

# Élaboration et suivi des PI/PSI

Guide à l'intention  
des intervenants



Adopté par le comité de direction en date du 11 février 2003



**CRDI Montérégie-Est**  
Centre de réadaptation  
en déficience intellectuelle



## Remerciements

Sincères remerciements aux personnes ayant participé aux travaux de l'équipe de gestion de projet « Plan d'intervention » pour leur implication aux travaux de ce chantier.

<b><i>Chantal Bélanger</i></b>	Chef de programmes, Haute-Yamaska
<b><i>Martine Gagnon</i></b>	Conseillère aux programmes et développement clinique, DSP
<b><i>Anne-Marie Jobin</i></b>	Éducatrice, soutien adulte, Saint-Hubert
<b><i>Serge Lapointe</i></b>	Coordonnateur des services de réadaptation soutien adulte et socioprofessionnel, Samuel-de-Champlain
<b><i>Annick Le Beau</i></b>	Spécialiste aux activités cliniques, DSP
<b><i>Rachel Portelance</i></b>	Directrice des services de réadaptation soutien adulte et socioprofessionnel
<b><i>Rino Plourde</i></b>	Éducateur, soutien enfance, Saint-Hubert
<b><i>Jocelyn Poirier</i></b>	Éducateur, soutien adulte, Samuel-de-Champlain
<b><i>Denis Roger</i></b>	Coordonnateur, Direction des services de réadaptation, soutien enfance, des Seigneuries, du Havre, des Maskoutains et La Chênaie
<b><i>Monique Rondeau</i></b>	Adjointe à la coordonnatrice aux services soutien clinique et TGC, DSP

## Note aux lecteurs

Pour fin de compréhension commune, nous reprenons la définition d'éducateur de référence, telle que formulée dans le règlement relatif à la gestion des plans d'intervention et des plans de services individualisés, version révisée le 19 février 2003. Cette définition découle des travaux de l'équipe de gestion de projet portant sur la clarification des rôles.

### ÉDUCATEUR DE RÉFÉRENCE

Tout employé du CRDI Montérégie-Est occupant, de façon temporaire ou permanente, un poste d'éducateur ou de psychoéducateur, à qui est confiée la responsabilité de coordonner, d'animer, d'élaborer et d'assurer le suivi du plan d'intervention de l'utilisateur inscrit aux services dispensés par l'établissement. En transition, jusqu'à ce qu'un éducateur de référence soit attribué à chacun des usagers, un agent de relations humaines, un travailleur social, un technicien en assistance sociale ou un agent d'intégration peut se voir confier la responsabilité de coordonner, d'animer, d'élaborer et d'assurer le suivi du plan d'intervention de l'utilisateur inscrit aux services dispensés par l'établissement.

Lorsqu'il y a plus d'un intervenant au dossier, l'éducateur ou le psychoéducateur de l'équipe soutien sera favorisé. S'il n'y a pas d'éducateur de l'équipe soutien, les coordonnateurs concernés identifieront l'intervenant qui aura la responsabilité de coordonner, d'animer, d'élaborer et d'assurer le suivi du plan d'intervention de l'utilisateur. Les autres intervenants pourront être responsables de la rédaction et du suivi d'un ou de plusieurs objectifs du plan d'intervention. Il peut s'agir de l'éducateur en milieu résidentiel ou socioprofessionnel. Ils travailleront alors en collaboration avec l'éducateur de référence ou celui désigné pour élaborer le plan d'intervention de l'utilisateur.

Afin d'alléger le texte, le vocable « éducateur de référence » est utilisé dans le présent document. Il faut toutefois comprendre que, selon le cas, les responsabilités confiées à l'éducateur de référence s'appliquent en tout ou en partie à d'autres intervenants.

# 1 Introduction

Le CRDI Montérégie-Est est un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED), l'un ou l'autre pouvant être accompagné d'autres déficiences ou problématiques.

Sa mission consiste à offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes visées, de même que des services d'accompagnement et de soutien à leur entourage.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule l'obligation de l'établissement d'élaborer, pour chaque personne inscrite à ses services, un plan d'intervention (article 102). À cet effet, le conseil d'administration du CRDI Montérégie-Est a adopté le 19 février 2003 le règlement révisé relatif à la gestion des plans d'intervention (PI) et des plans de services individualisés (PSI).

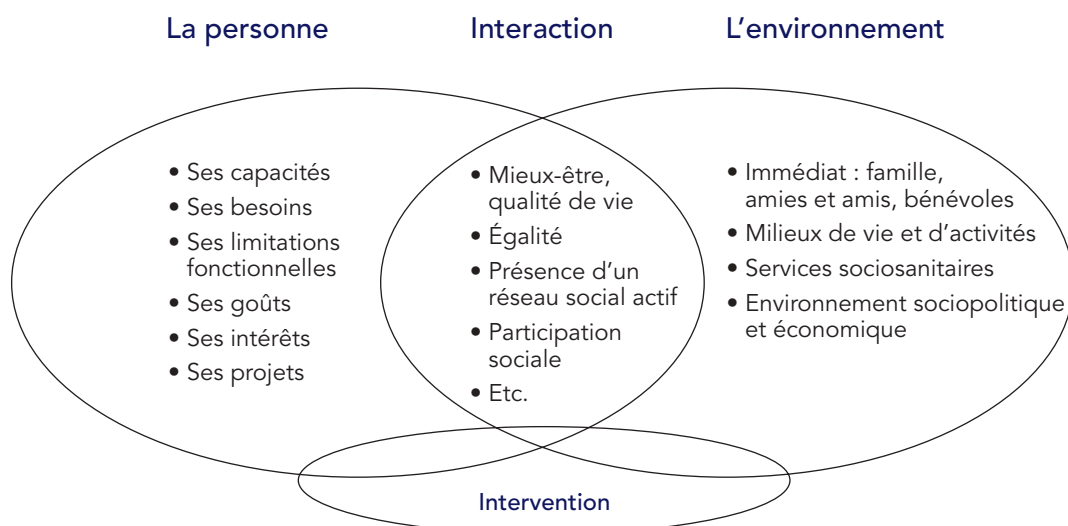
Le présent document accompagne le règlement précédemment cité. Il identifie chacune des étapes menant à l'élaboration et au suivi du plan d'intervention ou du plan de services individualisé, les formulaires utilisés, le rôle des principaux acteurs et la philosophie soutenant l'ensemble de la démarche.

# 2

## Le processus clinique

Le processus clinique est constitué de l'ensemble des étapes et des éléments cliniques permettant d'identifier et de mettre en place les interventions à privilégier auprès de la personne et de son entourage. Ce processus vise une pratique professionnelle centrée sur la personne, son milieu et son réseau d'aide ainsi qu'une cohésion des interventions.

L'intervention clinique repose sur les approches communautaire, positive et personnalisée. Ces approches s'imbriquent dans une vision écosystémique où l'interaction entre la personne et son milieu est constamment prise en compte dans l'ensemble des interventions.<sup>1</sup>



Les interventions s'inscrivent à l'intérieur d'une relation d'aide où les intervenants favorisent l'exercice des droits des personnes tout en leur permettant d'assumer leurs responsabilités.<sup>2</sup>

De par leur expertise et leurs attitudes, les intervenants permettent à la personne et à son entourage d'actualiser leur plein potentiel. Ils mettent en place les conditions nécessaires pour diminuer les situations de handicap rencontrées. Ces conditions représentent l'application concrète des approches préconisées par l'établissement.

À cet égard, le plan de services individualisé (PSI) et le plan d'intervention (PI) sont des outils permettant de soutenir l'intervention. Ils s'élaborent dans le cadre du processus clinique.

<sup>1</sup> CRDI Montérégie-Est. 2002, *Plan d'organisation – plan stratégique 2002-2005*, Longueuil, p.17.

<sup>2</sup> Id., 1998, *Code d'éthique*, p.3.

### 3.1 Plan d'intervention

Le plan d'intervention (PI) est une étape du processus clinique. Il est élaboré par un ou des intervenants d'un même établissement avec la participation active de l'utilisateur et/ou de son représentant, de sa famille et de ses proches, en vue d'identifier les besoins, de déterminer les objectifs poursuivis et les moyens à utiliser pour répondre à ces besoins et la durée prévisible des services.

### 3.2 Plan de services individualisé

Le plan de services individualisé (PSI) est une étape du processus clinique. Il est élaboré avec l'utilisateur et/ou son représentant, la famille, les proches et les partenaires en vue de coordonner les interventions nécessaires pour répondre à leur situation et à leurs besoins, afin de favoriser ou de maintenir l'intégration et la participation sociale de l'utilisateur (L.S.S.S.S.). Un PSI est requis lorsque, pour une période déterminée, des services sont dispensés par des intervenants de plusieurs établissements. L'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui désigné après concertation entre eux, doit élaborer un tel plan. Le PSI génère autant de plans d'intervention qu'il y a d'établissements différents et s'actualise grâce à la mise en œuvre concertée de ces plans d'intervention.

Donc, si nous sommes le seul établissement dispensant des services à la personne et à son entourage, un **PLAN D'INTERVENTION (PI)** est élaboré.

Si plus d'un établissement participe à la réponse aux besoins de la personne et de son entourage, un **PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)** est élaboré.

# 4

## Les étapes de l'élaboration d'un PI ou d'un PSI

L'actualisation de la démarche d'élaboration du PI ou du PSI est confiée aux éducateurs de référence. S'il y a lieu, en accord avec la personne et/ou son représentant, ils contactent les partenaires, afin d'offrir la possibilité d'élaborer un plan de services individualisé pour la personne.<sup>3</sup> Si les partenaires conviennent d'élaborer un PSI, l'intervenant qui le convoquera et celui qui l'animera sont identifiés ainsi que le formulaire utilisé lors de la rencontre.

Pour soutenir la démarche clinique et assurer la pertinence et la qualité des interventions, un minimum d'outils est nécessaire. Compléter ces documents, au même titre que l'intervention, fait partie intégrante de l'activité professionnelle des éducateurs de référence. Ainsi, ils peuvent mieux cibler leurs actions, en évaluer les résultats et apporter rapidement les ajustements nécessaires. À cet égard, les coordonnateurs des services de réadaptation et les conseillers à l'intervention offrent du soutien aux éducateurs de référence, selon leur niveau de responsabilité respectif.

### 4.1 Identification des besoins

#### 4.1.1 Exploration de la demande de service<sup>4</sup>

**Outil :**

**Exploration de la demande de service**

**Complété par :**

**L'éducateur de référence**

**Conservation des documents :**

**Les conclusions sont versées au dossier central de la personne.**

Au-delà de la validation de la demande de services via le mécanisme d'accès, il importe d'identifier et de clarifier les attentes de la personne et celles de son entourage quant aux services dispensés par notre établissement.

La demande de services survient souvent à la suite d'un événement particulier, d'un déclencheur. Il peut être intrafamilial, survenir à la suite d'une crise quelconque, etc. La connaissance de cet élément déclencheur permet de cerner le contexte et d'identifier les conditions facilitant ou faisant obstacle à la participation active de la personne et de son entourage à la réalisation du plan d'intervention. Il est également possible que les attentes dépassent la mission de l'établissement.

<sup>3</sup> Lorsque le PSI se réalise dans le cadre de l'implantation du PSI Jeunesse développé pour le jeune en difficultés multiples d'adaptation et sa famille, consulter le conseiller à l'intervention afin de prendre connaissance des outils proposés.

<sup>4</sup> Régie régionale de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence PSI Jeunesse*. Décembre 2001. CRDI Montérégie-Est, DSP. Document de travail *Synthèse de réflexions sur la parentalité*. Octobre 2002.



L'exploration de la demande permet donc de préciser notre offre de services et de transformer les attentes en une entente constituant la base du PI ou du PSI. Au besoin, la personne et son entourage pourront être accompagnés vers d'autres organismes.

Cette étape incontournable, dans le cas d'un usager nouvellement inscrit à nos services, peut être reprise au besoin, lorsque la situation de la personne ou de son entourage sollicite un éclairage nouveau.

#### 4.1.2 Cueillette des données

**Outil :**

**Consulter la liste des outils disponibles<sup>5</sup>**

**Complété par :**

**L'éducateur de référence**

**Conservation des documents :**

**Selon les indications de la liste des outils disponibles.**

Le but de cette étape est de mieux connaître la personne et son entourage, d'identifier le projet de vie ou de développement et ainsi, favoriser un choix judicieux d'interventions pour en permettre la réalisation.

Cette étape cruciale permet d'identifier les besoins et les aspirations de la personne et de son entourage, de faire le point sur l'ensemble des services dispensés, ainsi que sur les résultats obtenus. Elle repose sur l'identification, avec la personne, la famille et les proches, des forces et des besoins en lien avec le projet de vie ou de développement de la personne, et tient compte des différents milieux qu'elle fréquente.

Une **FORCE** est ce que la personne fait ou possède et qui est socialement valorisé. Un **BESOIN** apparaît lorsqu'il y a un écart entre la situation actuelle de la personne et la situation désirée.<sup>6</sup>

Le **PROJET DE VIE** réfère à ce que la personne adolescente ou adulte et/ou son représentant souhaite réaliser, ce à quoi elle tient le plus, ses aspirations à court, moyen et long terme. Il peut s'agir de changements envisagés tant au plan du soutien, de besoins résidentiel ou socioprofessionnel. Par exemples : avoir un milieu de vie adapté, occuper un emploi, etc.

Le **PROJET DE DÉVELOPPEMENT** s'adresse aux enfants et à leurs représentants. Il permet d'opérer un choix de priorités et de stratégies d'intervention en lien avec l'âge de l'enfant et l'intégration et la participation sociales souhaitées par son représentant.

<sup>5</sup> Un inventaire des outils utilisés et disponibles dans l'établissement a été réalisé. Certains outils sont identifiés à une clientèle ou un type de service et doivent être obligatoirement complétés. Pour les autres, la direction des services professionnels poursuit son analyse et transmettra l'information au fur et à mesure de l'évolution des travaux.

<sup>6</sup> Daniel Boisvert et collab. 1990, *Le plan de services individualisés, participation et animation*. Édition Agence d'Arc.

L'éducateur de référence de la personne procède à la collecte des données. La personne, la famille, les proches participent activement à cette étape. Lorsqu'il y a plusieurs intervenants de l'établissement impliqués auprès de la personne (moniteurs, instructeurs, intervenants en milieu résidentiel, préposés en résidence, ressource de type familial, ressource intermédiaire, praticien social, agent d'intégration, etc.), l'éducateur de référence recueille également les informations auprès de ces derniers. Tant la famille, les proches que les intervenants de milieux résidentiel et socioprofessionnel sont des sources importantes d'information en raison de leur connaissance de la personne qu'ils côtoient de façon régulière.

Les outils privilégiés pour réaliser cette cueillette de données diffèrent selon les services dispensés (soutien, résidentiel, socioprofessionnel) ou la clientèle (personnes ayant un TED, vieillissantes, etc.).

Des stratégies telles que l'expérimentation, les choix, la participation et les mises en situation permettent de tracer un réel portrait de ce que la personne aime et désire réaliser ainsi que de ses capacités. Les révisions du plan d'intervention, les notes significatives consignées au dossier de la personne, les consultations effectuées tant auprès des équipes spécialisées TED et TGC que des professionnels de la santé sont autant de sources d'information permettant de faire le point sur la situation de la personne et de cibler ses forces et ses besoins.

S'il y a lieu, l'éducateur de référence convient finalement avec la personne et son entourage de la nécessité d'expertises complémentaires pour finaliser la cueillette des données.

### **4.1.3 Révision des services dispensés**

L'éducateur de référence passe en revue, avec la personne et ses proches, les services dispensés par notre établissement et questionne leur pertinence en fonction des buts à atteindre et du projet de vie ou de développement de la personne. Il est primordial que la personne ou son représentant puisse exprimer son niveau de satisfaction à l'égard des services reçus et de la réalisation du dernier PI ou PSI. Il est aussi important de revoir la nature de la demande de services, c'est-à-dire ce qui motive la personne et son entourage à vouloir les poursuivre de même que les résultats attendus. Au besoin, l'étape d'exploration de la demande de services peut être reprise. Les services offerts par d'autres organismes ou établissements sont également passés en revue afin de vérifier s'ils conviennent toujours à la personne et à son entourage. Finalement, les nouveaux services à prévoir sont identifiés.

Malgré le fait que la personne et son entourage aient été informés des services dispensés par notre établissement, il est possible que l'éducateur de référence doive apporter des précisions et s'il y a lieu les orienter vers les établissements ou organismes pouvant répondre aux besoins ne s'inscrivant pas dans notre mission.

#### 4.1.4 Synthèse et analyse des données recueillies

**Outil :**

Fiche synthèse des forces et des besoins

**Complété par :**

L'éducateur de référence

**Conservation des documents :**

L'original de la fiche synthèse des forces et des besoins est versé au dossier central de la personne après la rencontre d'élaboration du PI ou du PSI

Après avoir recueilli les données, il est essentiel de procéder rapidement à leur synthèse et à leur analyse. Le but est de sélectionner, parmi l'ensemble des données, celles qui semblent les plus pertinentes et représentatives de la situation de la personne et de son entourage, ainsi que celles contribuant à la réalisation de son projet de vie ou de développement.

Au terme de cette étape, l'éducateur de référence est en mesure de décrire le projet de vie ou de développement de la personne. Il connaît bien ses goûts, forces et intérêts, ce qui la motive ainsi que ses besoins et ceux de ses proches. Il a révisé, avec la personne et ses proches, chacun des services dispensés par notre établissement au plan des buts poursuivis et des résultats atteints, il a identifié ceux à maintenir, ainsi que ceux à prévoir.

## 4.2 Élaboration d'un plan d'intervention (PI) ou du plan de services individualisé (PSI)

Le PI ou le PSI s'élabore dans le cadre d'une rencontre. Idéalement, la personne ou son représentant<sup>8</sup> agit comme maître d'œuvre du PI ou du PSI. Cependant, dans les faits, ce sont surtout les établissements qui convoquent la rencontre pour l'élaboration du PI ou du PSI.

Afin que la personne ou son représentant puisse s'approprier la coordination des services dispensés, l'éducateur de référence soutient l'utilisateur ou son représentant lorsqu'il désire coordonner lui-même le PSI.

L'éducateur de référence est responsable du plan d'intervention de la personne et participe à l'élaboration de son plan de services individualisé.

Dans le cas d'un PI, il est possible que son élaboration ne concerne que la personne, son entourage et l'éducateur de référence. Le PI pourra alors être élaboré lors d'une visite de l'éducateur de référence au domicile de la personne.

<sup>8</sup> Sont présumées être des représentants, les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil du Québec :

- 1) le titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur ou le tuteur de cet utilisateur;
- 2) le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'utilisateur majeur inapte;
- 3) la personne autorisée par un mandat donné par l'utilisateur majeur inapte antérieurement à son inaptitude;
- 4) la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte.

LSSS, L.R.Q., C.S.-4.2, article 12.

Si les partenaires internes et/ou externes doivent être consultés avant l'élaboration du PI ou du PSI ou s'il subsiste entre eux des incompréhensions ou des questionnements en regard de leurs rôles respectifs ou d'interventions auprès de la personne, ces sujets doivent être abordés avant la tenue de la rencontre pour l'élaboration du PI ou du PSI. La rencontre pour l'élaboration du PI ou du PSI ne remplace pas la discussion de cas ou les réunions cliniques et ne constitue pas un lieu de règlement des conflits.

#### 4.2.1 Fréquence des PI ou PSI

##### **Pour une personne nouvellement inscrite aux services du CRDI Montérégie-Est**

À l'intérieur des premiers quatre-vingt-dix (90) jours de la dispensation des services, un PI ou un PSI doit être élaboré. Cependant, si cette personne intègre une ressource de type familial ou une ressource intermédiaire, un plan d'intervention doit être élaboré dans les trente (30) jours qui suivent l'entrée de la personne dans la ressource.

##### **Pour une personne inscrite aux services du CRDI Montérégie-Est depuis plus d'un an**

Habituellement, un nouveau PI ou PSI est réalisé aux douze mois ou selon la fréquence convenue lors de l'élaboration du dernier PI ou PSI. Lorsqu'une personne reçoit des services depuis plusieurs années, que sa situation est stable et que les services répondent à ses besoins, à ceux de sa famille et de ses proches, un nouveau PI peut être élaboré tous les 18 ou 24 mois. La durée d'un PI ne peut cependant dépasser 24 mois.

Malgré ce qui a été convenu lors de la rencontre pour l'élaboration du PI ou du PSI, l'éducateur de référence de la personne peut convoquer une rencontre de PI ou de PSI avant la date prévue :

- ▶ dans le cas d'un changement majeur chez la personne ;
- ▶ lors d'un questionnement sur l'orientation des services ;
- ▶ dans le cas de personnes pour lesquelles persistent des besoins non répondus nécessitant concertation entre les intervenants ou les partenaires impliqués.

La personne, la famille ou les proches impliqués auprès de la personne peuvent également demander en tout temps la tenue d'une rencontre de PI ou de PSI.

#### 4.2.2 Participants à la rencontre

##### **Dans le cas où il a été convenu avec la personne, son entourage et les partenaires que notre établissement convoque la rencontre pour l'élaboration du PSI :**

L'éducateur de référence, de concert avec la personne, la famille et les proches, identifie les participants à la rencontre pour l'élaboration du PSI, en considérant les services reçus (services de garde, répit, école, travail, etc.), ceux à recevoir, de même que les personnes significatives (famille, parrain civique, bénévoles, amis, intervenants directs, ressource résidentielle, praticiens sociaux, etc.).

L'éducateur de référence convoque et anime la rencontre s'il a été désigné après concertation avec les partenaires et si la personne et/ou son représentant le désire.

### **Dans le cas de l'élaboration du PI :**

L'éducateur de référence identifie avec la personne, la famille et les proches, les participants à la rencontre pour l'élaboration du PI. Selon les services dispensés, les responsables des RTF ou RI, les intervenants en milieu résidentiel, les préposés en résidence, le moniteur du service d'activités de jour, l'instructeur de l'atelier ou du plateau pourront être présents. Ces derniers, souvent significatifs pour la personne et ses proches, les côtoient régulièrement et les connaissent très bien.

L'éducateur de référence convoque et anime la rencontre.

En cas de désaccord quant à la participation d'une personne ayant manifesté son intention d'être présente à la rencontre pour l'élaboration du PI ou du PSI (membre de la famille, intervenant, etc.), l'éducateur de référence informe le coordonnateur des services de réadaptation de la situation et des motifs invoqués par la personne ou son représentant. Le coordonnateur des services de réadaptation assure le suivi auprès des personnes concernées. Il est également informé lorsque surgissent des difficultés entourant la préparation du PI ou du PSI. Il pourra alors entreprendre une démarche pour clarifier la situation.

Qu'il s'agisse du PI ou du PSI, l'usager ou son représentant est présent. Dans le cas où la personne est représentée par le Curateur public, le conseiller à la représentation de la personne est invité.

Advenant la non-participation de la personne à la rencontre pour l'élaboration de son PI ou de son PSI, les motifs de son absence devront être justifiés et inscrits sur le formulaire « Plan d'intervention ou Plan de services individualisé ».

### **4.2.3 Déroulement de la rencontre**

#### **Outil :**

**Formulaire PI ou PSI ou celui convenu avec les partenaires s'il s'agit d'un PSI**

#### **Complété par :**

**L'éducateur de référence ou un autre intervenant convenu avec les participants**

#### **Conservation des documents :**

**L'original du formulaire PI ou PSI est versé au dossier central de la personne et une copie est transmise aux participants à la rencontre. S'il est absent de la rencontre, le représentant légal de la personne doit recevoir copie du PI ou du PSI. S'il s'agit d'un PSI où le formulaire utilisé est celui d'un autre établissement, la copie reçue est versée au dossier central de la personne. Dans tous les cas, une copie du PI ou du PSI est transmise au coordonnateur des services de réadaptation.**

L'éducateur de référence complète, au fur et à mesure du déroulement de la rencontre, le formulaire « plan d'intervention ou plan de services individualisés ». S'il s'agit d'un PSI animé par une autre personne, les participants conviennent du formulaire à retenir pour la rédaction du compte rendu de la rencontre. C'est à partir des besoins prioritaires lors de cette rencontre et relevant de la responsabilité du CRDI Montérégie-Est, que seront rédigés les objectifs du plan d'intervention de notre établissement pour cette personne.

## 1. Accueil et présentation des participants

## 2. Faits et changements significatifs depuis le dernier PI ou PSI

Les participants font état des faits et des changements significatifs survenus depuis le dernier PI ou PSI, par exemple, un déménagement, un deuil, un nouvel emploi, une hospitalisation, une naissance, un nouveau conjoint, etc.

## 3. Bilan du dernier PI ou PSI

Chaque participant trace un court bilan des buts poursuivis et des résultats obtenus. Les résultats obtenus sont inscrits positivement ou sous forme d'acquisitions. Cette partie de la réunion permet également de souligner les autres réussites et progrès de la personne et d'identifier les besoins non répondus.

## 4. Projet de vie ou de développement de la personne

La personne ou son représentant, avec l'aide des participants, fait part de ce qu'elle souhaite réaliser d'ici un an, d'ici trois ans, en lien avec son projet de vie ou de développement. À l'aide de la fiche synthèse des forces et des besoins, l'éducateur de référence présente les forces et les besoins identifiés chez la personne. Il supporte la personne afin que celle-ci puisse saisir l'information transmise, selon ses capacités. Cela peut exiger d'avoir recours à des symboles, des images, etc.

## 5. Priorisation des besoins et partage des responsabilités

La personne et/ou son représentant identifie parmi les besoins ceux qui contribueront à la réalisation de son projet de vie ou de développement tout en permettant le maintien ou l'amélioration de sa qualité de vie. C'est ici que prend forme l'offre de service à la personne et à son entourage. Cette offre de service doit tenir compte des capacités de la personne, de la disponibilité du milieu familial ou substitut ainsi que de la disponibilité et de la capacité des partenaires à partager l'intensité du soutien requis par la personne pour réaliser son projet de vie ou de développement.

Cette partie de la rencontre est ponctuée d'échanges, de discussions, de questions et d'éclaircissements. Le plan de travail qui deviendra le PI ou le PSI de la personne se construit.

Les participants demeurent centrés sur les goûts, les préférences, les talents, les forces et les intérêts de la personne et non seulement sur ses besoins. Ils s'assurent qu'un nombre réaliste de besoins sont retenus et priorisés, qu'ils conviennent à la personne et à son entourage et qu'ils pourront vraisemblablement être répondus à l'échéance du PI ou du PSI. Pour répondre aux besoins priorisés, les participants formulent les buts que devront poursuivre le ou les plans d'intervention. Les buts décrivent de façon générale les changements que les services dispensés visent à favoriser chez la personne. Par exemple, développer la capacité de la personne d'effectuer des démarches de recherche d'un travail, développer la propreté à la toilette, etc. Finalement, la personne et son entourage doivent être motivés à entreprendre pareil plan.

Pour chacun des buts retenus, le ou les responsables de leur réalisation sont identifiés.

## 6. Services

Cette partie de la rencontre permet de réviser l'ensemble des services dispensés à la personne et à son entourage et non seulement ceux dispensés par notre établissement, dans le cas d'un PSI.

Les conclusions de la révision des services dispensés par l'établissement, réalisée lors de l'identification des besoins, sont présentées. Ainsi, les services à maintenir en lien avec le projet de vie ou de développement de la personne, les nouveaux services à prévoir pour la personne et ses proches, la responsabilité d'en effectuer la demande, ainsi que les services en attente sont identifiés.

## 7. Signature des participants

La signature des participants confirme leur accord avec les besoins et buts priorités ainsi que les services identifiés lors de la rencontre de PI ou de PSI. Elle engage moralement la personne, son entourage et les dispensateurs de services à les respecter. En cas de désaccord ou de refus de signer le PI ou le PSI, le coordonnateur des services de réadaptation en est informé et entreprend une démarche dans le but de clarifier la situation.

## 8. Prochain PI ou PSI

Les participants à la rencontre déterminent la date approximative de la prochaine rencontre pour l'élaboration du PI ou du PSI. La durée maximale d'un PI ou d'un PSI est de 24 mois.

## 9. Autorisation d'échanger des documents et des informations

L'échange d'information entre les partenaires, concernant le plan de services individualisé de la personne et son application, doit être autorisé par la personne ou son représentant. Cette autorisation peut inclure des organismes ou établissements non représentés à la rencontre.

En vertu de la Loi sur les services de Santé et Services sociaux, « tout usager de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier » (LSSS, 1991, ch. 42, a.17). « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom... » (1991, ch. 42, a.19). Ainsi, dans le cas d'un usager mineur apte et âgé de 14 ans et plus, celui-ci autorise la transmission d'information. S'il est inapte, c'est le représentant, habituellement le titulaire de l'autorité parentale, qui donne l'autorisation d'échanger des informations ou des documents.

## 10. Durée de la rencontre

Une rencontre dure en moyenne 90 minutes.

#### 4.2.4 Élaboration des objectifs du plan d'intervention

**Outil :**

Objectif du plan d'intervention<sup>9</sup>

**Complété par :**

En transition, par le responsable du suivi de l'objectif (éducateur de référence, éducateur résidentiel ou socioprofessionnel, etc.)

**Conservation des documents :**

Les originaux des formulaires « Objectif du plan d'intervention » sont versés au dossier central de la personne. Une copie du formulaire « Objectif du plan d'intervention » est remise à chacune des personnes impliquées dans la réalisation de l'objectif visé.

Chaque but retenu au plan d'intervention est formulé sous forme d'un **objectif opérationnel** qui est plus spécifique et plus précis que le but. Un objectif opérationnel est mesurable et observable. Il identifie le comportement attendu de la personne, les conditions de réalisation du comportement et les critères de réussite.

Le **moyen**, quant à lui, présente les étapes, le contexte et les stratégies de l'intervention, c'est-à-dire, la façon dont on s'y prend pour atteindre l'objectif. Par exemple : aménager l'environnement, fournir des consignes imagées, présenter un modèle, renforcer le comportement, etc.

Un **plan d'action** est élaboré dans le cas où une procédure particulière est appliquée, des stratégies spécifiques ou des attitudes précises doivent être adoptées. Il est obligatoire pour l'application d'une mesure de contrôle telle que la contention ou l'isolement et pour la prise d'une médication PRN. Il peut être également requis pour une méthode d'enseignement particulière, un apprentissage spécifique, la modification d'un comportement et lorsque plusieurs personnes travaillent à la réalisation d'un même objectif, etc.

Qu'il s'agisse du moyen ou du plan d'action, ils doivent être rédigés de façon compréhensible pour toutes les personnes concernées afin qu'elles puissent intervenir de la même manière. Au préalable, ces personnes doivent être impliquées et ensuite soutenues au moment de l'application, que ce soit la famille, les proches, les instructeurs, les moniteurs, les intervenants en milieu résidentiel, les préposés en résidence, les responsables des RTF ou RI, etc. La personne ou son représentant doit être en accord avec la formulation de l'objectif, le moyen ou le plan d'action.

Le domaine de l'objectif, le champ de l'intervention et la mesure de l'objectif sont des champs à compléter dans la fenêtre PI du SIC.

<sup>9</sup> Le formulaire « objectif du plan d'intervention » a été élaboré à partir de la fenêtre plan d'intervention du SIC. Il sera utilisé transitoirement jusqu'à ce que tous les éducateurs puissent inscrire directement les objectifs dans le SIC.



Le **DOMAINE DE L'OBJECTIF** est la cible sur laquelle porte l'action. Par exemple : communication, santé et sécurité, travail, etc.<sup>10</sup>

Le **CHAMP DE L'INTERVENTION** caractérise l'action c'est-à-dire identifie s'il s'agit d'une activité d'apprentissage, d'évaluation ou de soutien à la personne, à la famille ou à l'environnement.<sup>11</sup>

La **MESURE DE L'OBJECTIF** réfère à l'intensité du soutien requis par l'utilisateur (et non de l'éducateur de référence) pour assurer la réalisation de l'objectif. Le soutien est qualifié d'intermittent, de limité, d'important ou d'intense et peut se modifier dans le temps.<sup>12</sup>

Toutes les personnes impliquées auprès d'un usager pour la réalisation d'un objectif que ce soit un membre de la famille, la ressource résidentielle, le moniteur, l'instructeur, l'intervenant en milieu résidentiel, le préposé en résidence, etc., reçoivent copie du formulaire complété pour cet objectif.

<sup>10</sup> Voir les définitions des domaines de l'objectif à l'Annexe 1

<sup>11</sup> Voir le formulaire « Objectif du plan d'intervention »

<sup>12</sup> Voir le formulaire « Objectif du plan d'intervention »

# 5

## Actualisation du plan d'intervention

Le plan d'intervention s'actualise par la mise en application des stratégies d'intervention prévues pour atteindre les objectifs. Les personnes identifiées pour réaliser l'intervention proposent l'activité au moment prévu et selon les modalités inscrites dans le moyen ou le plan d'action de l'objectif. Lorsque le responsable de la rédaction et du suivi de l'objectif n'est pas celui qui réalise l'activité, il fournit toute l'information et l'enseignement nécessaires pour sa réalisation. Il demeure disponible et s'assure de fournir le soutien requis pour l'atteinte de l'objectif.

# 6

## Révision du plan d'intervention

**Outil :**

Révision de l'objectif

**Complété par :**

Le responsable du suivi de l'objectif

**Conservation des documents :**

Les originaux des formulaires de révision de l'objectif sont versés au dossier central de la personne. En transition, jusqu'à ce que le plan d'intervention soit accessible sur le SIC, une copie est transmise à l'éducateur de référence.

Aux 90 jours, chaque responsable du suivi d'un objectif en fait la révision. Il fait état du travail effectué et procède à une courte analyse.

L'inscription du résultat prévu ainsi que du résultat obtenu est facultative. Ces résultats doivent être exprimés en nombres (2/4) ou en pourcentage (80 %).

La révision peut s'effectuer en deçà de 90 jours lorsque l'objectif est atteint, modifié ou retiré.

## Annexe 1 – définition des domaines de l'objectif

### **110. *Activités cognitives***

L'ensemble des habiletés cognitives (attention, concentration, mémoire...) et des habiletés reliées à l'apprentissage à l'école et leurs applications directes dans la vie (écriture, lecture, concepts mathématiques pratiques, les concepts scientifiques fondamentaux dans leur relation à une prise de conscience de son environnement physique, de sa santé, de sa sexualité, comprendre la géographie et les sciences sociales). L'accent est mis sur l'acquisition d'habiletés scolaires qui soient fonctionnelles en terme d'indépendance de vie.

### **115. *Stimulation globale***

Un ensemble d'activités touchant plusieurs sphères de développement. Cette catégorie fait surtout référence à des services donnés à la petite enfance. Elle peut aussi être utilisée pour de la stimulation sensorielle chez des personnes ayant un polyhandicap.

### **120. *AVQ (activités de la vie quotidienne : soins personnels et mobilité)***

L'ensemble des habiletés relatives à l'alimentation, l'habillement, la toilette et l'hygiène ainsi que les capacités de déplacement (la marche, l'utilisation d'une marchette ou d'un fauteuil roulant en cas d'incapacité partielle ou totale).

### **125. *AVD (activités de la vie domestique : compétences domestiques et budget)***

Ce sont les activités et les habiletés en lien avec le fonctionnement quotidien à l'intérieur du domicile (entretien ménager, des vêtements, de la propriété, la préparation des aliments, planification et budget des achats, la sécurité dans le domicile, l'établissement d'un horaire quotidien).

### **130. *Communication***

Il s'agit des habiletés à comprendre l'information et à s'exprimer à travers des comportements symboliques (ex. : mots parlés, mots écrits, symboles graphiques, signes, encodage manuel) ou des comportements non symboliques (expressions faciales, mouvements, touchers, gestes).

**135. *Habiletés sociales***

Elles ont trait aux échanges sociaux avec les autres y compris la façon d’initier et de terminer une interaction, de recevoir et de réagir aux indices situationnels, de percevoir les sentiments, de réagir de façon positive ou négative, de régler son propre comportement, de reconnaître ses pairs et de les accepter, de jauger l’intensité et le type d’interaction avec les autres, d’aider autrui, de commencer et d’entretenir l’amitié et l’amour, de faire face aux demandes des autres, de faire des choix, de partager, de comprendre l’honnêteté et la droiture, de contrôler ses impulsions, de respecter et d’adapter sa conduite aux lois et règlements et de démontrer un comportement socio sexuel approprié.

**140. *Comportements inadéquats***

Ce sont tous les comportements préjudiciables à l’adaptation tels que les comportements sociaux perturbateurs, sexuels perturbateurs et inadéquats, de retrait, répétitifs et stéréotypés, destructeurs, d’attitudes interpersonnelles inadéquates, d’inattention et impulsifs, les comportements d’automutilation, provocateurs et de non collaboration.

**145. *Considérations psychologiques ou émotives***

Actions (observations, interventions) à poser dans des situations où on doit tenir compte de troubles émotionnels et psychologiques liés à une problématique de santé mentale (diagnostiquée ou hypothétique). Elles visent à améliorer les relations de l’usager avec lui-même ou avec son environnement. L’aspect socio-émotif est ici prioritaire.

**150. *Considérations environnementales ou systémiques***

Actions qui portent sur le contrôle, le changement, la modification ou le maintien des caractéristiques de l’environnement qui facilitent ou entravent la croissance, le développement et le bien-être de l’usager incluant les adaptations physiques.

**155. *Services, ressources communautaires et loisirs***

C’est l’aptitude à faire une utilisation appropriée :

- 1) des services publics (voyager à l’intérieur de sa communauté, faire son épicerie et ses achats en magasin, fréquenter des endroits de culte, utiliser les transports en commun et les services publics : garderies, écoles, parcs, bibliothèques, centres récréatifs, rues, trottoirs, théâtres) et
- 2) des services de loisirs (acquisition d’une variété d’intérêts de loisirs et d’activités récréatives en accord avec ses préférences et ses choix).

**160. Travail /Scolaire**

C'est l'aptitude à trouver et à maintenir un emploi en terme d'aptitudes spécifiques au travail, de comportement social approprié et d'aptitudes connexes (Par exemple : l'accomplissements de tâches, le suivi d'un horaire, la capacité de demander de l'aide, d'être critiqué et d'améliorer ses capacités, l'administration de l'argent, l'allocation des ressources financières et l'application d'autres habiletés scolaires fonctionnelles, la capacité d'aller au travail et d'en revenir, la préparation au travail).

Scolaire : Actions qui portent sur l'environnement scolaire et qui visent à faciliter le développement et le bien-être de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte.

**165. Évaluation, services conseils et orientation**

Évaluation : activités qui visent à identifier les forces et besoins de l'utilisateur en vue de préciser la ou les trajectoires à suivre pour répondre adéquatement aux attentes (échelle, questionnaire, observation, etc.).

Service conseil et orientation : activités visant à fournir à l'utilisateur, sa famille et ses proches de l'information, des conseils et des orientations sur des décisions à prendre dans diverses situations.

**170. Situations légales (régime de protection et juridique)**

Ensemble des activités reliées à l'application des lois, par exemple, ouverture d'un régime de protection, testament, implication dans un processus judiciaire soit comme victime, contrevenant, suspect ou témoin, parents ou enfants sous la loi de la protection de la jeunesse, etc.

**175. Santé et sécurité**

On fait référence à la capacité de maintenir son état de bien-être : alimentation appropriée, identification, prévention et traitement de maladies, premiers soins, sexualité, forme physique, principes fondamentaux de sécurité (Par exemple : suivre les règles et les lois, utiliser les ceintures de sécurité, traverser les rues, interagir avec les étrangers, demander de l'aide) visites régulières chez le médecin et chez le dentiste et habitudes personnelles.

**Le client,** notre raison d'être.

**L'engagement,** notre façon d'être.



**CRDI Montérégie-Est**  
Centre de réadaptation  
en déficience intellectuelle

1255, rue Beauregard  
Longueuil (Québec)  
J4K 2M3

Téléphone : (450) 679-6511

Télécopieur : (450) 928-3315

Site Internet : [www.crdime.qc.ca](http://www.crdime.qc.ca)