

enfance

traitement

soutien

famille

prévention

jeunesse

protection

réadaptation



# MANUEL DE RÉFÉRENCE

## Démarche de plan de services individualisé et intersectoriel du territoire Arthabaska-Érable



Comité  
enfance jeunesse famille  
Arthabaska - Érable



## PARTENAIRES IMPLIQUÉS

Centre de santé et de services sociaux  
d'Arthabaska-et-de-l'Érable



**Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable**



**Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec**



**Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec institut universitaire**



**Centre de réadaptation en dépendance Domrémy de la Mauricie et du Centre-du-Québec**



**Centre de réadaptation InterVal de la Mauricie et du Centre-du-Québec**



COMMISSION SCOLAIRE  
DES BOIS-FRANCIS

**Commission scolaire des Bois-Francis**



**Centres de la petite enfance d'Arthabaska et de l'Érable**

---

Version initiale adoptée par le Comité enfance jeunesse famille  
Le 17 septembre 2008

Version initiale adoptée par la Table de concertation territoriale du réseau local de santé et de services sociaux  
Arthabaska-Érable  
Le 24 novembre 2008

Mise à jour par le comité des coachs PSI-PSII Arthabaska-Érable le 22 mars 2013 et adoptée par le Comité enfance  
jeunesse famille  
Le 12 mars 2014

### Membres qui ont participé à la démarche initiale de ce Manuel de référence

<b>BOILY Martin VINCENT Maurice</b>	Éducateur	Centre de réadaptation Domrémey
<b>BOUTIN Claudette</b>	Coordonnatrice enfance-jeunesse Animatrice	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
<b>CAUCHY Nicole</b>	Intervenante sociale	Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
<b>CÔTÉ Katerine</b>	Spécialiste en activités cliniques	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
<b>CRAIG Marie-Pierre</b>	Psychoéducatrice	Commission scolaire des Bois-Francs
<b>FONTAINE Muriel</b>	Intervenante sociale	Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
<b>FORTIN Paul</b>	Psychologue	Commission scolaire des Bois-Francs
<b>LABELLE Annie</b>	Spécialiste en activités cliniques	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
<b>LAURENDEAU Luce</b>	neuropsychologue, coordonnatrice clinique	Centre de réadaptation InterVal de la Mauricie et du Centre-du-Québec
<b>LEBEAU Francine</b>	Spécialiste en activités cliniques	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
<b>LEBEL Patrick</b>	Chargé de projet	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
<b>LEBLANC Manon</b>	Directrice adjointe en pédagogie	Centre de la petite enfance d'Arthabaska et de l'Érable

**Le document est révisé périodiquement par les membres du comité des coachs PSI-PSII-Arthabaska-Érable. En mars 2013, le comité effectue la révision du manuel en tenant compte de certains éléments du cadre de référence régional de la démarche de plan de services individualisé (PSI) et intersectoriel (PSII) en Mauricie et au Centre-du-Québec (octobre 2011).**

**Consulter les listes des coachs PSI-PSII et du comité EJF actuelles  
sur le site internet :**

[www.csssae.qc.ca /partenaires en santé et services sociaux /concertation enfance jeunesse famille](http://www.csssae.qc.ca/partenaires%20en%20sant%C3%A9%20et%20services%20sociaux/concertation%20enfance%20jeunesse%20famille)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>CONTEXTE .....</b>	<b>1</b>
<b>LES SIX ÉTAPES DE LA DÉMARCHE DE PSI-PSII.....</b>	<b>2</b>
1. Étape 1 : évaluer globalement la situation du jeune et de sa famille .....	3
2. Étape 2 : Initier la démarche de PSI-PSII : Mobiliser les partenaires concernés .....	8
3. Étape 3 : Rencontre préparatoire au PSI-PSII : Partager les expertises et développer une vision commune de la situation.....	12
4. Étape 4 : Réaliser et rédiger la rencontre de PSI-PSII.....	15
<b>PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ et intersectoriel .....</b>	<b>18</b>
5. Étape 5 : Réaliser et assurer le suivi du PSI-PSII.....	24
6. Étape 6 : Évaluer et réviser le PSI-PSII en rencontre .....	26
<b>Conclusion .....</b>	<b>29</b>
ANNEXE 1 : Feuillet explicatif.....	36
ANNEXE 2 : Formulaire de consentement.....	38
ANNEXE 3 : Aide-mémoire animation de rencontre .....	40
ANNEXE 4 : Formulaire PSI-PSII .....	42
ANNEXE 5 : Liste des outils utilisés par les établissements .....	47
ANNEXE 6 : Critères décisionnels .....	50

## CONTEXTE

Les partenaires du Réseau local de services Arthabaska-Érable, via le Comité enfance jeunesse famille, ont adopté en 2006 le déploiement d'une démarche à l'utilisation du plan de services individualisé (PSI-PSII). Cette démarche atteint les objectifs fixés dans le plan d'action de l'entente de complémentarité MELS-MSSS et de la mise en place du réseau local de services. De plus, cette initiative s'inscrit dans une continuité établie, depuis plusieurs années, sur le territoire à l'égard de la concertation et du partenariat.

L'idée de mettre en place des facteurs favorisant la réalisation de PSI-PSII accentue la volonté des établissements publics (CR, CS, CJ), organismes communautaires et CPE à vouloir travailler en concertation et en amont des difficultés, afin de prévenir qu'une situation multiproblématique devienne complexe et se dirige vers une impasse.

Tout d'abord, il est important de se rappeler que la notion de PSI-PSII est inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 103). De plus, le PSI-PSII constitue un bon levier intégrateur auprès des jeunes et de leurs parents afin d'assurer la cohérence des interventions et la continuité des services entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux. Il constitue le moyen privilégié pour orchestrer les interventions de tous les partenaires impliqués auprès du jeune, afin de permettre des actions structurées, concertées et continues. Le PSI-PSII s'appuie donc, sur une vision systémique de la situation du jeune, de ses parents et centrée sur une approche de résolution de problèmes.

Bien que le PSI-PSII puisse être élaboré pour la majorité des familles fréquentant plusieurs établissements, les membres du Comité enfance jeunesse famille souhaitent une utilisation efficace de cette démarche. Certaines conditions doivent être présentes pour qu'un PSI-PSII soit réalisé. En voici les principales :

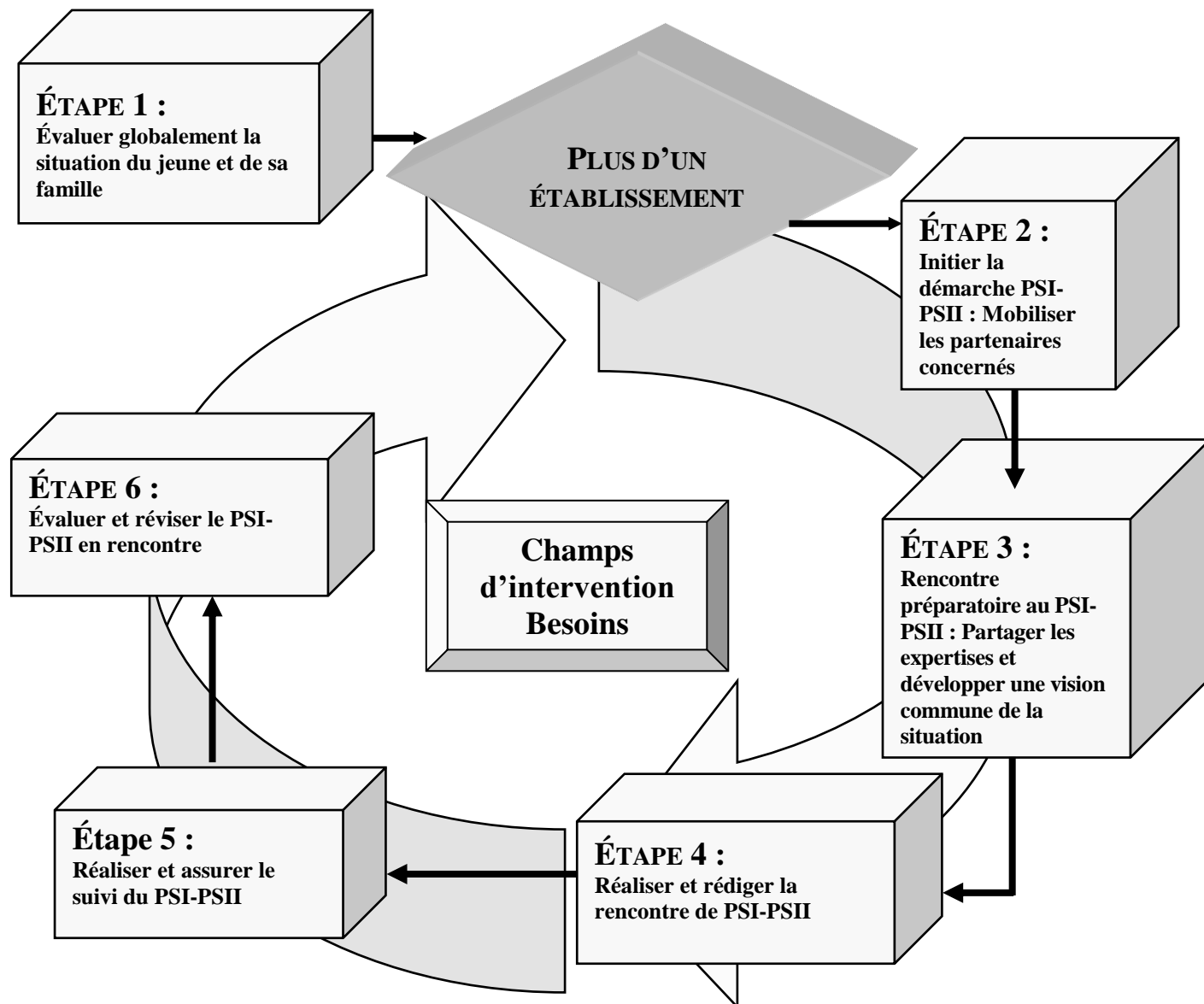
- Le jeune reçoit des services d'au moins deux dispensateurs de services;
  - Le jeune ou la famille vit une situation particulière (sur le plan personnel, familial, social, scolaire, etc.);
  - Le jeune ou la famille a des besoins multiples;
  - La situation est complexe et requiert une coordination entre les dispensateurs de services faute de quoi l'intervention pourrait piétiner;
  - Il est anticipé que le jeune et sa famille reçoivent des services pour une période prolongée.
- Vous référer aux critères décisionnels (annexe 6).**

Afin de supporter les intervenants dans la réalisation de PSI-PSII, une équipe de coaches PSI-PSII est mise en place. Chaque établissement a nommé au moins un coach. Onze intervenants assument un rôle de transfert des compétences auprès de leurs collègues afin de les supporter lorsqu'ils doivent s'impliquer ou animer une démarche PSI-PSII. Au cours de l'année 2007-2008, le comité des coaches PSI-PSII a produit le présent manuel de référence pour le territoire Arthabaska-Érable afin de soutenir les intervenants dans leur démarche.

Le comité des coaches s'est inspiré initialement du manuel de référence de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval. Il faut se rappeler que l'ensemble des intervenants du territoire Arthabaska-Érable a reçu, à l'hiver 2007, une formation sur le processus de plan de services individualisé dans le secteur jeunesse. Cette formation fut donnée par Mme Louise Lemay, Phd interdisciplinaire, qui a participé à la mise en place du processus PSI de la région de Laval.

## LES SIX ÉTAPES DE LA DÉMARCHE DE PSI-PSII

Voici les six étapes qui vous sont présentées dans le présent document



## 1. ÉTAPE 1 : ÉVALUER GLOBALEMENT LA SITUATION DU JEUNE ET DE SA FAMILLE

### 1.1 Accueillir le jeune, sa famille et ses proches

À cette période importante, il s'agit de :

- Comprendre avec le jeune, ses parents et leurs proches, leur situation;
- Donner un sens aux difficultés rencontrées;
- Définir leurs besoins de changement en regard de leur situation;
- Partager des perceptions entre l'intervenant, le jeune et sa famille.

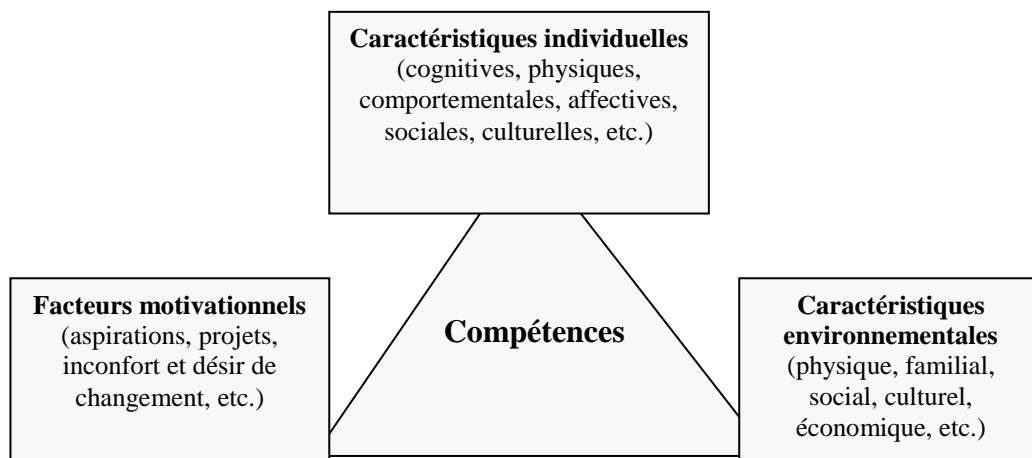
### 1.2 Élargir la vision de leur situation

Le partage des perceptions entre l'intervenant, le jeune, ses parents et leurs proches permet d'élargir et d'évaluer la situation dans sa globalité. À cette période, l'intervenant joue un rôle de co-observateur, de coévaluateur avec l'usager. Ce partage de vision consiste à prendre en considération l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer ou d'agir sur le développement, la sécurité ou le bien-être du jeune dans les différents contextes où il évolue :

- Personnels, scolaires, familiaux, économiques, sociaux, etc.

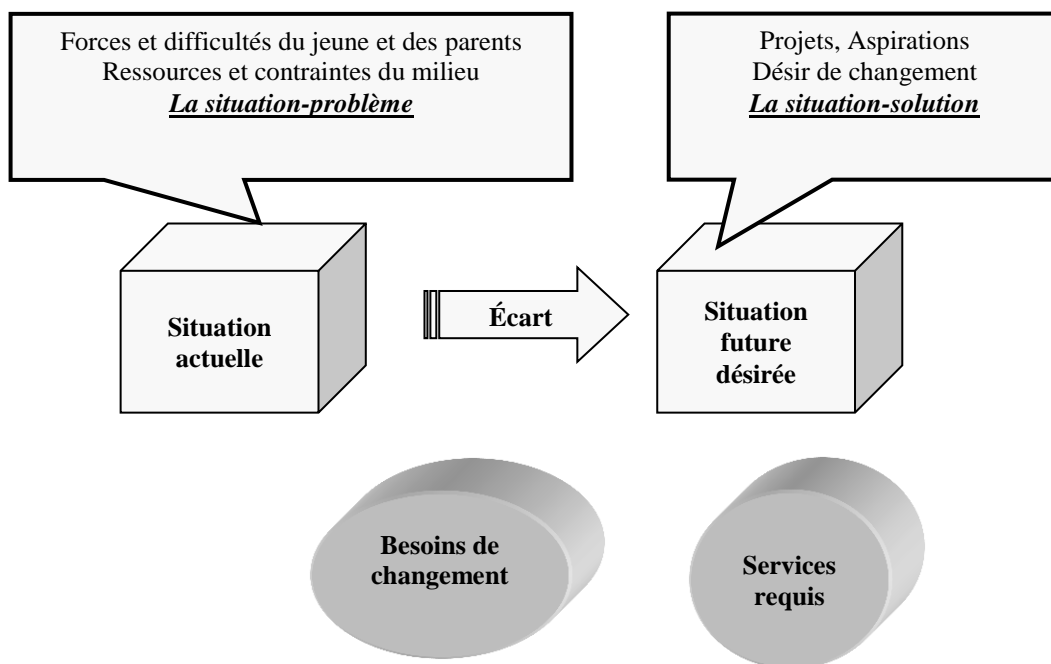
### 1.3 Adhérer à une approche collaborative

**1.3.1 L'évaluation des compétences** d'une personne doit considérer les trois dimensions suivantes :



### 1.3.2 Identifier les besoins de changement dans la situation

L'écart entre la situation actuelle et la situation désirée oriente l'identification des besoins de changement. Or, l'évaluation globale de la situation du jeune et de sa famille doit s'appuyer sur une lecture de la situation actuelle en regard de ses différents besoins de développement dans les différents contextes où il évolue. Il peut donc exister différentes situations souhaitées, et, par conséquent, autant de besoins de changement.



**Vous êtes-vous questionné sur :**

- La nature de leurs préoccupations ou questionnements immédiats;
- Leur vision d'un futur qui serait satisfaisant pour eux ou d'un *projet* mobilisant;
- Leur perception des difficultés et contraintes rencontrées, de leur émergence et des événements entourant cette période;
- Leur compréhension des obstacles à la réalisation de leurs projets ou à l'atteinte de la situation désirée;
- Leurs efforts pour tenter de résoudre par eux-mêmes leurs difficultés : ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné;
- Leur perception de ce que serait un premier petit changement encourageant dans la direction souhaitée;
- Leur vision de ce que ce changement signifierait ou changerait pour eux-mêmes;
- Leur vision de ce qu'ils ne veulent pas changer; leur récit des événements heureux;
- Leurs points d'accord et leurs points de désaccord en regard de leur situation;
- L'aide naturelle obtenue (amis, famille, voisins) et leurs ressources actuelles : les personnes qui les comprennent, celles qui les aident ou qui leur nuisent, celles qu'ils admirent ou à qui ils aimeraient ressembler;
- Leur évaluation de l'aide professionnelle obtenue (les satisfactions et insatisfactions vécues dans leurs rapports avec des professionnels ou des institutions, les conditions de collaboration qui leur conviendraient);
- Leur connaissance des milieux d'intervention et du rôle des intervenants;
- Leur compréhension, s'il y a lieu, du cadre légal et leur degré d'accord sur les motifs et les mesures entourant un contexte d'aide non volontaire.

**Avez-vous :**

- Identifié ce qui est le plus important aux yeux de chacun et qui sera facteur de mobilisation dans leur démarche de changement?
- Fait alliance sur des besoins du jeune et sur des besoins de soutien de la part des parents, figures parentales ou du milieu?
- Identifié qui sont les personnes qui souffrent le plus dans la situation et sur lesquelles il faut miser pour effectuer des changements voulus dans leur situation?
- Partagé vos valeurs professionnelles et votre approche?
- Fait alliance sur une façon de collaborer qui soit satisfaisante pour chacun?

**Les grands champs d'intervention** : permettent d'identifier les besoins et définir des objectifs au plan de services individualisé.

Ce tableau met en lien les besoins avec les champs d'intervention :

CHAMPS D'INTERVENTION	BESOINS EN LIEN AVEC...
<b>Santé, Développement et bien-être physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement neurologique, sensoriel, moteur, physique et cognitif;</li> <li>• Santé et bien-être physique en général : hygiène, alimentation, sommeil, activités physiques, habitudes de vie, habitudes de consommation (dépistage, sevrage et stabilisation);</li> <li>• Soins de santé préventive : vaccination, suivi médical régulier, etc.;</li> <li>• Soins de santé spécialisés en raison de maladies, d'incapacités physiques (reliés à la vision, la parole, le langage, l'audition, la motricité, etc.) ou d'atteintes neurologiques.</li> </ul>
<b>Santé, développement et bien-être psychologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement au plan de l'estime de soi, de l'identité, de l'autonomie, etc.;</li> <li>• Développement d'habiletés reliées au bien-être psychologique : capacité de composer avec le stress, identification, expression et modulation des émotions, etc.;</li> <li>• Soins spécialisés en raison de traumatismes, de problèmes de santé mentale (diagnostic psychiatrique), de problèmes de dépendances, etc.</li> </ul>
<b>Milieu de vie/Domicile Hébergement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à un milieu de vie ou à un hébergement correspondant le plus possible à ses aspirations et besoins (stabilité, appartenance, liens d'attachement, etc.);</li> <li>• Développement de capacités fonctionnelles pour vivre dans son milieu de vie, d'habiletés reliées aux activités de la vie quotidienne et domestique;</li> <li>• Adaptation sécuritaire du milieu.</li> </ul>
<b>Relations familiales et conjugales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien, développement ou rétablissement de liens harmonieux avec les membres de sa famille ou dans la vie de couple;</li> <li>• Accès à un fonctionnement et à un climat familial propices à son adaptation ou à son intégration sociale.</li> </ul>
<b>Relations interpersonnelles et sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à des relations amicales et sociales correspondant à ses aspirations;</li> <li>• Développement des habiletés sociales requises pour la communication avec autrui : entrer en relation, résoudre des conflits, créer des liens, etc.;</li> <li>• Développement des liens intimes (sexualité);</li> <li>• Utilisation de moyens appropriés de communication;</li> <li>• Accès à des ressources spécialisées (télécommunication, signalisation, etc.).</li> </ul>
<b>Milieu de garde Milieu scolaire Formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à un CPE, à un service de garde en milieu familial, privé ou scolaire;</li> <li>• Fréquentation et scolarisation en milieu scolaire;</li> <li>• Accès à une école régulière : en classe ordinaire ou spécialisée;</li> <li>• Accès à une école spécialisée;</li> <li>• Développement de compétences ou d'habiletés requises à son intégration scolaire;</li> <li>• Transport.</li> </ul>
<b>Travail Occupation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercice d'un travail rémunéré;</li> <li>• Développement et formation en milieu de travail;</li> <li>• Accès à des occupations socialement valorisées;</li> <li>• Adaptation, enseignement des habiletés ou soutien nécessaire pour profiter de ces activités;</li> <li>• Transport.</li> </ul>
<b>Loisirs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux activités socioculturelles, de plein air, de sport et de tourisme;</li> <li>• Accès aux activités régulières de loisirs ou aux activités adaptées;</li> <li>• Développement des habiletés ou de conditions nécessaires pour en profiter;</li> <li>• Transport.</li> </ul>

<b>Communauté</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux ressources et services réguliers ou adaptés de la communauté (ex. : transport en commun régulier ou adapté);</li> <li>• Utilisation des ressources : isolement ou intégration sociale;</li> <li>• Participation aux activités communautaires, à des groupes sociaux et aux fonctions civiques.</li> </ul>
-------------------	--

### Acteurs concernés et responsabilités de l'Étape 1

<b>Acteurs</b>	<b>Responsabilités</b>
<b>Jeune et Parents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer leur vision et leur compréhension respective des difficultés rencontrées;</li> <li>• Accueillir le questionnement de l'intervenant et s'ouvrir à différentes hypothèses pour enrichir cette compréhension;</li> <li>• Exprimer ce qu'ils souhaitent changer dans leur situation;</li> <li>• Identifier les besoins de changement qui sont prioritaires à leurs yeux.</li> </ul>
<b>Intervenants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre tout en œuvre pour que le jeune et ses parents définissent eux-mêmes leur réalité dans la mesure de leurs capacités;</li> <li>• Accueillir leur propre évaluation;</li> <li>• Utiliser différents outils permettant de faire une évaluation globale de la situation;</li> <li>• Questionner le jeune et les parents et les informer, au besoin, des résultats d'évaluation dont ils sont l'objet pour qu'ils développent, à leur tour, une vision plus élargie de leur réalité;</li> <li>• Respecter leur rythme;</li> <li>• Consulter aux besoins le coach de son établissement.</li> </ul>
<b>Gestionnaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les intervenants pour qu'ils disposent des ressources administratives et cliniques requises pour exercer leur rôle d'évaluateur;</li> <li>• Soutenir les intervenants à reconnaître la pertinence d'envisager une démarche de PSI-PSII dans les situations où l'évaluation globale l'indique;</li> <li>• Soutenir et appuyer le coach dans l'accomplissement de son rôle et de ses responsabilités.</li> </ul>
<b>Coachs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseiller le personnel de l'établissement auquel il est rattaché sur le sens de cette étape;</li> <li>• Orienter au besoin l'intervenant vers la bonne ressource lorsqu'il doit prendre contact avec un partenaire.</li> </ul>

## 2. ÉTAPE 2 : INITIER LA DÉMARCHE DE PSI-PSII : MOBILISER LES PARTENAIRES CONCERNÉS

### 2.1 Quand faut-il initier la démarche?

- 1) L'évaluation globale de la situation du jeune conduit à identifier des besoins pour lesquels la participation de plus d'un établissement s'avère requise;
- 2) La réponse aux besoins multiples requiert une concertation des partenaires pour développer une vision commune et arrimer leurs services à la situation particulière du jeune.  
Pour faciliter la prise de décision, consulter l'annexe 6 « critères décisionnels »

### 2.2 À qui incombe la responsabilité d'initier la démarche de PSI-PSII?

- 1) Tout intervenant impliqué auprès du jeune ou de ses parents et qui évalue la pertinence d'une démarche de PSI-PSII, peut l'initier. Si ce partenaire n'est pas appelé à continuer à rendre des services, un transfert personnalisé des informations doit se faire auprès de ceux qui prendront la relève;
- 2) L'intervenant qui initie la démarche de PSI-PSII n'est pas forcément celui qui agira en tant que coordonnateur formel. Il agit cependant de facto comme coordonnateur jusqu'à la nomination d'un responsable formel par les acteurs impliqués, généralement lors de la première rencontre de planification, c'est-à-dire la rencontre préparatoire au PSI-PSII.

### 2.3 Comment agir et avec quelles ressources?

Initier la démarche de PSI-PSII suppose la mise en place des activités suivantes :

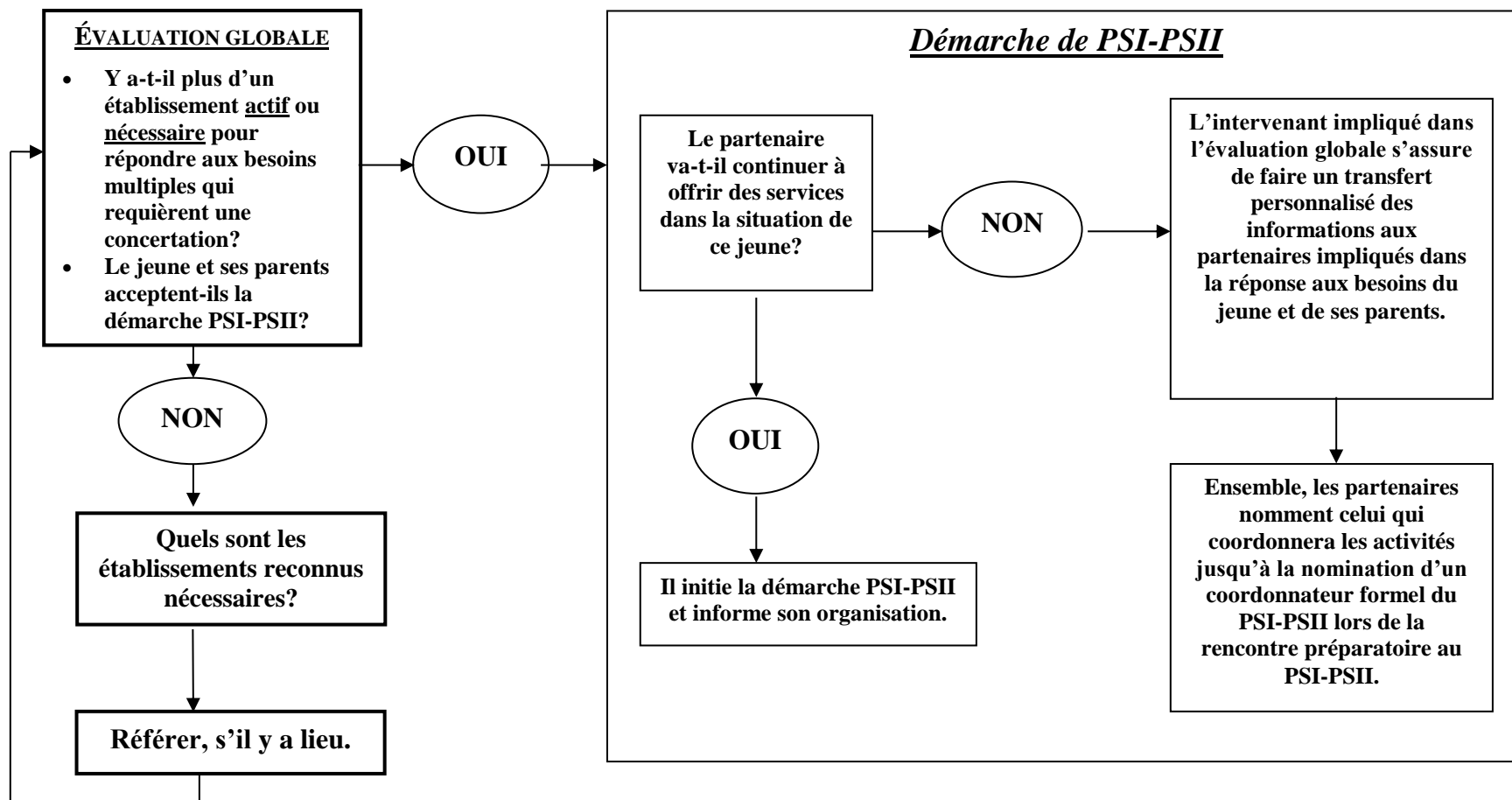
- 1) Sensibiliser le jeune et ses parents à l'importance et aux retombées positives pour eux de s'inscrire dans une démarche d'intervention concertée;
- 2) Il est important que le jeune et ses parents soient informés des implications et de leurs droits afin de prendre une décision éclairée. Remettre le feuillet explicatif (annexe 1);
- 3) L'intervenant, conscient des motifs légitimes entourant le désaccord ou l'opposition du jeune ou de ses parents, saura mieux ajuster son soutien professionnel pour contrer les obstacles à leur mobilisation dans la démarche de PSI-PSII;
- 4) Obtenir leur consentement pour communiquer avec les partenaires concernés et échanger avec eux des informations sur leur situation :
- 5) Le consentement des parents et du jeune (âgé de 14 ans et plus) doit donc être éclairé et consigné par écrit dans un formulaire d'autorisation. Il est suggéré d'utiliser le formulaire de consentement des services jeunesse intégrés (annexe 2);
- 6) Contacter les partenaires, leur communiquer sa vision de la pertinence d'amorcer une démarche de PSI-PSII dans la situation de ce jeune;
- 7) Convenir avec le jeune, ses parents et les partenaires, des modalités pour poursuivre l'évaluation des besoins dans la situation.

### 2.4 Mobiliser les partenaires

Aux yeux des intervenants concernés par la situation du jeune, s'engager dans une telle démarche sera jugée pertinente dans les conditions suivantes :

- 1) Il doit y avoir reconnaissance d'un but commun pour l'action collective, soit, la réponse aux besoins d'un jeune et de sa famille;
- 2) Ce but doit justifier la mise à contribution des partenaires et le déploiement des ressources engagées dans cette action;
- 3) Les partenaires engagés dans l'action partagent le même sentiment d'être concernés par le processus et les résultats;

- 4) L'action collective doit offrir un apport supérieur à l'action individuelle; elle doit permettre de résoudre des problèmes concrets et d'atteindre de meilleurs résultats dans un délai donné.



## ACTEURS CONCERNÉS ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTAPE 2

Acteurs	Responsabilités
<b>Jeune et Parents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître la pertinence d'une démarche PSI-PSII pour eux-mêmes comme pour les intervenants qui leur viennent en aide;</li> <li>• Reconnaître la pertinence de recourir aux services d'autres partenaires pour obtenir une réponse aux besoins identifiés;</li> <li>• Donner aux intervenants l'autorisation de partager des informations les concernant et nécessaires à la démarche de PSI-PSII;</li> <li>• Signer le formulaire de consentement (14 ans et +).</li> </ul>
<b>Intervenant qui initie la démarche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître la pertinence d'une démarche de PSI-PSII dans les situations qui l'exigent;</li> <li>• Informer le jeune et ses parents du sens et des étapes de la démarche de PSI-PSII;</li> <li>• Obtenir leur adhésion à y participer et leur consentement à partager des informations à leur sujet;</li> <li>• Contacter les partenaires concernés par la situation avec l'autorisation des personnes concernées;</li> <li>• Solliciter la participation des partenaires à l'évaluation globale de la situation du jeune;</li> <li>• Informer les personnes concernées de son établissement;</li> <li>• Consulter le coach au besoin;</li> <li>• Remplir le formulaire de consentement.</li> </ul>
<b>Gestionnaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître la pertinence d'une démarche de PSI-PSII dans les situations qui le requièrent;</li> <li>• S'assurer que l'intervenant initiateur a les conditions de soutien requises au plan administratif et clinique pour jouer son rôle.</li> </ul>
<b>Partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître la pertinence d'une démarche de PSI-PSII dans les situations qui le requièrent;</li> <li>• Accueillir l'intervenant qui initie la démarche;</li> <li>• Accepter de se mobiliser;</li> <li>• Contribuer à l'évaluation globale de la situation du jeune et de sa famille;</li> <li>• Partager les informations dont ils disposent.</li> </ul>
<b>Coachs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir comme personne-ressource, conseiller et supporter;</li> <li>• Orienter les gens vers les coachs des autres établissements.</li> </ul>

### 3. ÉTAPE 3 : RENCONTRE PRÉPARATOIRE AU PSI-PSII : PARTAGER LES EXPERTISES ET DÉVELOPPER UNE VISION COMMUNE DE LA SITUATION

#### **Préambule :**

Une rencontre préparatoire réalisée en l'absence du jeune et de ses parents n'est pas une rencontre de PSI-PSII et, en ce sens, elle ne doit aucunement servir à prendre des décisions à leur place.

#### **3.1 Évaluation globale**

L'évaluation globale prend tout son sens avec l'apport de l'expertise des différents partenaires impliqués dans la démarche de PSI-PSII. Les grands défis liés à cette étape consistent à :

- 1) Établir des relations de partenariat véritables en vue d'évaluer, ensemble, la situation d'un jeune et de sa famille;
- 2) Développer une vision commune de la situation et des moyens à déployer collectivement pour répondre aux besoins identifiés;
- 3) Nommer un coordonnateur de la démarche de PSI-PSII.

#### **3.2 Vision commune**

Cette étape de la démarche de PSI-PSII consiste à développer une vision commune de ces trois dimensions. Ensemble et dans cet ordre, les partenaires conjuguent leurs efforts pour enrichir :

- 1) Leur compréhension de la situation du jeune et de sa famille;
- 2) L'identification des besoins de changement prioritaires;
- 3) L'identification des actions à réaliser, responsabilités ou services requis pour y répondre.

#### **3.3 Partager les expertises dans la démarche**

La démarche de PSI-PSII élaborée avec le comité des coachs Arthabaska-Érable introduit cette étape intermédiaire située entre l'évaluation globale réalisée par l'organisme qui accueille la demande de services et la planification des services réalisée par l'ensemble des acteurs impliqués. Le jeune, ses parents et les partenaires agissent en tant que coévaluateurs de la situation en vue de définir ultérieurement un plan de services individualisé et intersectoriel. Cette étape intermédiaire a pour but d'éviter l'établissement d'un rapport hiérarchisé de type expert lors de la rencontre PSI-PSII. Ce type de rapport constitue un obstacle à la mobilisation des partenaires et à l'implication du jeune et de sa famille.

Les besoins suivants justifient la pertinence pour ces acteurs de se doter d'un moment privilégié d'échange sans le jeune et sa famille :

- 1) Mettre en commun leur lecture et leur analyse;
- 2) Comprendre les obstacles à la participation active d'un jeune ou de ses parents;
- 3) Partager leur sentiment d'impuissance par rapport à la situation d'un jeune;
- 4) Régler leur différend pour éviter de se retrouver en situation de conflit devant le jeune, sa famille et leurs proches;
- 5) Résoudre des problèmes administratifs;
- 6) Trouver une solution alternative pour répondre aux besoins lorsque la réponse à ceux-ci ne relève pas clairement du mandat ou de la mission des établissements ou organismes (zones grises);
- 7) S'entendre sur la recommandation d'un coordonnateur de la démarche de PSI-PSII.

Ainsi, la rencontre préparatoire au PSI-PSII est une étape obligatoire du processus et ne devrait pas se dérouler le même jour que le PSI-PSII afin de permettre aux différents partenaires de réunir les conditions gagnantes à la réalisation du PSI-PSII.

### **3.4 Nommer le coordonnateur de la démarche de PSI-PSII**

Si le coordonnateur de PSI-PSII n'a pas déjà été recommandé en cours de démarche, il importe de le faire en vue du partage des responsabilités entourant la rencontre du PSI-PSII. Essentiellement, l'intervenant désigné coordonnateur a le rôle :

- D'assurer le lien entre le jeune, ses proches et les partenaires concernés;
- De veiller à ce qu'ils reçoivent les soins et les services requis par leur situation;
- De favoriser la concertation de l'ensemble des partenaires impliqués dans la démarche de PSI-PSII et la continuité des services auprès du jeune et de sa famille;
- De s'assurer qu'une personne agira comme animateur lors de la rencontre PSI-PSII;
- De s'assurer qu'une personne agira comme rédacteur lors de la rencontre PSI-PSII.

Les grands critères suivants peuvent guider la prise de décision des participants en regard du choix du coordonnateur de la démarche de PSI-PSII. Généralement, il s'agit d'un intervenant :

- Significatif sur le continuum des services ou provenant d'un établissement majoritairement impliqué dans la situation du jeune;
- Significatif pour le jeune et ses parents;
- Choisi en concertation.

### **3.5 Organiser ou mettre en place les conditions pour la rencontre de PSI-PSII**

#### **QUI DOIT PARTICIPER À LA RENCONTRE PSI-PSII?**

Le choix des participants professionnels doit tenir compte de :

- L'objectif de la rencontre et;
- L'impact de leur présence pour le jeune et ses parents.

Généralement, la présence d'un seul représentant de chaque organisme concerné par la démarche de PSI-PSII peut suffire. Ces représentants doivent bien connaître les besoins du jeune et de sa famille pour lesquels leur organisme intervient, ainsi que les différents services qu'ils offrent ou sont en voie d'offrir en fonction du mandat particulier. Cette responsabilité suppose une coordination préalable des intervenants à l'intérieur de chaque organisme concerné. La présence d'autres intervenants d'un même organisme est envisagée si leur contribution est requise pour la réussite de la tâche de planification ou si le jeune ou ses parents la jugent importante.

#### **OÙ ET QUAND RÉALISER LA RENCONTRE PSI-PSII?**

Questionner le jeune et ses parents sur le choix du moment où du lieu pour réaliser, avec eux, cette planification des services, leur offre quelques opportunités de prendre du pouvoir sur les conditions structurelles de l'intervention les concernant en premier lieu. L'important est de convenir d'un lieu et d'un temps qui tiennent compte des différentes réalités des acteurs concernés en cherchant à respecter le plus possible les attentes du jeune et de ses parents.

### ACTEURS CONCERNÉS ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTAPE 3

Acteurs	Responsabilités
<b>Jeune et Parents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire appel aux organismes ciblés pour répondre à leurs différents besoins;</li> <li>• Co-évaluer leur situation avec les partenaires concernés en vue de co définir les différents services dont ils ont besoin;</li> <li>• Autoriser le partage d'informations les concernant et qui est nécessaire à la démarche de PSI-PSII;</li> <li>• Participer aux décisions entourant les conditions de la rencontre : lieu, moment, participants, déroulement, etc.</li> </ul>
<b>Coordonnateur du PSI-PSII</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la circulation des informations entre les partenaires;</li> <li>• Mettre en place des mécanismes de communication pour que les intervenants partagent leur lecture et leur évaluation de la situation;</li> <li>• Évaluer avec les partenaires le degré d'adhésion à une vision commune de la situation, des besoins et des services requis;</li> <li>• Évaluer avec les partenaires les obstacles au développement de cette vision;</li> <li>• S'assurer que les évaluations préalables à la rencontre sont réalisées;</li> <li>• Organiser la rencontre en tenant compte de la réalité des divers participants;</li> <li>• Convoquer les participants;</li> <li>• S'assurer qu'un intervenant prépare adéquatement le jeune et sa famille.</li> </ul>
<b>Gestionnaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir l'intervenant ou le coordonnateur dans la recherche de solutions entourant le développement d'une vision commune avec ses partenaires;</li> <li>• Participer, au besoin, à la rencontre préparatoire en vue d'une recherche de solutions aux divers problèmes (cliniques, administratifs, organisationnels, etc.) rencontrés à cette étape.</li> </ul>
<b>Partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mobiliser pour co-évaluer la situation du jeune et de sa famille en fonction de leur mandat;</li> <li>• Partager l'évaluation avec le jeune et ses parents et développer une vision commune des services à leur offrir;</li> <li>• Obtenir leur autorisation pour partager l'évaluation aux partenaires;</li> <li>• Partager aux autres partenaires leur lecture et leur compréhension de la situation;</li> <li>• Collaborer à la recherche de consensus sur la situation, les besoins et les services requis;</li> <li>• Participer activement à une rencontre préparatoire pour résoudre les problèmes rencontrés;</li> <li>• Se préparer à la rencontre : obtenir les informations requises pour jouer le rôle de représentant de leur organisme;</li> <li>• Participer aux décisions entourant l'organisation de la rencontre;</li> <li>• Collaborer à une préparation adéquate du jeune et de sa famille.</li> </ul>
<b>Coachs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir comme personne-ressource, conseiller et supporter;</li> <li>• Orienter les gens vers les coachs des autres établissements.</li> </ul>

## 4. ÉTAPE 4 : RÉALISER ET RÉDIGER LA RENCONTRE DE PSI-PSII

La rencontre de PSI-PSII n'est pas une **étude de cas**; elle n'est pas centrée sur les problèmes du jeune et de sa famille, mais plutôt sur leurs besoins généraux et sur les actions à réaliser ou les services requis pour y répondre.

### 4.1 Réaliser la rencontre PSI-PSII

Le choix de l'animation de la rencontre de PSI-PSII relève de la responsabilité du coordonnateur de PSI-PSII même si, dans certaines situations particulières, la situation justifie le recours à un autre animateur. Cette animation peut prendre différentes formes selon le contexte, les personnes qui y participent, les caractéristiques personnelles de l'animateur, etc. Essentiellement, le choix des modalités doit tenir compte (voir annexe 3) :

- 1) De l'esprit et des objectifs reliés à cette importante étape de la démarche de PSI-PSII;
- 2) Des principales tâches qui en permettent l'atteinte;
- 3) Et enfin des responsabilités des acteurs concernés.

### 4.2 Remplir le formulaire de PSI-PSII

#### 4.1.1 JUSTIFICATION

Il est essentiel de disposer d'un écrit clair pour traduire les décisions et les engagements pris par l'ensemble des partenaires lors de la rencontre de PSI-PSII.

#### 4.1.2 OUTIL COMMUN : LE FORMULAIRE

Les partenaires conviennent d'utiliser un outil commun (annexe 4) pour traduire, par écrit, le résultat de la planification des besoins et des services. Cette adhésion à utiliser un même formulaire de PSI-PSII reflète l'esprit de partenariat qui anime la démarche de PSI-PSII.

Les objectifs sont choisis avec le jeune et ses parents. Ils sont priorisés en fonction des changements souhaités par et pour le jeune. Le choix et la priorisation des objectifs à privilégier doivent tenir compte des grands critères suivants (Lemay, 2001). Ils sont :

- Stimulants pour le jeune et ses parents, car ils sont choisis en fonction de ce qu'ils jugent important ou de leur désir de changement;
- Cohérents en fonction du but poursuivi ou de la situation désirée;
- Clairs ou compréhensibles pour le jeune, ses parents et leurs proches, puisqu'ils sont formulés dans un langage accessible pour eux;
- Univoques : ils ne traduisent qu'un seul résultat général à atteindre;
- Réalistes : ils sont atteignables dans le délai fixé;
- Mesurables : on peut en vérifier l'atteinte à l'aide des indicateurs (objectifs) plus spécifiques qui seront définis dans le cadre des PI respectifs des partenaires.

L'atteinte des objectifs généraux du jeune est étroitement liée aux conditions ou moyens mis en place. Pour être réalistes, les actions de soutien et les services identifiés doivent tenir compte :

- Des forces et vulnérabilités des parents et des membres du réseau naturel;
- Des ressources et contraintes de leur environnement;
- Des services disponibles dans la communauté;
- Des ressources et contraintes des organismes impliqués.

La décision d'inscrire l'action des parents et des proches dans l'ordre des actions à réaliser vient soutenir l'esprit de la démarche de PSI-PSII axée sur la reconnaissance de la primauté de la responsabilité parentale et des compétences des personnes et de leur milieu. Dans certains cas, il arrive qu'une même responsabilité incombe à différentes personnes, par exemple, lorsque l'enfant fréquente plusieurs milieux de vie.



Nom de l'utilisateur :

Date de naissance :

Date du PSI-PSII initial :

Date du PSI-PSII révisé :

Nom du coordonnateur du PSI-PSII :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL**

**Confidentiel**

N.B. Veuillez joindre le consentement de l'utilisateur à l'échange de renseignements personnels à ce PSI-PSII.

\_\_\_\_\_

**N° dossier usager de l'organisme qui coordonne**

NOM DES PERSONNES INVITÉES	ORGANISME OU LIEN AVEC L'USAGER	SIGNATURE	
		PSI-PSII INITIAL	PSI-PSII RÉVISÉ

Nous sommes informés que le présent formulaire sera envoyé aux différents partenaires ayant participé au plan de services individualisé et intersectoriel.

# PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL

INFORMATION DEVANT ÊTRE CONNUE DE TOUS (EX. : CADRE LÉGAL DE L'INTERVENTION)	SITUATION DÉSIRÉE, PROJET	ATTENTE OU SECTEUR DE BESOINS PRIORITAIRES
<p>En général, le formulaire de PSI-PSII ne doit pas contenir de l'information non pertinente à sa réalisation. Cependant, il arrive que cette même information doive être connue de toutes les personnes impliquées dans la situation d'un jeune et de sa famille.</p> <p><i>Exemple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergies alimentaires;</li> <li>• Interdictions de contact avec certaines personnes;</li> <li>• Interdictions de fréquenter certains lieux;</li> <li>• Mesures volontaires ou ordonnées,</li> <li>• LSJPA, LPJ;</li> <li>• Médication, etc.</li> </ul>	<p>Correspond à un projet important aux yeux du jeune ou de ses parents; un état auquel ils aspirent au terme des services rendus. L'atteinte d'une situation désirée peut se traduire comme un but commun auquel tous les partenaires se rallient</p> <p><i>Exemple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demeurer au domicile des parents;</li> <li>• Terminer son année scolaire à l'école x;</li> <li>• Rétablir une relation harmonieuse avec ma famille;</li> <li>• Etc.</li> </ul>	<p>Afin de soutenir les intervenants dans leurs efforts pour adopter une vision globale de l'ensemble des besoins des jeunes et de leur famille, le formulaire rappelle les grands champs d'intervention possibles pour répondre à une panoplie de besoins de changement possibles. Il ne s'agit aucunement d'une prescription à identifier des besoins en lien avec tous ces champs.</p> <p><i>Exemple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations familiales;</li> <li>• Fréquentation scolaire;</li> <li>• Domicile.</li> </ul>

**Champs d'intervention :**

- |  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| 1) Santé, développement et bien-être physique      | 4) Relations familiales et conjugales            | 7) Travail / Occupation |
| 2) Santé, développement et bien-être psychologique | 5) Relations interpersonnelles et sociales       | 8) Loisirs              |
| 3) Milieu de vie / Domicile / Hébergement          | 6) Milieu de garde / Milieu scolaire / Formation | 9) Communauté           |

**Légende :**

- AB :** Abandonné  
**A :** Atteint  
**PA :** Partiellement atteint  
**NA :** Non atteint

CHAMPS D'INTERVENTION	OBJECTIF/BESOIN	ACTION À RÉALISER OU SERVICES REQUIS	RESPONSABLE/ DISPENSATEUR	NOTE <sup>1</sup>	RÉVISION
<p>Pour le détail des champs d'interventions, voir à la page 6 du présent document.</p>	<p>Un objectif général constitue une finalité ou un résultat recherché qui se traduit par une réponse à un besoin général. L'objectif est formulé en ce qui concerne les actions générales à réaliser par le jeune ou au profit du jeune.</p> <p>L'objectif est formulé en utilisant un verbe d'action.</p> <p>Acteur concerné :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeune</li> </ul>	<p>Une action générale attendue de la part des personnes qui viennent en soutien au jeune ou à sa famille.</p> <p>Acteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parents ou figures parentales</li> <li>• Membres du réseau naturel</li> <li>• Intervenants</li> </ul>	<p>Un ensemble d'activités spécialisées offertes par un ou des professionnels d'un organisme donné. Les noms de toutes les personnes responsables des actions à réaliser ou services requis sont inscrits dans cette colonne.</p> <p>Acteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenants ou organisme</li> </ul>		<b>A</b>

CHAMPS D'INTERVENTION	OBJECTIF/BESOIN	ACTION À RÉALISER OU SERVICES REQUIS	RESPONSABLE/ DISPENSATEUR	NOTE <sup>1</sup>	RÉVISION
	<i>Exemple</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Participer à...;</li> <li>Rétablir un lien...;</li> <li>Connaître...;</li> <li>Être capable de...;</li> <li>Etc.</li> </ul>	<i>Exemple :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser, informer;</li> <li>Conseiller;</li> <li>Accompagner, soutenir;</li> <li>Évaluer;</li> <li>Traiter, appareiller;</li> <li>Etc.</li> </ul>	<i>Exemple :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Service d'orthophonie;</li> <li>Service d'ergothérapie;</li> <li>Service d'orientation professionnelle;</li> <li>Services intégrés 0-5 ans;</li> <li>Etc.</li> </ul>		
<b>EXEMPLE</b>					
1. Santé, développement et bien-être physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Être stimulée pour faire les apprentissages nécessaires pour l'entrée à la maternelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner et soutenir l'enfant;</li> <li>Proposer des activités en lien avec les apprentissages ciblés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parent</li> <li>CPE</li> <li>InterVal</li> <li>CSBF</li> </ul>	En concertation, prioriser un choix d'activités significatives qui serviront le plus à l'enfant.	<b>A</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser le développement moteur global;</li> <li>Améliorer la force de l'hémicorps droit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivre les recommandations fournies par la physiothérapeute d'InterVal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parent</li> <li>CPE</li> <li>Physiothérapeute</li> </ul>	Au besoin, le CPE peut communiquer avec physiothérapeute.	<b>PA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenter d'améliorer la dextérité manuelle;</li> <li>Tenter de favoriser une meilleure analyse visuelle pour une meilleure reconnaissance des formes et des images.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thérapie 1 X semaine InterVal en ergothérapie;</li> <li>Appliquer le programme de stimulations en ergothérapie d'InterVal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ergothérapeute</li> <li>Parent</li> <li>CPE</li> </ul>	Au besoin, le CPE réfère à l'ergothérapeute d'InterVal.	<b>AB</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenter d'améliorer la compréhension de l'enfant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrôle aux 3 mois InterVal;</li> <li>Appliquer le programme de stimulation proposé par l'orthophoniste d'InterVal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orthophoniste</li> <li>Parent</li> <li>CPE</li> </ul>	Se rappeler que l'enfant a besoin d'un contexte favorable d'apprentissage et de beaucoup de répétitions.	<b>AB</b>
2. Santé, développement et bien-être psychologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabiliser l'expression de mes émotions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administrer la médication chaque jour;</li> </ul>	Mère		<b>PA</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir Madame à exercer son rôle</li> </ul>	Éducatrice/ CRDI		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer le suivi neurologique.</li> </ul>	Neurologue /CH		
4. Relations familiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrôler mon agressivité physique à la maison.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Négocier des ententes avec Jonathan;</li> </ul>	Père	Faire attention de ne pas fixer de rendez-vous avec l'enfant pendant le scolaire	<b>NA</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseiller Monsieur, à sa demande;</li> </ul>	Conjointe du père.		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner le jeune et son père à négocier ensemble des règles.</li> </ul>	Arth / CSSS		
6. Milieu scolaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respecter les règles à l'école.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercer leur rôle d'autorité à la maison;</li> </ul>	Parents		

CHAMPS D'INTERVENTION	OBJECTIF/BESOIN	ACTION À RÉALISER OU SERVICES REQUIS	RESPONSABLE/ DISPENSATEUR	NOTE <sup>1</sup>	RÉVISION
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir l'enseignante et les parents à exercer leur rôle d'autorité.</li> </ul>	Psychoéduc./ école		<b>A</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser un transport adapté lors de mes déplacements à l'école.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir le transport adapté;</li> </ul>	Commission scolaire	Débuter le transport adapté dès cette semaine.	<b>AB</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner physiquement l'enfant dans ses transitions, lorsqu'il utilise le transport.</li> </ul>	Mère Surveillante /école		

<sup>1</sup> Exemple : démarches préalables, échéancier particulier (délai d'attente requis)

# PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL

**NOTE PARTICULIÈRE :** (Inscrire ici toute information, contrainte ou attente des participants qui éclairerait la situation de la personne ou les démarches à entreprendre).

La section générale des notes particulières fournit aux participants un espace à la fin du formulaire pour inscrire toute information jugée utile, par exemple :

- a) Des contraintes reliées à l'organisation des services, par exemple, un service inexistant ou un manque d'accès à un service jugé nécessaire, un besoin non répondu;
- b) Des contraintes reliées à la démarche de PSI-PSII ou à l'utilisation du formulaire, etc.

Dans ces situations, il est impératif d'en informer votre coach PSI-PSII afin que celui-ci apporte les renseignements au comité des coaches. Lorsque nécessaires, les contraintes identifiées doivent par la suite faire l'objet d'un échange au comité des coaches PSI-PSII.

**Date de la révision :** \_\_\_\_\_

**Endroit :** \_\_\_\_\_

**Date de remise aux parties impliquées :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature de l'utilisateur ou de son représentant**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature du coordonnateur du plan de services individualisé et intersectoriel**

\_\_\_\_\_  
**Date**

Mis à jour le 22 mars 2013

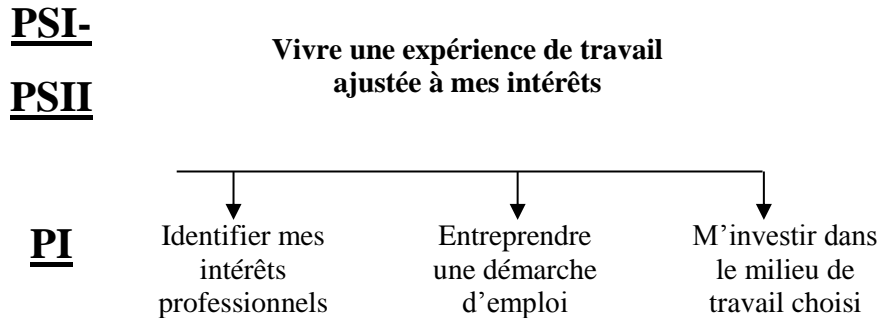
Modèle inspiré du formulaire développé par Louise Lemay, Phd

## **Date et lieu de révision du PSI-PSII :**

Les parents du jeune ou ses responsables légaux (tuteur, représentant) ainsi que le jeune s'il a 14 ans et plus, doivent signer le formulaire de PSI-PSII. Tous les participants présents à la rencontre de PSI-PSII sont invités à signer le formulaire; un geste symbolique qui témoigne de leur engagement à réaliser leurs responsabilités respectives en vue de soutenir le jeune et sa famille dans la réalisation de leur plan de changement.

Il faut faire la distinction entre les objectifs généraux inscrits dans un PSI-PSII et les objectifs spécifiques qui en découlent. En effet, ces derniers seront précisés aux plans d'intervention (PI) respectifs des différents partenaires concernés par les services à rendre au jeune et à la famille. Chaque plan d'intervention rendra compte, en fonction du mandat particulier de l'organisme concerné, des objectifs plus spécifiques poursuivis et des moyens concrets mis en place.

Niveau des objectifs de PSI-PSII ou de PI, à titre d'exemple :



Précisons que les décisions entourant le plan d'intervention relèvent de l'expertise et du pouvoir de chaque organisme. Les partenaires n'ont pas à en rendre compte à l'intérieur d'un PSI-PSII. Par ailleurs, les objectifs généraux identifiés au PSI-PSII orientent, sans contredit, l'élaboration ou la révision des plans d'intervention (PI) respectifs des partenaires. Afin de connaître et obtenir de l'information sur les différentes démarches et formulaires existants des établissements, vous référer à l'annexe 5.

## ACTEURS CONCERNÉS ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTAPE 4

Acteurs	Responsabilités
<b>Jeune et Parents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être présent à la rencontre de PSI-PSII;</li> <li>• Participer activement à la rencontre en partageant leur vision de leurs besoins et des services qui leur conviennent;</li> <li>• Identifier leurs propres responsabilités et celles de leurs proches en vue de soutenir l'atteinte des objectifs du jeune;</li> <li>• Donner leur accord aux services proposés;</li> <li>• Connaître le contenu du feuillet explicatif accompagnant le formulaire de PSI-PSII;</li> <li>• Collaborer, lors de la rencontre de PSI-PSII, à construire le plan de services (objectifs, actions à réaliser ou services);</li> <li>• Valider le contenu du formulaire de PSI-PSII et le signer.</li> </ul>
<b>Coordonnateur du PSI-PSII</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que l'animation favorise la participation active du jeune et de sa famille;</li> <li>• S'assurer que le plan de services reflète la vision du jeune et de sa famille, de leurs besoins ou objectifs de changement et des services pour y répondre;</li> <li>• S'assurer que les services identifiés répondent aux objectifs du plan de services;</li> <li>• S'assurer, au besoin, du transfert de la responsabilité de coordination;</li> <li>• Collaborer à la construction du contenu pertinent pour remplir le formulaire (besoins, responsabilités ou services);</li> <li>• S'assurer que le formulaire est rempli conformément aux décisions prises par les participants à la rencontre de PSI-PSII;</li> <li>• Valider le contenu du formulaire de PSI-PSII avec le jeune et ses parents;</li> <li>• S'assurer de leur adhésion et obtenir les signatures requises;</li> <li>• S'assurer de la diffusion du formulaire de PSI-PSII auprès de toutes les personnes concernées par la planification des services.</li> </ul>
<b>Partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser leur participation active lors de la rencontre;</li> <li>• Partager leur vision des besoins et services requis dans la situation du jeune et de sa famille;</li> <li>• Identifier, s'il y a lieu, un nouveau coordonnateur de la démarche de PSI-PSII;</li> <li>• Connaître les modalités retenues pour remplir adéquatement le formulaire;</li> <li>• Collaborer à la tâche collective de construction du contenu pertinent pour remplir l'outil (besoins, responsabilités ou services);</li> <li>• Signer le formulaire pour témoigner de leur engagement à rendre les services requis en lien avec leur mandat.</li> </ul>
<b>Coachs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporter le coordonnateur dans la rédaction si nécessaire;</li> <li>• Apporter l'information au comité des coachs lorsque le coach est informé d'une note particulière contenue dans un PSI-PSII.</li> </ul>

## 5. ÉTAPE 5 : RÉALISER ET ASSURER LE SUIVI DU PSI-PSII

### 5.1 Actualiser et mettre en œuvre

Pour tous les acteurs impliqués dans l'élaboration du plan de services, réaliser ce PSI-PSII consiste essentiellement à actualiser ou à mettre en œuvre la planification, soit, à prendre les moyens généraux (actions à réaliser, services) auxquels ils se sont engagés pour favoriser l'atteinte des objectifs généraux du jeune. Enfin, assurer le suivi du PSI-PSII renvoie à :

- a) La responsabilité du coordonnateur de s'assurer, auprès de toutes les personnes concernées par la démarche de PSI-PSII, que la planification se réalise en conformité avec les décisions et engagements pris en vue d'assurer une réponse concertée et continue aux besoins du jeune et de sa famille;
- b) La responsabilité partagée par tous les partenaires de mettre en œuvre les mécanismes de communication en vue d'assurer la réalisation du plan de services.

### 5.2 Réalisation et suivi

Rappelons que l'obligation de faire un PSI-PSII ne remplace pas celle, pour les établissements concernés, de faire un PI. La réalisation du PSI-PSII est tributaire de la responsabilité de chaque organisme impliqué au PSI-PSII de traduire, dans un plan d'intervention (PI), les objectifs spécifiques et les moyens précis qui découlent logiquement ou est en cohérence avec les engagements généraux (objectifs et moyens) pris au PSI-PSII.

### 5.3 Assurer le suivi du PSI-PSII : mettre en œuvre les mécanismes prévus

Lors de la rencontre de PSI-PSII, les partenaires conviennent entre eux des modalités de suivi et des mécanismes d'arrimages qui permettront d'assurer la réalisation et la coordination du PSI-PSII durant la période située entre le moment de la planification (rencontre de PSI-PSII) et le moment de la révision formelle. Faire un lien entre un suivi par un organisme et un réinvestissement avec un autre partenaire concerné.

Les modalités de suivi convenues doivent s'ajuster à la réalité des personnes et des milieux concernés et permettre d'atteindre les objectifs. Elles peuvent être diversifiées, par exemple :

- 1) Un rendez-vous téléphonique pour les partenaires impliqués au PSI-PSII et fixer quelques dates précises dans l'agenda;
- 2) Un engagement des partenaires à rédiger, à intervalles réguliers (et convenus à l'avance), un court mémo de suivi et à le faire parvenir par courriel au coordonnateur du PSI-PSII ou à l'ensemble des partenaires impliqués;
- 3) Un engagement du coordonnateur de PSI-PSII à communiquer à intervalles réguliers avec chacun des partenaires;
- 4) Une rencontre de suivi en mi-parcours (Ex. : six mois après la rencontre de PSI-PSII dont la révision est prévue dans un an), etc.;
- 5) Un CPE qui ajuste ses services en lien avec les recommandations de l'ergothérapeute.

## ACTEURS CONCERNÉS ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTAPE 5

Acteurs	Responsabilités
<b>Jeune et Parents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer à l'élaboration de leur PI avec les partenaires concernés;</li> <li>• S'engager activement dans le sens des changements planifiés;</li> <li>• Communiquer de façon continue l'évolution de leur situation;</li> <li>• Communiquer au coordonnateur de PSI-PSII toute information pouvant affecter la réalisation du PSI-PSII.</li> </ul>
<b>Coordonnateur du PSI-PSII</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre les modalités prévues pour le suivi du PSI-PSII;</li> <li>• Suivre l'évolution de la situation du jeune en regard du PSI-PSII;</li> <li>• S'assurer que les services planifiés sont rendus;</li> <li>• Faire circuler, de façon continue, l'information pertinente entourant la réalisation du PSI-PSII;</li> <li>• S'assurer du respect des échéanciers;</li> <li>• Informer le gestionnaire et coach PSI-PSII de son établissement en cas de litige.</li> </ul>
<b>Partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'arrimage entre le PI de leur organisation et le PSI-PSII;</li> <li>• Respecter leur engagement à rendre les services planifiés;</li> <li>• Respecter les modalités et les mécanismes d'arrimage entendus pour assurer le suivi du PSI-PSII;</li> <li>• Communiquer au coordonnateur de PSI-PSII, toute information pouvant affecter la réalisation du PSI-PSII.</li> </ul>
<b>Gestionnaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre l'information à son représentant du Comité enfance jeunesse famille dans le cas d'une situation complexe et multiproblématique;</li> <li>• Déployer le mécanisme de règlement des situations complexes et multiproblématiques<sup>1</sup>, si la situation le requiert.</li> </ul>
<b>Coachs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre note et apporter au comité des coachs toute information pouvant affecter la réalisation d'un PSI-PSII; s'il y a lieu, faire une discussion de cas en vue de proposer des recommandations aux membres du Comité enfance jeunesse famille.</li> </ul>

<sup>1</sup> **Comité enfance jeunesse famille**, Mécanisme de règlement des situations complexes et multiproblématiques, 2007

## 6. ÉTAPE 6 : ÉVALUER ET RÉVISER LE PSI-PSII EN RENCONTRE

### 6.1 Évaluer les résultats de l'intervention

Cette étape importante de la démarche de PSI-PSII consiste à évaluer les résultats de l'intervention concertée et à réviser la planification des besoins et des services à la lumière de l'évolution de la situation du jeune et de sa famille lors d'une rencontre formelle. La rencontre de révision du PSI-PSII vise essentiellement à :

- 1) Évaluer l'atteinte des objectifs généraux fixés au PSI-PSII, soit les résultats de l'intervention sur l'évolution de la situation du jeune et de sa famille;
- 2) Évaluer les conditions générales mises en place pour soutenir l'atteinte de ces objectifs, soit les actions réalisées ou les services rendus par les différents acteurs naturels ou professionnels impliqués;
- 3) Réviser et ajuster le plan en fonction des besoins actuels du jeune et de sa famille et des services requis pour y répondre.

### 6.2 Comment agir et avec quelles ressources?

Pour les participants impliqués dans la réalisation du PSI-PSII, l'étape d'évaluation et de révision du PSI-PSII consiste essentiellement à réaliser ensemble les activités suivantes :

- 1) Organiser et réaliser la rencontre de révision du PSI-PSII;
- 2) Remplir le formulaire de PSI-PSII révisé;
- 3) Décider de la poursuite de la démarche PSI-PSII et, s'il y a lieu, identifier un nouveau coordonnateur.

#### 6.2.1 Organiser la rencontre de révision du PSI-PSII

Le coordonnateur de la démarche de PSI-PSII est responsable de l'organisation de la rencontre de révision du PSI-PSII, soit de la mise en place des conditions favorables à l'atteinte des objectifs de cette étape.

##### ▪ QUAND DOIT-ON FIXER LA RENCONTRE DE RÉVISION DU PSI-PSII?

Il n'y a aucune prescription légale. Les aspects propres à chacune des situations traitées dans une démarche PSI-PSII déterminent les délais de révision d'un PSI-PSII. Ce délai doit tenir compte de ces préoccupations. Néanmoins, les membres du comité des coachs suggèrent que les révisions soient réalisées au plus tard une fois par année.

##### ▪ SE PRÉPARER À LA RENCONTRE DE RÉVISION DU PSI-PSII

La préparation à la rencontre de révision du PSI-PSII concerne tous les participants. Le coordonnateur est responsable de s'assurer qu'un bilan soit fait avec le jeune et ses parents et qu'ils participent aux décisions entourant la mise en place de conditions favorables pour assurer leur participation active durant la rencontre. Chaque partenaire doit, à titre de représentant de son organisme à la rencontre, s'assurer d'évaluer avec le jeune, ses parents et leurs proches :

- 1) L'atteinte des objectifs généraux poursuivis par son organisme, soit les résultats de l'intervention;
- 2) Leur satisfaction en regard des services rendus.

La rencontre de révision du PSI-PSII ne vise pas à rendre compte, de façon systématique, des résultats de ces différents PI.

### 6.2.2 Réaliser la rencontre de révision du PSI-PSII

La révision des objectifs s'effectue sur le formulaire initial. Si des objectifs sont reconduits ou de nouveaux objectifs sont formulés, l'utilisation d'un nouveau formulaire est nécessaire pour la poursuite du PSI-PSII. La rencontre de révision du PSI-PSII se réalise dans le même esprit que la rencontre de planification du PSI-PSII. Elle ne doit pas être un lieu pour faire une étude de cas ni pour régler les conflits entre les partenaires. Essentiellement, l'échange au cours de la rencontre doit permettre de :

- 1) Faire ensemble l'évaluation de la situation actuelle du jeune et de sa famille en regard de chacun des objectifs généraux fixés au dernier PSI-PSII.
- 2) Il s'agit donc d'évaluer, pour chaque objectif, dans quelle mesure les actions de soutien ont été réalisées comme prévu et en quoi elles ont été utiles au changement visé. Tous les participants à la rencontre contribuent à cette évaluation.

En regard de chaque objectif, les actions de soutien ont-elles été :

- *utiles au changement?*
- *inutiles au changement?*
- *nuisibles au changement?*

Au fur et à mesure de la discussion, les constats relatifs aux objectifs et aux services maintenus ou modifiés peuvent servir à construire ensemble le PSI-PSII révisé. L'étape de révision du PSI-PSII suppose de relever certains défis (Lemay, 2001) :

- Se centrer sur les réalisations et les actions efficaces réalisées par le jeune et ses parents, plutôt que de mettre l'accent sur leurs difficultés et leurs échecs;
- Reconnaître les efforts réalisés malgré les résultats obtenus et éviter la centration unique sur les difficultés rencontrées;
- Reconnaître les obstacles, difficultés ou échecs rencontrés et chercher à en comprendre le sens avec eux :
  - a) Éviter d'associer systématiquement l'échec au manque de motivation,
  - b) Identifier la nature des grands facteurs qui ont été des contraintes au changement :
    - les caractéristiques de l'environnement,
    - les caractéristiques ou capacités individuelles des personnes,
    - les facteurs de motivation,
  - c) Reconnaître les contraintes (physiques, matérielles, affectives, sociales, culturelles, etc.) réelles à leur action;
- Ajuster les objectifs et les services en fonction :
  - a) De leur intérêt (motivation),
  - b) De leurs capacités réelles,
  - c) Des conditions (ressources et contraintes) de leur environnement;
- Avoir le courage d'examiner les conséquences non intentionnelles de certaines actions professionnelles sur l'atteinte des objectifs (Lemay, 2004).

Les participants cherchent alors à comprendre ensemble le sens de ces difficultés afin de trouver des avenues pour mieux répondre aux besoins du jeune et de sa famille. Si un problème relié aux services perdure, rappelons qu'aucun intervenant, ni celui qui est désigné coordonnateur n'a l'autorité pour agir auprès d'un pair. Dans certains cas, le recours au mécanisme de règlement des situations complexes et multiproblématiques peut être requis. Enfin, le jeune et ses parents peuvent en tout temps exercer leur droit de recours pour dénoncer une situation insatisfaisante et recevoir du soutien pour l'exercer.

## LES ACTEURS CONCERNÉS ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTAPE 6

Acteurs	Responsabilités
<p><b>Jeune et Parents</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se préparer à la rencontre de révision avec le soutien du coordonnateur;</li> <li>• Participer aux décisions entourant l'organisation de la rencontre;</li> <li>• Être présent lors de la rencontre de révision;</li> <li>• Communiquer leur évaluation : 1) de l'atteinte des objectifs généraux du jeune, 2) de leur propre contribution en soutien à l'atteinte de ces objectifs (les actions qu'ils ont réalisées), 3) de l'aide (naturelle et professionnelle) qu'ils ont reçue;</li> <li>• Communiquer leur évaluation des besoins de changement actuels et des moyens de soutien requis;</li> <li>• Identifier les actions ou responsabilités qu'ils s'engagent à prendre pour soutenir l'atteinte des nouveaux objectifs du jeune;</li> <li>• Valider et signer le formulaire de PSI-PSII révisé.</li> </ul>
<p><b>Coordonnateur du PSI-PSII</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les évaluations requises pour la rencontre sont réalisées;</li> <li>• S'assurer que le jeune et sa famille soient informés et accompagnés dans la préparation de la rencontre, laquelle requiert de faire avec eux le bilan : 1) des résultats ou de l'atteinte des objectifs, 2) des moyens ou services reçus (accessibilité, suffisance, qualité des services, satisfaction);</li> <li>• Organiser la rencontre de révision à l'échéance prévue, ou avant, lorsque des changements dans la situation du jeune le requièrent;</li> <li>• Convoquer les participants à la rencontre de révision;</li> <li>• Animer la rencontre en favorisant la participation active du jeune et de sa famille;</li> <li>• Ajuster le formulaire PSI-PSII ou mettre fin à la démarche de PSI-PSII;</li> <li>• S'assurer que le PSI-PSII révisé est rempli conformément aux décisions prises et qu'il répond à la vision du jeune et de sa famille;</li> <li>• Diffuser le formulaire de PSI-PSII révisé aux personnes concernées;</li> <li>• S'assurer que soit nommé, s'il y a lieu, un nouveau coordonnateur de PSI-PSII.</li> </ul>
<p><b>Partenaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer avec le jeune et sa famille l'atteinte des objectifs généraux en lien avec l'intervention de leur organisme;</li> <li>• Se préparer à la rencontre de révision;</li> <li>• Participer aux décisions entourant l'organisation de la rencontre;</li> <li>• Soutenir le jeune et ses proches à participer activement à la rencontre;</li> <li>• Accueillir de façon constructive les bilans d'évaluation concernant leurs services;</li> <li>• Partager leur propre bilan et leur vision actuelle des besoins et services requis;</li> <li>• Valider et signer, le formulaire de PSI-PSII révisé.</li> </ul>
<p><b>Coachs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir comme personne-ressource, conseiller et supporter.</li> </ul>

## CONCLUSION

La réflexion des différents partenaires du territoire Arthabaska-Érable entourant la production de ce manuel de référence témoigne, sans contredit, d'une reconnaissance collective de l'importance d'impliquer tous les acteurs pour assurer le succès de la coordination des services autour des jeunes et des familles.

Implanter et réaliser une démarche de plan de services individualisé et intersectoriel (PSI-PSII) est un exercice qui interpelle tout le monde : les jeunes et les familles, les intervenants, les gestionnaires et les directions des établissements ou organismes impliqués. Au cours des dernières années, différentes actions concrètes ont été mises en place afin de soutenir l'implantation et la réalisation des démarches de PSI-PSII :

- 1) Formations offertes, sur l'utilisation du PSI-PSII à l'ensemble des partenaires en santé et services sociaux, scolaires, communautaires et centres de la petite enfance;
- 2) La production d'un manuel de référence territoriale en matière de PSI-PSII;
- 3) L'implantation des services jeunesse intégrés sur le territoire Arthabaska-et-de-l'Érable;
- 4) La présence du Comité enfance jeunesse famille;
- 5) La nomination de coachs PSI-PSII appelés à soutenir concrètement les intervenants impliqués dans ces démarches au sein des établissements des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux et des centres de la petite enfance.

Essentiellement, les coachs PSI-PSII ont le mandat de contribuer, à leur niveau, à :

- 1) Faire la promotion des démarches de PSI-PSII au sein de leur secteur;
- 2) Soutenir concrètement les intervenants à réaliser des démarches de PSI-PSII;
- 3) Faire le suivi de l'implantation des PSI-PSII au sein du comité des coachs;
- 4) Identifier les obstacles et les conditions facilitantes pour la réalisation des PSI-PSII;
- 5) Collaborer au développement de moyens concrets susceptibles de soutenir la réalisation des démarches de PSI-PSII;
- 6) Se regrouper en comité pour échanger et intégrer les différentes facettes d'une démarche PSI-PSII;
- 7) La démarche PSI-PSII instaurée sur le territoire est évolutive. À cet effet, le comité des coachs devra s'assurer d'en faire une évaluation et au fur et à mesure que la démarche évolue, il devra faire des recommandations au Comité enfance jeunesse famille;
- 8) Tous conviennent que les formulaires utilisés devront faire partie d'un suivi étroit afin de s'assurer de leur nécessité, leur convivialité, leur respect des différentes règles, procédures et loi en vigueur. Toutes modifications, tous ajouts ou tous retraits devront faire l'objet d'une adoption au Comité enfance jeunesse famille.

L'exercice de ce rôle dans les milieux implique de la part des coachs PSI-PSII, des intervenants, des gestionnaires et de leur milieu en général :

- 1) La capacité de faire face à une part d'inconnu, puisque le nouveau rôle de « coach » est à construire au fur et à mesure où émergent les besoins d'accompagnement des intervenants impliqués dans des démarches de PSI-PSII;
- 2) La souplesse d'ajuster ce rôle aux diverses réalités organisationnelles et cliniques des différents milieux et aux différents besoins d'accompagnement des intervenants, lesquels font à leur tour face à des démarches de PSI-PSII diversifiées puisqu'ajustées aux besoins particuliers des jeunes et des familles;
- 3) La capacité de délimiter les zones d'action ou de pouvoir du coach par rapport aux autres acteurs également appelés à jouer un rôle de soutien ou d'encadrement auprès des intervenants au sein de l'organisme : conseiller clinique, supérieur immédiat, etc.;

- 4) La mise en place de mécanismes de communication entre les acteurs à l'intérieur d'un secteur et entre les secteurs afin de partager l'information utile à l'implantation et à la réalisation des PSI-PSII, notamment les conditions de succès et les obstacles associés à ces démarches.

Quant au Comité enfance jeunesse famille, celui-ci doit soutenir et assurer le suivi de l'implantation des PSI-PSII. Il réunit des gestionnaires, représentants du réseau de la santé et des services sociaux, de la commission scolaire, des organismes communautaires et des centres de la petite enfance. Essentiellement, son mandat consiste à :

- 1) Définir et utiliser des mécanismes de communication continus avec les membres du groupe de coachs PSI-PSII;
- 2) Promouvoir l'implantation des PSI-PSII auprès des organisations concernées;
- 3) Définir, recommander et mettre en place des mécanismes de suivi et de soutien à l'implantation des PSI-PSII;
- 4) Valider et assurer l'utilisation des divers outils développés pour soutenir la réalisation des démarches de PSI-PSII, notamment : l'outil de planification (formulaire papier), le manuel de référence pour la réalisation des PSI-PSII, etc. ;
- 5) Définir et implanter des outils de collecte d'informations (*monitoring*) sur l'implantation et la réalisation des PSI-PSII;
- 6) Identifier les conditions de réussite et les obstacles à l'implantation des démarches de PSI-PSII;
- 7) Proposer des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Les différentes structures de soutien mises en place engagent nombre d'acteurs à différents niveaux de responsabilités et témoignent, sans contredit, de l'engagement des différents milieux de pratique à mieux répondre aux besoins des jeunes et de leurs familles. Ce manuel de référence ne demeure qu'un guide pour l'accompagnement de ces personnes situées au cœur des démarches de plans de services; leur situation particulière et leur propre volonté de changement doivent demeurer au centre de nos priorités.

## RECOMMANDATIONS

Afin de permettre une intégration optimale de la démarche PSI-PSII dans le territoire Arthabaska-Érable, le comité des coachs maintient les recommandations suivantes :

- 1) Afin d'assurer la cohésion des membres au sein du comité des coachs et de permettre un suivi serré des démarches entreprises sur le territoire, il est important de maintenir les rencontres du comité en prévoyant cinq rencontres annuellement. Ces rencontres devront être planifiées et animées par un membre du Comité enfance jeunesse famille afin de faciliter la circulation de l'information entre ces deux instances;
- 2) Il est primordial d'assurer une formation continue afin de former les nouveaux intervenants. De plus, les philosophies sous-jacentes à cette démarche doivent faire partie intégrante de l'orientation ou de la formation des nouveaux employés;
- 3) Afin d'assurer une continuité au sein des coachs, les organisations impliquées doivent s'assurer d'un transfert des connaissances et d'expertises lorsqu'un coach, représentant une organisation, quitte ce rôle et est remplacé par une autre personne. De plus, les organisations doivent prévoir un coach substitut lors d'une absence prolongée;
- 4) Les organisations impliquées dans la démarche, afin d'assurer la pérennité de ce qui a été mis en place, doivent favoriser des conditions de succès afin de reconnaître à sa juste valeur, l'importance d'une démarche PSI-PSII et permettre aux coachs de jouer pleinement leur rôle;
- 5) De plus, lorsqu'il y a une difficulté à fixer un moment de rencontre pour la réalisation de la démarche PSI-PSII, le comité des coachs propose de prioriser la plage horaire mensuelle du 2<sup>e</sup> jeudi de chaque mois en avant-midi;
- 6) Le présent manuel de référence vient baliser un certain nombre d'éléments et propose différents outils. Bien entendu, tous ces éléments devront faire partie d'un suivi planifié afin de s'assurer que le manuel de référence et les outils proposés soient utiles et efficaces. Ils devront, au moins une fois par année, être réévalués afin de les adapter si nécessaire.

# **Annexe 1**

- **À QUOI SERT VOTRE PLAN DE SERVICES ?** Un Plan de services individualisé et intersectoriel est une démarche qui...
  - AVEC* votre participation active ou celle de votre représentant;
  - PAR* la coordination des interventions;
  - PERMET* de planifier et de dispenser les services qui vous sont nécessaires;
  - POUR* répondre à vos besoins.
- Le plan de services est votre propriété. Vous êtes présent(e) lors de son élaboration ou de sa révision. Vous participez aux décisions qui sont prises, y compris la décision d'impliquer une personne ou un service dans votre Plan de services. Vous avez le droit d'être accompagné(e);
- Votre plan de services doit refléter votre véritable situation et vos besoins;
- C'est un outil de communication précieux contenant de l'information sur l'ensemble des services que vous recevez, des intervenants responsables qui peuvent vous accompagner et qui vous connaissent. Nous vous recommandons de vous en servir pour informer les intervenants avec qui vous faites affaire. Vous pouvez ainsi éviter de répéter des renseignements à fournir, des chevauchements et des attentes;
- Vous pouvez demander une révision de votre plan de services à la suite de changements dans votre situation ou à l'impossibilité de recevoir les services prévus. Vous vous adressez à la personne responsable de la coordination de votre plan de services;
- **Recours** : si vous n'obtenez pas l'élaboration ou la révision de votre plan de services, vous pouvez :
  - Faire une plainte d'abord au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou à la personne responsable des plaintes de l'établissement concerné;
  - **Si le rapport ne vous est pas fourni à l'intérieur du délai de 45 jours**, prescrit par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou si vous n'êtes pas satisfait du rapport du commissaire ainsi que des suites apportées au rapport, vous pouvez vous adresser au Protecteur du citoyen;
  - Vous pouvez obtenir de l'aide pour formuler votre plainte de la part du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et vous pouvez être accompagné par une personne ou un organisme de votre choix. Enfin, l'Office des personnes handicapées du Québec fournit des services d'information, de soutien et d'accompagnement;
  - Il existe aussi un centre d'assistance nommé CAAP : Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Mauricie / Centre du Québec (Numéro de téléphone : 1-877-767-2227)

## **Annexe 2**



## Plan de services individualisé et intersectoriel

### CONSENTEMENT DE L'USAGER à l'échange de renseignements personnels

Date de naissance \_\_\_\_\_ No de dossier \_\_\_\_\_  
 année / mois / jour

Nom et prénom à la naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Sexe M  F   
 ind. rég.

Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable



Dans le cadre du Plan de services individualisé, les organismes cités ci-dessous travailleront ensemble pour vous offrir des soins et des services de qualité.

#### But de la demande

Je comprends que ma situation ou celle de mon enfant nécessite des services dispensés par des équipes professionnelles de différents organismes.

J'autorise les professionnels de ces organismes à échanger **entre eux** tous les renseignements personnels pertinents et nécessaires pour m'assurer une meilleure continuité de soins et de services.

Je comprends que ces équipes professionnelles échangeront entre elles, dans la plus grande confidentialité, uniquement l'information nécessitée par mes soins et mes services ou ceux de mon enfant.

#### Organismes pouvant émettre et recevoir les renseignements personnels requis

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centre de Santé et de Services Sociaux d'Arthabaska-Érable     | <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec -Institut universitaire (CRDITED MCQ IU) |
| <input type="checkbox"/> Centre Jeunesse Mauricie Centre-du-Québec                      | <input type="checkbox"/> Services de garde éducatifs à l'enfance<br>Nom du service de garde : _____  |
| <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation l'InterVal                              | <input type="checkbox"/> Autres organismes<br>Nom : _____  |
| <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation Domrémy                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Commission scolaire des Bois-Francis<br>Nom de l'école : _____ |  |

Le consentement est valide pour une durée d'un an à compter de la date de la signature. En tout temps, un des signataires peut mettre un terme au consentement. Il peut être révoqué par l'un des signataires pour la partie qui le concerne.

Refus d'échange d'information

#### Signature des personnes concernées

Parent concerné (mère) : \_\_\_\_\_

Parent concerné (père) : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Enfant concerné (14 ans et plus) : \_\_\_\_\_

Témoin (intervenant et nom de l'organisme) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

Q:\PSI\FORMULAIRE CONSENTEMENT USAGER DÉMARCHE PSI 05-03-2014.DOC

## **Annexe 3**

## **AIDE MÉMOIRE ET SUGGESTIONS POUR ANIMER LA RENCONTRE PSI-PSII**

Généralement, la rencontre de PSI-PSII comporte les grandes étapes suivantes

### ▪ **L'accueil :**

Il est essentiel d'accueillir le jeune et sa famille en vue de favoriser un sentiment général de bien-être et de confort. Permettre un tour de table afin que chacun puisse se présenter. Cette phase plus ou moins formelle vise à mettre en place diverses conditions ajustées à la réalité des participants.

### ▪ **La mise en contexte :**

Cette période formelle vise à rappeler l'esprit, les objectifs, le déroulement et les conditions de réalisation de la rencontre.

### ▪ **La réalisation proprement dite :**

Il s'agit du cœur de la rencontre dont la centration porte sur le partage des points de vue concernant :

- L'ensemble des grands besoins de changement dans la situation du jeune;
- Les responsabilités ou actions à réaliser par les parents, figures parentales ou proches de la famille;
- Les actions à réaliser par les intervenants ou les programmes/services à offrir au jeune, aux parents et à leurs proches.

Un défi important à cette étape concerne le choix et la priorisation des objectifs généraux et des moyens (actions, services) identifiés au PSI-PSII. Ceux-ci doivent tenir compte :

- De ce qui est important aux yeux du jeune et de ses parents; leurs intérêts, projets, buts et motivations,
- De leur capacité d'effectuer des changements;
- Des conditions (ressources et contraintes) de leur milieu;
- Du contexte de pratique qui encadre les droits et obligations de chacun.

### ▪ **La rédaction du plan de services**

Le coordonnateur s'assure que quelqu'un rédige et anime la rencontre. Notez bien que la construction du plan de services est une tâche à laquelle tous les participants contribuent tout au long de la rencontre en validant, au fur et à mesure, les consensus qui émergent des échanges sur les besoins et sur les services.

### ▪ **La fin de la rencontre**

Ce moment vise à identifier les mécanismes de coordination et de suivi du plan de services individualisé et intersectoriel, à rappeler les étapes subséquentes de la démarche de PSI-PSII et enfin, à partager le niveau de satisfaction des participants en regard de la rencontre.

### ▪ **Fixer la date de révision du PSI-PSII.**

## **Annexe 4**



Nom de l'utilisateur :

Date de naissance :

Date du PSI-PSII initial :

Date du PSI-PSII révisé :

Nom coordonnateur du PSI-PSII :

**PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)  
ET INTERSECTORIEL (PSII)**

**Confidentiel**

N.B. Veuillez joindre le consentement de l'utilisateur à l'échange de renseignements personnels à ce PSI-PSII.

N° dossier usager de l'organisme qui coordonne

NOM DES PERSONNES INVITÉES	ORGANISME OU LIEN AVEC L'USAGER	SIGNATURE	
		PSI-PSII INITIAL	PSI-PSII RÉVISÉ

Nous sommes informés que le présent formulaire sera envoyé aux différents partenaires ayant participé au plan de services individualisé et intersectoriel.

# PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) ET INTERSECTORIEL (PSII)

INFORMATION DEVANT ÊTRE CONNUE DE TOUS (Ex. : CADRE LÉGAL DE L'INTERVENTION)	SITUATION DÉSIRÉE, PROJET	ATTENTE OU SECTEUR DE BESOINS PRIORITAIRES

**Champs d'intervention :**

- |  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| 1) Santé, développement et bien-être physique      | 4) Relations familiales et conjugales            | 7) Travail / Occupation |
| 2) Santé, développement et bien-être psychologique | 5) Relations interpersonnelles et sociales       | 8) Loisirs              |
| 3) Milieu de vie / Domicile / Hébergement          | 6) Milieu de garde / Milieu scolaire / Formation | 9) Communauté           |

**Légende :**

- AB** : Abandonné  
**A** : Atteint  
**PA** : Partiellement atteint  
**NA** : Non atteint

CHAMPS D'INTERVENTION	OBJECTIF/BESOIN	ACTION À RÉALISER OU SERVICE REQUIS	RESPONSABLE/ DISPENSATEUR	NOTE 1	RÉVISION

# PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) ET INTERSECTORIEL (PSII)

CHAMPS D'INTERVENTION	OBJECTIF/BESOIN	ACTION À RÉALISER OU SERVICE REQUIS	RESPONSABLE/ DISPENSATEUR	NOTE <sup>1</sup>	RÉVISION

<sup>1</sup> Exemple : démarches préalables, échéancier particulier (délai d'attente requis)

**PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)  
ET INTERSECTORIEL (PSII)**

**NOTE PARTICULIÈRE :** (Inscrire ici toute information, contrainte ou attente des participants qui éclairerait la situation de la personne ou les démarches à entreprendre).

Date de la révision : \_\_\_\_\_

Endroit : \_\_\_\_\_

Date de remise aux parties impliquées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'utilisateur ou de son représentant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du coordonnateur du plan de services individualisé

\_\_\_\_\_  
Date

Mis à jour le 22 mars 2013

Modèle inspiré du formulaire développé par Louise Lemay, Phd

# **Annexe 5**

## Liste des outils utilisés par les établissements

Établissements	Noms du formulaire ou de la démarche	Motifs de son utilisation
<b>Tous</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TSI</b> : Table de services intégrés</li> <li>• <b>PSI-PSII</b> : Plan de services individualisé et intersectoriel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement des situations complexes et multiproblématiques.</li> <li>• Démarche afin de planifier, clarifier le rôle et les mandats de plusieurs établissements</li> </ul>
<b>CSSSAE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PI</b> : Plan d'intervention</li> <li>• <b>PT</b> : Plan de traitement</li> <li>• <b>PTI</b> : Plan thérapeutique infirmier.</li> <li>• <b>PII ou multi</b> : Plan d'intervention interdisciplinaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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, identifie ses besoins, détermine les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Chaque intervenant qui intervient auprès d'une personne doit avoir son propre plan d'intervention.</li> <li>• Plan très détaillé où l'on retrouve toutes les activités à réaliser pour l'atteinte des objectifs ciblés avec le client. Outil utilisé par les orthophonistes.</li> <li>• Outil de planification de l'intervention nursing. Obligatoire.</li> <li>• Est élaboré par des professionnels de différentes disciplines du même établissement.</li> </ul>
<b>Centre Jeunesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TLOS</b> : Table locale d'organisation de services</li> <li>• <b>PI</b> : Plan d'intervention</li> <li>• <b>PII</b> : Plan d'intervention intégré.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Celle-ci a pour fonction de déterminer les services pertinents à mettre en place pour le jeune et sa famille qu'ils soient dispensés par le Centre Jeunesse ou par ses partenaires.</li> <li>• Outil de planification de l'intervention de l'intervenant.</li> <li>• Utilisé dans les situations où il y a plusieurs services donnés par le centre jeunesse. Ex psychosocial, psychologie, PETAS, etc.</li> </ul>
<b>InterVal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PII</b> : Plan d'intervention individualisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil de planification interdisciplinaire des interventions de l'équipe.</li> </ul>
<b>CPE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PI</b> : Plan d'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil de planification de l'intervention de l'intervenant.</li> </ul>

Établissements	Noms du formulaire ou de la démarche	Motifs de son utilisation
<b>Commission scolaire des Bois-Francis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PI</b> : Plan d'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrit dans la Loi sur l'instruction publique (Loi 107). Tout élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage doit détenir un PI. Il s'agit d'une démarche de concertation établie avec l'aide des parents, l'élève et le personnel qui dispense des services et qui tient compte des capacités et des besoins de l'élève ( art.96,14).</li> </ul>
<b>CRDITED-MCQ IU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PII</b> : Plan d'intervention interdisciplinaire</li> <li>• <b>Processus clinique</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification spécifique des interventions réalisées auprès d'un usager, réalisé par l'intervenant responsable du dossier en équipe interdisciplinaire.</li> <li>• Processus déterminant le déroulement de l'épisode de services du CRDITED.</li> </ul>
<b>Domrémy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PI</b> : Plan d'intervention :</li> <li>• <b>PII</b> : Plan d'intervention interdisciplinaire</li> <li>• <b>PTI</b> : Plan thérapeutique infirmier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification spécifique des interventions réalisées auprès d'un usager, réalisé par l'intervenant responsable du dossier</li> <li>• Il est rédigé lorsqu'une problématique nécessite l'implication auprès d'un usager d'intervenants appartenant à différentes professions ou ayant chacun une compétence spécifique (ex : réadaptation &amp; traitement psychologique)</li> <li>• Outil de planification de l'intervention nursing. Avec la Loi 90, il est obligatoire depuis avril 2009.</li> </ul>

## **Annexe 6**



## Critères décisionnels

### pour la mise en place d'une démarche de plan de services individualisé (PSI) et intersectoriel (PSII)

- 1) L'évaluation globale de la situation du jeune conduit-elle à identifier des besoins pour lesquels la participation de plus d'un établissement s'avère requise (établissements déjà impliqués ou pour lesquels une demande a déjà été effectuée)? Oui  Non
- 2) La situation est-elle complexe? C'est-à-dire, le jeune a-t-il des besoins multiples qui ont un impact dans plusieurs sphères de sa vie qui font en sorte que la situation se dirige vers une impasse? Oui  Non
- 3) La situation requiert-elle une coordination entre les dispensateurs de services pour éviter que l'intervention piétine ou soit dédoublée? Oui  Non
- 4) Le jeune et ses parents acceptent-ils d'entreprendre la démarche PSI? Oui  Non

**SI VOUS RÉPONDEZ À TOUTES CES QUESTIONS PAR L’AFFIRMATIVE, UNE DÉMARCHE DE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL EST FORTEMENT RECOMMANDÉE.**

**À noter que lors de transitions**, porter une attention particulière à la pertinence de réaliser un PSII puisqu'il peut y avoir un risque de discontinuité des services et de fragilisation des interventions :

- entrée à l'école
- de l'école primaire à l'école secondaire
- de l'école à la vie active (TÉVA) ou lors du passage à l'âge adulte

Si vous arrivez à la conclusion qu'une démarche PSI-PSII n'est pas requise pour votre situation, veuillez vous référer aux mécanismes de concertation de votre établissement.

**Dans le cas où des questionnements de votre part persistent,  
vous référer au coach PSI-PSII de votre organisme**  
voir sur site web : [www.csssae.qc.ca](http://www.csssae.qc.ca) /partenaires en santé et services sociaux / concertation enfance jeunesse famille