| THÈME DE LA LSSSS                     | DÉFINITION   | ARTICLE            |
|---------------------------------------|--|--------------------|
| <b>Plan de services individualisé</b> | <p>« Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé. »</p> <p>« 103.1. Un établissement qui, dans le cadre d'un plan de services individualisé, dirige un usager vers un service d'hébergement doit s'assurer que cet hébergement s'effectue dans des conditions adéquates. Une mention de cette démarche doit être inscrite au dossier de l'usager. De plus, un établissement qui, en dehors du cadre d'un plan de services individualisé, propose à une personne un service d'hébergement doit s'assurer que cet hébergement peut s'effectuer dans des conditions adéquates. »</p> | <b>Article 103</b> |
| <b>Collaboration de l'usager</b>      | <p>« Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'usager tel que prévoit l'article 10. »</p> <p>« Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles. »</p>   | <b>Article 104</b> |
| <b>Services disponibles</b>           | <p>« L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense, de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles.</p> <p>« L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de l'Agence. »</p>  | <b>Article 105</b> |
| <b>Catégories d'usager</b>            | <p>« Le gouvernement peut par règlement :</p> <p>27° alinéa : « déterminer les catégories d'usagers pour lesquels des plans d'intervention ou des plans de services individualisés doivent être élaborés. »</p>  | <b>Article 505</b> |

Un PSI se fait dans le cadre de l'offre de service d'un établissement constitué en vertu de la LSSSS. Les missions des établissements et la compréhension des mandats qui en découlent sont des vecteurs essentiels à la coordination des PSI (Annexe 1).

À l'instar du réseau de la santé et des services sociaux, certains partenaires sont également tenus de respecter un cadre légal ou administratif dans l'application des PSI. Lorsque le réseau de la santé et des services sociaux est interpellé dans ce processus par ces partenaires, cette démarche peut tenir lieu de démarche PSI. Par exemple, un PSI résultant spécifiquement d'une démarche conjointe de planification et de coordination des services et des ressources entre le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux se nomme « Plan de services individualisé et intersectoriel » ou PSII. D'autre part, les démarches PSI et PSII demeurant en tout point similaires, en Estrie, les différentes instances MSSS et MELs ont convenu d'utiliser

l'appellation PSI lorsque les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux coordonnent cette démarche.

## **DÉFINITIONS**

### **PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)**

Fondé sur les principes de la primauté de la personne et la valorisation de ses rôles sociaux, le *Plan de services individualisé* est une démarche de planification d'organisation des services qui vise à assurer, à la fois, la continuité, la complémentarité et la qualité des services en réponse à des besoins diversifiés. Universellement applicable à toute personne en besoin de services, on définit habituellement le PSI ainsi :

*« Le plan de services individualisé (PSI) est une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant ou de sa représentante et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation concertée 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, 1992)

Le plan de services individualisé n'est pas la somme des plans d'intervention de l'ensemble des établissements et partenaires, mais une démarche en soi qui découle en autant de plans d'intervention qu'il y a d'intervenants ou d'établissements concernés. Le PSI est par conséquent une entente mutuelle entre plusieurs dispensateurs de services et la personne ou son représentant, sur les objectifs de soins ou services à poursuivre.

### **PLAN D'INTERVENTION (PI) OU PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII)**

*« Le plan d'intervention est un processus structuré par lequel un organisme ou un établissement, en fonction de son mandat et avec la participation active de la personne ou de son représentant, détermine les objectifs à atteindre et gère les interventions nécessaires pour répondre à des besoins spécifiques identifiés par cette personne ou son représentant »* (MSSS, 1992).

Le plan d'intervention est habituellement nommé « PI » pour désigner un plan d'intervention unidisciplinaire; lorsqu'un tel plan fait référence à l'intervention de plusieurs disciplines, il se nomme « plan d'intervention interdisciplinaire » (PII).

## DISTINCTIONS ENTRE PSI ET PI

| PSI  | PI (PI ou PII)  |
|--|---|
| <p>Suppose la <b>participation de plusieurs établissements, organismes ou intervenants</b>, quoique l'imputabilité de la coordination d'un PSI repose sur un seul établissement.</p>   | <p>Est l'œuvre d'un <b>professionnel (PI) ou de plusieurs professionnels (PII) d'un même établissement</b>, souvent de disciplines différentes ou pouvant provenir de services différents.</p>  |
| <p>A comme but la <b>planification et la coordination des services</b> de plusieurs partenaires afin de répondre aux besoins d'une personne.</p>   | <p>A comme but <b>la détermination des objectifs à atteindre en lien avec les mandats d'un seul établissement</b>, afin de répondre aux besoins d'une personne.</p> <p>S'il y a un PSI, les objectifs du PI ou du PII sont élaborés en cohérence avec ceux du PSI.</p>  |
| <p>Fait référence à une <b>période prolongée de soins ou de services</b>.</p> <p>Le PSI permet de <b>favoriser ou maintenir la santé, le développement ou la participation sociale d'une personne, tout en assurant sa sécurité</b>.</p> | <p>Fait référence à un <b>épisode de soins ou de services</b> et pour certains cas, à une période prolongée de soins ou de services d'un même établissement.</p> <p>Le PI ou PII permet de <b>répondre à des besoins spécifiques d'une personne au regard de sa santé, de son développement ou de sa participation sociale, tout en assurant sa sécurité</b>.</p> |
| <p><b>Détermine et priorise les objectifs généraux</b> à poursuivre par les partenaires afin de répondre aux besoins d'une personne.</p>   | <p><b>Détermine et priorise les objectifs spécifiques</b> à poursuivre par le ou les professionnels concernés pour répondre aux besoins d'une personne.</p>   |
| <p><b>Répartit les rôles et responsabilités entre les partenaires</b>, incluant la personne et ses proches impliqués.</p>  | <p><b>Répartit les rôles et responsabilités entre les intervenants d'un même établissement</b>, incluant la personne et ses proches impliqués.</p>  |

## UTILITÉ DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Le PSI est utile :

- **d’abord à la personne** car il favorise l’expression de ses besoins et attentes en lien avec ses aspirations et son projet de vie, suscite sa participation et sa responsabilisation, et facilite l’accès aux soins et services requis. L’engagement mutuel entre la personne et ses dispensateurs de soins et services est ainsi concrétisé par une entente formalisée.
- **aux intervenants et aux partenaires concernés** car cette démarche favorise la concertation, la communication, la complémentarité et le partenariat. L’élaboration du PSI permet également aux intervenants et aux partenaires de préciser et de mieux cibler les objectifs généraux, les mandats et les activités à réaliser et de déterminer l’orientation des services. Le PSI favorise l’émergence de solutions créatives adaptées et personnalisées aux besoins d’une personne.
- **aux gestionnaires et aux établissements**, l’analyse des PSI permet de connaître les besoins de la clientèle, d’ajuster l’offre de service, de pondérer la charge de travail des intervenants. Le suivi du volume de PSI produit peut représenter un outil de gestion de la performance. Impératif légal, l’élaboration de PSI constitue aussi une des normes de qualité pour l’agrément d’un établissement.

## VALEURS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LA PRÉPARATION DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Le PSI doit être basé sur un partage de valeurs communes véhiculées par les établissements et les partenaires, soit dans leurs plans d’organisation, leurs missions, leurs codes d’éthique, leurs approches cliniques mais aussi les codes de déontologie professionnels, etc.

Au-delà des procédures et des instruments qui lui donneront sa forme, le PSI n’aura de sens que s’il est construit à partir d’une approche-client. La démarche relative au PSI s’inscrit dans un processus clinique bien défini et partagé par l’ensemble des partenaires qui y contribuent selon ces valeurs et principes de base suivants :

- la participation active de la personne en besoin ou de son représentant, et leur reconnaissance comme partenaires à part entière dans l’élaboration du PSI;
- la présomption de compétence de la personne dans l’affirmation de ses valeurs, besoins et attentes, et son pouvoir sur 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;
- le partage des responsabilités et des pouvoirs entre tous les partenaires du PSI;

Le PSI est fondé sur une démarche d'accompagnement de la personne, lui donnant une place prépondérante dans les décisions qui la concerne. Contrairement à une approche de prise en charge, le PSI met l'accent sur les compétences de la personne plutôt que ses limites. Le PSI d'une personne évolue également au rythme de ses besoins.

## **OBJECTIFS VISÉS PAR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ**

Le PSI a pour objectifs :

- D'assurer l'adhésion et la participation de la personne et des ses proches à toutes les étapes de la démarche du PSI;
- D'assurer à la personne la complémentarité et la continuité des interventions cliniques des intervenants et d'en diminuer les duplications;
- De favoriser l'adaptation des services aux valeurs, besoins et attentes exprimés par la personne et ses proches;
- De mettre en commun l'information recueillie lors des diverses évaluations afin de dégager une vision commune, objective et professionnelle de la situation de la personne;
- De préciser les mandats et les rôles des différents partenaires;
- D'identifier un intervenant pour assurer la coordination et la révision du PSI (intervenant-réseau).

## **CLIENTÈLES CIBLÉES PAR UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ**

Comme mentionné à l'article 103 de la LSSSS, le PSI s'adresse à une personne qui doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants.

Le PSI s'adresse également aux personnes qui, sans nécessairement avoir connu de longues périodes en établissement, fréquentent de façon régulière les services externes des établissements publics ou d'autres ressources de la communauté.

Deux-critères soutiennent la décision d'élaborer un PSI :

- Une personne vit une situation impliquant des besoins à combler dans plusieurs dimensions de sa vie...

En fait, l'équilibre de cette personne avec son environnement est rompu ou risque d'être rompu, ayant des effets sur sa participation sociale. Son autonomie ou son développement sont compromis ou peuvent être compromis, notamment durant certaines phases de transition (par exemple, entrée scolaire ou sur le marché du travail, changement de résidence, apparition d'une maladie chronique...).

- ... et la situation de cette personne exige que soient mises en commun les expertises et ressources de plusieurs partenaires pour d'une part, avoir une compréhension globale et commune de sa situation et d'autre part, mettre en place les conditions qui lui assureront une réponse optimale à ses besoins, sans duplication ni discontinuité de services.

Les principales clientèles ciblées par l'élaboration d'un PSI sont, notamment :

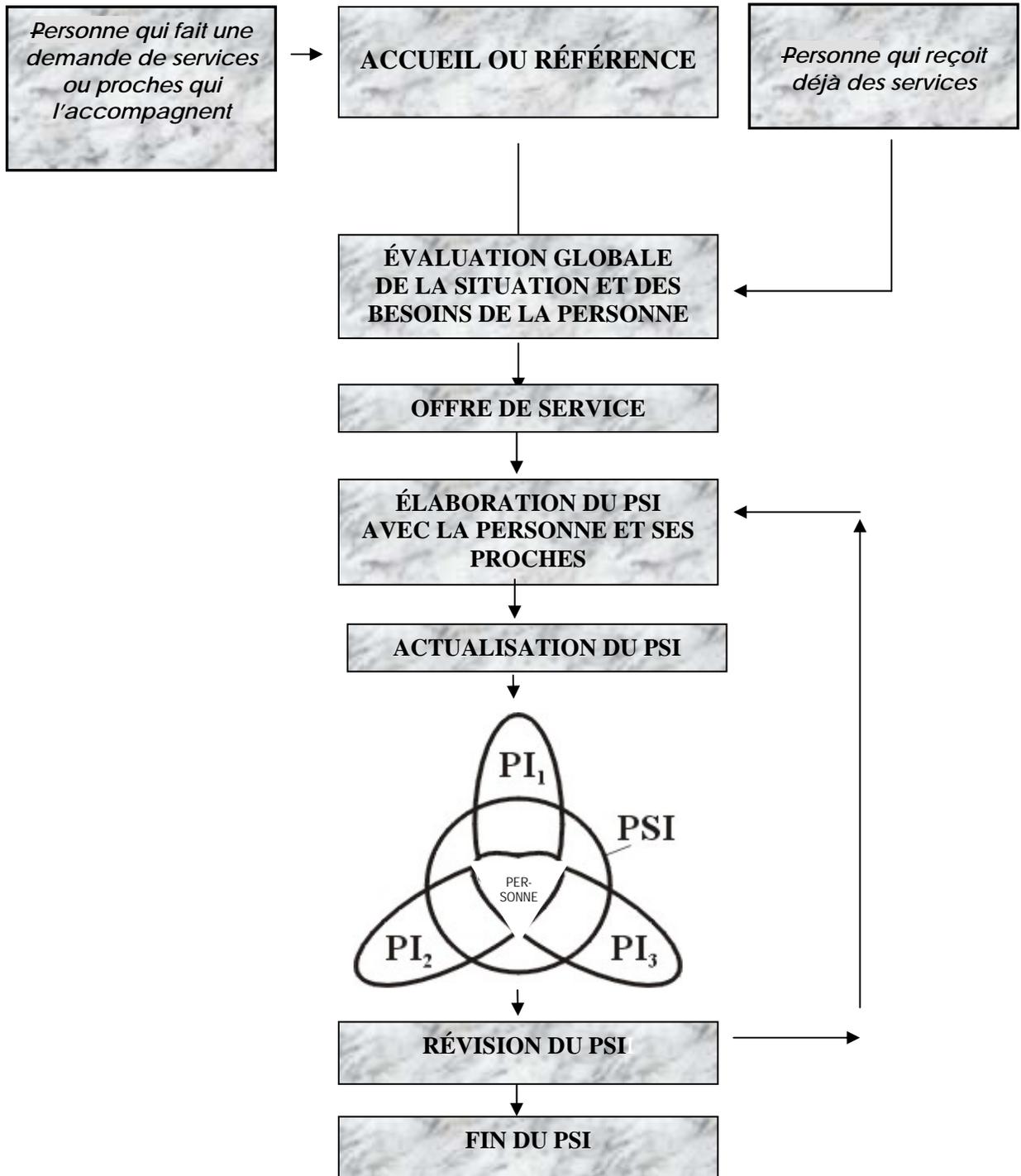
- les personnes ayant une déficience intellectuelle;
- les personnes ayant une déficience physique;
- les personnes ayant un trouble envahissant du développement;
- les personnes ayant un trouble mental sévère, généralement persistant;
- les personnes ayant un trouble mental transitoire, d'intensité variable;
- les personnes ayant une dépendance (alcoolisme et toxicomanies, jeu compulsif, etc.);
- les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- les jeunes en difficulté;
- les mères en difficulté d'adaptation incluant les jeunes parents;
- les personnes victimes de violence;
- les personnes ayant commis des actes criminels;
- les personnes ayant des maladies chroniques.

Cette liste, ni exhaustive ni limitative, illustre le principe d'application universelle du PSI.

# PRINCIPALES ÉTAPES D'UN PLAN DE SERVICES D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

## Tableau synthèse

Une démarche de *Plan de services individualisé* se réalise à travers sept étapes principales qui peuvent s'illustrer ainsi :



**Étapes détaillées** (Ces étapes peuvent devoir être ajustées lors de situations judiciaires)

| <b>Étape 1 : ACCUEIL OU RÉFÉRENCE</b>   |  |
|---|--|
| <b>Activités</b>  | <b>Responsable</b>                       |
| Accueillir et, s'il y a lieu, référer la personne ou ses proches impliqués aux services de l'établissement, ou à un autre établissement ou organisme. | Accueil professionnel de l'établissement |

| <b>Étape 2 : ÉVALUATION GLOBALE DE LA SITUATION ET DES BESOINS DE LA PERSONNE</b>                              |  |
|--|--|
| <b>Activités</b>   | <b>Responsable</b>   |
| Soutenir la personne dans l'identification de ses besoins et attentes de services avec chacun des partenaires. | Intervenant désigné de l'établissement, gestionnaires et intervenants des établissements ou organismes concernés |

| <b>Étape 3 : OFFRE DE SERVICE</b>  |  |
|--|--|
| <b>Activités</b>   | <b>Responsable</b>   |
| Avec la participation de la personne, mettre en commun l'identification des besoins et définir l'offre de service à la personne (étude de la situation). | Gestionnaires et intervenants des établissements ou organismes concernés |
| Prioriser les stratégies d'intervention.   |  |
| Planifier la tenue d'une rencontre PSI <sup>1</sup> .  | Intervenant désigné d'un établissement                                   |

| <b>Étape 4 : ÉLABORATION DU PSI AVEC LA PERSONNE ET SES PROCHES</b>   |  |
|---|--|
| <b>Activités</b>  | <b>Responsable</b>   |
| Valider l'offre de service avec la personne et ses proches impliqués. | Gestionnaires et intervenants des établissements ou organismes concernés |
| Animer la rencontre PSI.  | Intervenant désigné d'un établissement                                   |
| Élaborer des objectifs liés à la réalisation du PSI.                  | Partenaires du PSI   |
| Identifier l'intervenant-réseau.                                      | Partenaires du PSI   |

| <b>Étape 5 : ACTUALISATION DU PSI</b>   |  |
|---|--|
| <b>Activités</b>  | <b>Responsable</b>   |
| Dispenser les services en fonction des engagements au PSI en l'inscrivant dans les PI de chaque établissement ou organisme.           | Chacun des intervenants des établissements ou organismes impliqués |
| Évaluer l'atteinte des objectifs durant la réalisation du PSI.  | Chacun des intervenants des établissements ou organismes impliqués |
| Évaluer le respect des échéanciers et le niveau de satisfaction de la personne quant à l'atteinte des objectifs élaborés dans le PSI. | Intervenant-réseau   |

| <b>Étape 6 : RÉVISION DU PSI</b>  |                    |
|---|--------------------|
| <b>Activités</b>  | <b>Responsable</b> |
| En préalable, effectuer un bilan du PSI avec la personne et ses proches impliqués.  | Intervenant-réseau |
| Organiser la tenue d'une rencontre de révision du PSI ou d'une rencontre spéciale de PSI s'il y a un problème ou un changement dans la situation de la personne nécessitant de revoir la réponse aux besoins. |                    |
| Procéder à la révision du PSI, selon un délai prévu ou à la demande de la personne, avec la collaboration des partenaires du PSI.   |                    |
| Déterminer si un nouveau PSI doit être élaboré.   |                    |

| <b>Étape 7 : FIN DU PSI</b> |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| <b>Activités</b>            | <b>Responsable</b> |
| Mettre fin au PSI.          | Partenaires du PSI |

<sup>1</sup> Idéalement en face à face.

## **ACCÈS À L'INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ**

Pour pouvoir échanger des informations nominatives concernant une personne bénéficiant d'un PSI, les intervenants impliqués doivent s'assurer du consentement éclairé de celle-ci. À cet égard, ils ont recours au « Formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels entre partenaires du réseau de services » développé conjointement par les établissements de la santé de l'Estrie et leurs partenaires de l'éducation (voir annexe 2).

Un consentement valide pour une période maximale de douze mois devrait être consigné au dossier officiel de la personne. Il est aussi reconnu à la personne ou son représentant le droit de mettre fin à ce consentement en tout temps. Enfin, le PSI ne doit pas contenir des informations qui ne sont ni nécessaires ou ni pertinentes à son élaboration.

Par ailleurs, pour les PSI, une mesure permet de renforcer la sécurité des actifs informationnels, soit la signature d'un protocole d'échange et d'utilisation des renseignements personnels. En Estrie, un tel protocole existe déjà pour la clientèle PALV. Contresigné par tous les établissements et organismes des réseaux locaux de services, ce protocole identifie le type de renseignements communiqués entre les partenaires des PSI ainsi que les modalités de communication et de conservation des renseignements confidentiels. Les établissements de la région pourraient éventuellement se pencher sur ce dossier pour l'ensemble des programmes-services.

## **MISE EN PLACE D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ**

En conformité avec l'organisation de services de chaque établissement, dès qu'un PSI est requis et ce, en accord avec la personne, une démarche d'élaboration du PSI est initiée.

La démarche PSI se réalise avec la collaboration de la personne et ses proches et de l'ensemble des partenaires impliqués. Lorsqu'une rencontre d'élaboration du PSI est nécessaire, elle se réalise idéalement en présence de la personne ou selon d'autres modalités qui lui conviennent mieux.

Le PSI nécessite l'identification d'un intervenant-réseau qui coordonne le PSI. Cet intervenant n'est pas nécessairement celui qui a initié la démarche. En collaboration avec l'intervenant-réseau, la personne peut assumer certaines fonctions de coordination du PSI, ou mandater quelqu'un d'autre à cette fin.

Avec la mise en place des réseaux locaux de services, les CSSS sont particulièrement bien situés pour assumer la responsabilité d'élaboration et de coordination des PSI, avec la participation et le soutien des établissements spécialisés (2<sup>e</sup> ligne) et des partenaires. Par ailleurs, pour diverses raisons, et ce, toujours dans l'intérêt de la clientèle, une démarche PSI peut relever d'un autre établissement.

## **CONTENU D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ**

Le PSI doit contenir l'identification :

- Des besoins et attentes de la personne au cœur du PSI;
- Des objectifs généraux poursuivis par chacun des partenaires;
- Des services ou moyens prévus afin d'atteindre les objectifs poursuivis;
- De l'échéancier relatif à son évaluation et à sa révision;
- Des suivis découlant de la révision;
- Des dispensateurs de services, en précisant le nom de l'intervenant-réseau;
- Des signatures datées de la personne ainsi que de l'intervenant-réseau (au minimum).

L'annexe 3 présente un formulaire incluant les informations nécessaires à la rédaction des PSI auprès des clientèles Jeunesse ou Adultes. Concernant les clientèles PALV, le formulaire se retrouvant dans SIGG est utilisé en Estrie.

## **RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE D'UN PSI**

Tout au long des étapes d'un PSI, la personne est responsable d'exprimer ses besoins et ses attentes. Sa participation et son adhésion aux décisions qui la concerne ainsi qu'aux interventions visant l'atteinte des objectifs est déterminante. Les intervenants impliqués dans l'élaboration et l'actualisation du PSI doivent porter une attention particulière à cet aspect et mettre tout en œuvre pour soutenir cette participation.

La personne ou ses proches impliqués sont présents aux démarches dès la planification du PSI et peuvent être accompagnés, s'ils le désirent ou le nécessitent.

Tout au long de la démarche PSI, la personne et ses proches doivent être invités à exprimer leur satisfaction à l'égard du PSI et à collaborer à la résolution de problèmes qui pourraient survenir. Les mécanismes habituels de traitement des plaintes peuvent toujours être utilisés par la clientèle lorsqu'une insatisfaction persiste.

## RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE L'INTERVENANT-RÉSEAU

### Rôle

Le rôle de l'intervenant-réseau est d'assurer et de favoriser la continuité des services, la cohésion et la concertation de l'ensemble des personnes impliquées en regard du PSI. Un PSI n'est pas une seule discussion de cas et l'intervenant-réseau n'est pas une ressource conseil à une équipe de travail interétablissement. L'intervenant-réseau s'occupe plutôt du lien entre une équipe d'intervenants interétablissement et la personne. Cette fonction est assumée habituellement par un intervenant professionnel qui travaille pour l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou qui est désigné après concertation des partenaires du PSI (LSSS, art. 103).

**À noter :** L'intervenant-réseau est désigné lors de l'élaboration du PSI.  
Il peut changer à la révision du PSI.

Lorsqu'un gestionnaire de cas est déjà identifié dans le suivi d'une personne, il agit automatiquement à titre d'intervenant-réseau.

### Responsabilités

- Se faire connaître comme personne ressource auprès de la personne et de ses proches;
- S'assurer du consentement éclairé de la personne ou de son représentant concernant le partage de l'information;
- Accompagner la personne et ses proches dans l'ensemble du processus : s'assurer de la bonne compréhension du PSI à toutes les étapes et soutenir leur participation;
- Connaître le réseau des soins et services et établir les contacts entre les différents partenaires impliqués;
- Convoquer et animer les rencontres d'élaboration du PSI, au besoin;
- Faciliter la concertation entre les différents partenaires;
- Agir en interface « personne-proches-dispensateurs de services »;
- S'assurer de la rédaction du PSI et de sa diffusion auprès des partenaires;
- Procéder à la révision du PSI avec la personne, ses proches et les partenaires impliqués;
- Autant pour l'élaboration que la révision du PSI, s'assurer de regrouper l'ensemble des données requises pour l'exercice;
- S'enquérir de la satisfaction de la personne et de ses proches tout au long de la démarche et les soutenir face aux problèmes qui pourraient survenir;

## RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS PARTENAIRES

Les intervenants partenaires du PSI sont des professionnels ou des non-professionnels provenant de différents établissements ou organismes directement impliqués dans le PSI. Ces intervenants constituent un maillon important permettant la cohésion et la continuité dans les suivis réalisés auprès de la clientèle. A cet effet, le PSI doit se retrouver dans le dossier de la personne tenu par l'établissement.

En particulier, un établissement dont plusieurs intervenants sont impliqués dans un PSI peut désigner un seul intervenant pour participer au PSI. Par ailleurs, chaque intervenant partenaire d'un PSI doit respecter les engagements pris lors de l'élaboration du PSI et chacun doit signaler à l'intervenant-réseau toute observation réalisée dans le cadre de son intervention susceptible d'influencer la démarche de soins ou de services. Chaque intervenant partenaire doit notamment informer l'intervenant-réseau s'il a l'intention de mettre fin à son intervention. L'intervenant-réseau doit également être informé si la personne désire mettre fin à l'intervention de son propre chef.

Les partenaires impliqués doivent enfin s'assurer d'être bien préparés pour l'élaboration et la révision du PSI. Cela implique qu'ils aient complété la collecte de données prévue aux différentes activités du processus clinique et finalement, qu'ils aient intégré cet ensemble afin de dégager une analyse cohérente de la situation de la personne.

## RÉVISION D'UN PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Sans qu'il y ait une prescription formelle d'échéance systématique pour la révision du PSI, l'article 104 de la LSSSS prescrit que les PI et les PSI doivent contenir un échéancier d'évaluation et de révision : « *Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.* »

Il est recommandé d'évaluer et de réviser le PSI, une fois par année ou plus si nécessaire, afin de suivre la progression de la situation de la personne et d'adapter la planification des services. La fréquence des évaluations dépendra de la réalisation des PI par les établissements concernés ou d'événements significatifs ayant une incidence sur les objectifs et collaboration identifiés.

La révision du PSI permet :

- De s'enquérir de la satisfaction de la clientèle au regard de la mise en œuvre du PSI : services reçus, objectifs poursuivis, services ou moyens utilisés et résultats obtenus;
- D'apprécier l'impact des actions posées par chacun des partenaires du PSI;
- De décider avec la personne, ses proches et les partenaires du PSI de la pertinence de fixer de nouveaux objectifs;
- Le cas échéant, de déterminer les objectifs selon la situation de la personne;
- D'ajuster les services et les responsabilités en fonction de l'évolution des besoins.

Le processus de révision n'est pas fondamentalement différent de celui de la planification des services. L'évaluation ou la révision d'un PSI doit se faire dans un esprit de collaboration. Cette étape demeure sous la responsabilité de l'intervenant-réseau qui doit convoquer tous les acteurs du PSI. Il invite notamment les participants à fixer la date de la prochaine révision et les échéanciers à prendre en compte, à discuter de l'opportunité de nommer un nouvel intervenant-réseau, de déterminer la fermeture possible du PSI. L'intervenant-réseau précise enfin à quel moment il prévoit faire parvenir la version officielle du PSI s'il est révisé.

## **CONDITIONS DE PÉRENNITÉ DU CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL PSI**

Depuis son adoption en 2004, le Cadre de référence régional PSI en est à sa troisième version, suivant ainsi l'évolution des travaux nationaux et régionaux en la matière. Les modifications apportées au cadre de référence ont toujours visé à clarifier le processus clinique d'un PSI. Par ailleurs, au-delà de cette clarification, différentes modalités doivent être mis en place pour soutenir la pratique PSI en région. La mise sur pied d'un Comité d'implantation du cadre de référence PSI a déjà répondu à plusieurs de ces besoins; le développement des réseaux locaux de services ainsi que les mécanismes régionaux de concertation offrent désormais l'opportunité d'une plus grande autonomie des établissements à cet égard.

Dans les pages précédentes, certaines mesures permettant d'assurer la pérennité de l'approche PSI en Estrie ont déjà été nommées : par exemple, accompagnement de la clientèle par les intervenants, soutien administratif à la pratique PSI, signature de protocoles sur la confidentialité. Afin de soutenir l'intégration et la poursuite de l'approche PSI dans l'offre de service des établissements, d'autres mesures sont identifiées, mesures visant soit à maintenir, consolider ou développer l'approche PSI. Les CSSS seront généralement responsables de ces mesures qui rencontrent quatre objectifs :

- Assurer une participation optimale de la clientèle dans une démarche PSI, en cohérence avec le principe « Au cœur du PSI : la personne et ses proches »;
- Mettre à la disposition des intervenants tous les outils et le soutien nécessaires à une pratique PSI optimale;
- Soutenir la mise en place des conditions favorables à l'application de la pratique PSI dans les établissements;
- Favoriser régionalement l'évolution de la pratique PSI.

Ainsi, afin d'assurer la participation de la personne et ses proches au PSI, ajoutons la sensibilisation sur le PSI qui peut être apportée auprès des comités d'usagers ainsi que des enquêtes de satisfaction produites par les établissements. Les établissements peuvent également soutenir la pratique clinique des intervenants par l'adoption d'outils PSI communs, la formation intersectorielle et l'accès à la supervision clinique. Outre ces mesures, la désignation d'un répondant PSI dans l'établissement favorise la pérennité de l'approche, tout comme la formation continue des superviseurs cliniques ou des formateurs. L'informatisation des PSI s'imposera éventuellement, ce qui facilitera le suivi de gestion des PSI. Enfin, l'évolution de l'approche PSI en région exige des efforts communs pour harmoniser la pratique qui, éventuellement, pourra faire l'objet d'une étude d'impact.

## **CONCLUSION**

Pour être porteuses d'une qualité de services auprès des personnes nécessitant une démarche de planification de services PSI, les modalités élaborées dans ce cadre de référence doivent faire l'objet d'une adhésion de l'ensemble des administrateurs, gestionnaires et intervenants des différents établissements et partenaires impliqués. Une fois l'adhésion obtenue, certaines conditions prévalent cependant afin d'assurer la pérennité de cette approche.

Ce cadre de référence demeurera tout de même en évolution et s'ajustera selon les réussites et les difficultés vécues dans la pratique clinique. Notamment, d'importants travaux provinciaux en lien avec les outils cliniques standardisés et informatisés permettront un jour de bonifier à nouveau ce cadre de référence régional. Aussi, il importe d'identifier un mécanisme supportant l'évolution de la pratique PSI en Estrie.

## BIBLIOGRAPHIE

ASSEMBLÉE NATIONALE (2005). Projet de loi no 83, Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, sanctionné le 30 novembre 2005.

ASSEMBLÉE NATIONALE (2003). Projet de loi no 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, sanctionné le 18 décembre 2003.

BOISVERT, D. (1990). Le plan de services individualisé. Ottawa : Éditions. Agence d'Arc inc.

BONIN, L., LEBLANC, S. (2003). Journées d'information interétablissements sur les outils de planification de services dans un contexte d'un réseau de services intégrés.

CJE (1999). Tenue des dossiers. Plan d'intervention (PI), Plan de services individualisé (PSI), Plan d'intervention à l'égard de la famille d'accueil (PIFA).

CJE (1999). Tenue des dossiers. Plan d'intervention (PI), Plan de services individualisé (PSI), Plan d'intervention à l'égard de la famille d'accueil (PIFA).

CJPC / MSG (2003). Le Plan d'intervention (PI) et le Plan de services individualisé (PSI) au CJPC / MSG.

CLSC de Sherbrooke (2003). Protocole d'utilisation du Plan d'intervention (PI), du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et du Plan de services individualisé (PSI). Secteur des programmes et des services de soutien à domicile et personnes âgées.

CLSC de la Région Sherbrookoise (2002). Politique sur le Plan d'intervention (PI), le Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et sur le Plan de services individualisé (PSI).

CNDE-DIXVILLE (2003). Le processus d'intervention clinique. Complémentarité, continuité et efficacité. Document de travail.

Comité national de concertation sur l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Plan de service individualisé et intersectoriel, 2006.

CSM (2003). Compte-rendu de la réunion du sous-comité PSI des agents de liaison de l'Équipe Intervention jeunesse tenue le 12 août 2003 – Estrie. Document de travail.

CRDI Montérégie-Est (2003). Élaboration et suivi des PI/PSI. Guide à l'intention des intervenants.

CRE (2001). Politique et procédure sur le Plan d'intervention (PI) et le Plan de services individualisé (PSI).

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION DES SERVICES. Cadre de référence sur la planification des services. Rapport présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), avril 2005.

LEBEAU, A., VIENS, C. Le plan de services individualisé et sa contribution au virage ambulatoire : bilan critique d'une expérience en CLSC. Le gérontophile, 18 (4), 3-11.

MSSS (1993). Formation PSI - Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé – Guide d'animation, Gouvernement du Québec.

MSSS. Loi sur les services de santé et les services sociaux, LRQ., C.S.-4.2.

MSSS (1992). Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé. Guide de participation. Gouvernement du Québec.

MSSS (1990). Plan de services individualisé en santé mentale. Gouvernement du Québec.

OPHQ (2004). Plan de services. État de situation. L'intégration, 13, (2), p. 6, 9.

OPHQ (2003). La problématique du plan de services de la personne. Gouvernement du Québec.

OPHQ (1989). Le plan de services de la personne, Document d'orientation de l'OPHQ.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2003). Plan de services individualisé (PSI) - Cadre de référence.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2001). Cadre de référence du plan de services individualisé jeunes/familles en Montérégie.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (2001). Plan de services individualisé. Programme jeunesse. Cahier de participation.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (2001). Plan de services individualisé. Formation des formateurs.

VGQ (2002). Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002. Tome 1, Québec.

## ANNEXE 1 - MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS

- **Établissements (article 100 LSSS)**

Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé et de services sociaux de qualité qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits de la personne et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de service à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

- **CSSS (article 99.4, projet de loi 83)**

« La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. »

« Instance locale : seule une instance locale visée au premier alinéa peut faire usage, dans son nom des mots « centre de santé et de services sociaux. »

- **CH (article 81 LSSS)**

« La mission d'un **CH** est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

- **CPEJ (article 82 LSSS)**

« La mission d'un **CPEJ** est d'offrir, dans la région, des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la LPJ et de la LJC, ainsi qu'en matière de placements d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les besoins des personnes qui requièrent de tels services soient évalués et que les services requis par elles-mêmes ou par

leur famille leur soient offerts, soit directement, soit par les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

- **CHSLD (article 83 LSSS)**

« La mission d'un **CHSLD** est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. »

- **CR (article 84 LSSS)**

« La mission d'un **CR** est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou de leur toxicomanie, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les jeunes en difficulté d'adaptation et les personnes présentant une déficience et, principalement sur référence, les personnes alcooliques ou les autres personnes toxicomanes et les mères en difficulté d'adaptation; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

## ANNEXE 2 - FORMULAIRE D'AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES DU RÉSEAU DE SERVICES

Je soussigné(e) comprends que pour favoriser une réponse optimale aux besoins de l'utilisateur :

\_\_\_\_\_ (Nom de l'utilisateur)

- les intervenants doivent échanger des renseignements personnels à mon égard (ou à l'égard de l'utilisateur);
- seuls les renseignements pertinents à l'orientation de l'intervention seront partagés. Ces renseignements feront l'objet de discussions au début et en cours de suivi. Je peux convenir, avec chacun des partenaires autorisés, quelles informations pourront être partagées;
- je peux annuler en tout temps ce consentement en avisant verbalement ou par écrit un intervenant. Cette annulation n'exclut pas que je reçoive des services, mais elle pourrait limiter l'efficacité de l'intervention;
- 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 coordonnées des personnes concernées;
  - le formulaire de consentement à la communication de renseignements personnels que j'ai signé;
  - le plan de services individualisé de l'utilisateur;
  - et au besoin, le compte-rendu de la réunion préparatoire à l'élaboration du plan de services individualisé de l'utilisateur;
- ces informations seront assujetties aux règles de conservation de dossiers et le partage de tout autre document écrit devra faire l'objet d'une autorisation spécifique.

# dossier : D.D.N. :  
Nom de l'utilisateur :  
Adresse :  
Téléphone :  
Nom du père :

Les renseignements personnels seront accessibles aux établissements, organismes ou personnes suivants :

| Établissements, organismes, personnes          | Initiales de l'utilisateur ou son tuteur | Établissements, organismes, personnes | Initiales de l'utilisateur ou son tuteur |
|--|--|---------------------------------------|--|
| CSSS :   |  | Coordonnateur ÉIJ :                   |  |
| CHUS (service) :                               |  | Groupe de médecine de famille :       |  |
| Centre de réadaptation Estrie                  |  | Autres :                              |  |
| Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison St-Georges |  |                                       |  |
| Regroupement CNDE-Dixville                     |  |                                       |  |
| Villa Marie-Claire                             |  |                                       |  |
| Centre jeunesse de l'Estrie                    |  |                                       |  |
| Commission scolaire :                          |  |                                       |  |

**Je déclare :**

- › avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions sur la communication des renseignements personnels me concernant (ou concernant l'utilisateur) 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 sur moi (ou sur l'utilisateur) à partir de la date de signature de ce formulaire.

Usager (14 ans et +) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tiers : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Intervenant (nom, fonction, établissement) \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de la fin de cette autorisation (maximum 1 an) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ANNEXE 3 - FORMULAIRE PSI (CLIENTÈLES JEUNESSE ET ADULTES)**

**PLAN DE SERVICES**

Nom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Date du PSI : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Intervenant-réseau (coordonnateur): \_\_\_\_\_ Initial  Révisé

| Noms des personnes impliquées | Lien avec l'utilisateur | Établissement ou partenaire | Téléphone |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------|
|                               |                         |                             |           |
|                               |                         |                             |           |
|                               |                         |                             |           |
|                               |                         |                             |           |
|                               |                         |                             |           |
|                               |                         |                             |           |
|                               |                         |                             |           |
|                               |                         |                             |           |
|                               |                         |                             |           |

Notes sur la situation actuelle (*éléments à être connus de tous*)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Situation désirée par l'utilisateur et/ou son représentant (*projets, attentes, besoins particuliers, buts*)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

