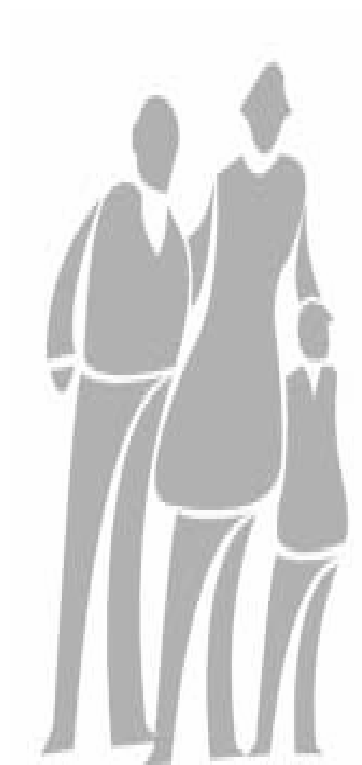


Cadre de référence

Plan de services individualisé
Jeunesse*



En Montérégie

*Le PSI JEUNESSE réfère à l'enfant ou le jeune et sa famille

Adopté par le conseil d'administration le 16 juin 2005

2^e édition, 2008

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

Auteurs

Louise Boislard, coordination du dossier, Marie Dallaire et Johanne Lessard de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Lucie Levert, Regroupement des CLSC-CHSLD de la Montérégie

Daniel Michelin, Les Centres jeunesse de la Montérégie

Révision

Diane Bélanger et Luce Bordeleau de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Johanne Fleurant, CLSC Samuel-de-Champlain

Myriam Hurtubise, Centre montérégien de réadaptation

Sylvie Mazur, Direction régionale de la Montérégie, ministère de l'Éducation

Rachel Perreault, Le Virage

Secrétariat et mise en pages

Claire DesLauriers et Marie-Marthe Courchesne,

Christiane Bonneau et Christiane Fournier pour les graphiques, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Responsable de l'édition

Jean-François Lapierre

N. B. : Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

La traduction et la reproduction totales ou partielles de ce document sont autorisées à la condition que la source soit mentionnée. La référence suivante est proposée :

BOILARD, Louise, et autres. *Cadre de référence – Plan de services individualisé Jeunesse en Montérégie*, 2^e éd., Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008, 76 p.

ISBN 978-2-89342-407-1 (version imprimée) (2^e édition, 2008)

ISBN 978-2-89342-408-8 (PDF) (2^e édition, 2008)

ISBN 2-89342-298-5 (version imprimée) (1^{re} édition, 2005)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2008

Ce document est disponible :

- au centre de documentation de l'Agence – 1255, rue Beauregard, Longueuil, QC J4K 2M3
- sur le site Web de l'Agence – www.rrsss16.gouv.qc.ca

Pour commander un exemplaire imprimé, contactez l'Agence au (450) 928-6777, poste 4213.

Prix : 10 \$ (taxe en sus)

Remerciements

Nous désirons remercier les membres du **comité de Suivi à l'implantation du PSI en Montérégie** pour leur engagement et leur implication soutenus :

- ✓ Sylvie Brissette Hôpital Charles LeMoyne
- ✓ Gilles Dallaire Centre de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
- ✓ Johanne Fleurant CLSC Samuel-de-Champlain et CSSS de la Haute-Yamaska
- ✓ Myriam Hurtubise Centre Montérégien de réadaptation
- ✓ Martine Gagnon Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est
- ✓ Lucie Levert Regroupement des CLSC-CHSLD de la Montérégie
- ✓ Sylvie Mazur Direction régionale de la Montérégie, Ministère de l'Éducation du Québec
- ✓ Daniel Michelin Les centres Jeunesse de la Montérégie (CJM)
- ✓ Rachel Perreault Le Virage
- ✓ Diane Bélanger Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie (ADRLSSSM)

- ✓ Louise Boislard ADRLSSSSM
- ✓ Marie Dallaire ADRLSSSSM
- ✓ Johanne Lessard ADRLSSSSM

Les personnes suivantes ont également contribué de façon significative à la révision et à la bonification du présent cadre de référence et nous nommons :

- ✓ Lorraine Belisle Ministère de l'Emploi et Solidarité sociale
- ✓ Luce Bordeleau ADRLSSSSM
- ✓ Sylvie Lafrance ADRLSSSSM
- ✓ Pierre Foucault Consultant, psychologue et formateur PSI en Montérégie
- ✓ Michèle de Passillé Consultante, travailleuse sociale et formatrice en gestion
- ✓ Martine Cabana Équipe régionale de formateurs au PSI des CJM
- ✓ Normand Ricard Équipe régionale de formateurs au PSI des CJM
- ✓ Marc Pontbriand Équipe régionale de formateurs au PSI des CSSS
- ✓ Geneviève Sauvé Équipe régionale de formateurs au PSI des CSSS

L'équipe des cliniciens experts du PSI ainsi que les gestionnaires des établissements et territoires ont également enrichi le contenu de cette révision.

Un merci spécial à mesdames Claire DesLauriers et Marie-Marthe Courchesne pour l'excellente mise en page de ce document.

Mot de la direction

C'est avec grand plaisir que nous vous transmettons ce **Cadre de référence PSI Jeunesse Montérégie révisé**, bonifié et adapté aux nouvelles réalités des réseaux de la santé et des services sociaux, du réseau scolaire, du réseau des services de garde et du réseau communautaire de la Montérégie.

Nous croyons fermement que les enfants, les jeunes et leur famille qui ont besoin d'une intervention à durée prolongée et/ou complexe et des services de plus d'un établissement seront encore mieux desservis par des réseaux locaux de services soutenant, complémentaires et travaillant ensemble.

La richesse de ce cadre de référence régional se situe à plusieurs niveaux : la place de l'enfant, du jeune et de sa famille comme acteurs du PSI, un processus clinique éprouvé et élaboré avec la famille, un processus opérationnel et organisationnel défini à tous les niveaux, un partenariat indéfectible et une volonté commune d'en poursuivre l'implantation.

La nouvelle configuration du réseau de la santé et des services sociaux, avec la création des réseaux locaux et l'imputabilité de coordination par les CSSS, confirme le bien-fondé de la conception même de ce cadre de référence élaboré en 2001 avec tous les partenaires tant du réseau de la santé et des services sociaux que du communautaire et du réseau scolaire. Avec la révision, une insistance est portée quant à l'inclusion du partenaire des Centres de la petite enfance puisque c'est aussi l'un des milieux de vie des enfants.

Une implantation de cette nature demande à la source un leadership constant, un engagement continu des réseaux et un travail en partenariat. En effet, un travail de collaboration tant à l'horizontale qu'à la verticale est essentiel entre la famille et les intervenants de différents continuums ou organisations, et indispensable à la liaison et à l'implantation dans chaque milieu.

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie désire accentuer ce travail de collaboration étroite et fluide entre les partenaires en réaffirmant le bien-fondé du processus clinique élaboré en 2001 lors du premier cadre de référence PSI en Montérégie.

Nous souhaitons que l'implantation du PSI Jeunesse soit complétée pour 2006 dans les onze réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie et que tous les enfants ou jeunes et leur famille qui nécessitent un PSI l'élaborent et le réalisent conjointement et systématiquement avec des intervenants dédiés, compétents et bienveillants. Ceux-ci seront soutenus par des directions et des gestionnaires **engagés**, concertés, provenant des divers réseaux et continuums d'intervention concernés.

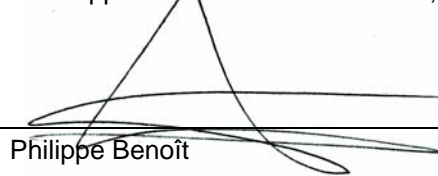
Nous souhaitons la bonne poursuite de l'implantation de cet outil essentiel aux enfants, aux jeunes et à leur famille, dans tous les continuums d'intervention et avec tous les partenaires nécessaires.

La directrice générale associée à la
coordination du réseau,



Claire Pagé

Le directeur de la planification et du
développement de la main-d'œuvre,



Philippe Benoît

Table des matières

INTRODUCTION	11
LE CONTEXTE DE L'IMPLANTATION DU PSI EN MONTÉRÉGIE.....	13
1. LE PSI, D'ABORD ET AVANT TOUT AU SERVICE DU JEUNE ET DE SA FAMILLE.....	17
1.1 UN PROCESSUS CLINIQUE ET UN OUTIL DE PLANIFICATION, DE COORDINATION ET D'INTÉGRATION DE SERVICES	17
1.2 UNE DÉFINITION DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ	18
1.3 UNE DÉFINITION DU PLAN D'INTERVENTION.....	19
1.4 LES VALEURS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LE PSI	20
2. LE PARTENARIAT, LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION : ESSENTIELS À L'IMPLANTATION DU PSI JEUNESSE	23
2.1 LE CONTEXTE DU PARTENARIAT	24
3. LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PSI : UN PROCESSUS CLINIQUE	27
3.1 LES ÉTAPES PRÉALABLES À L'ÉLABORATION DU PSI	30
3.1.1 <i>Le cheminement de la demande de service menant à un PSI.....</i>	30
3.1.2 <i>La rencontre exploratoire.....</i>	30
3.2 LES ÉTAPES D'ÉLABORATION DU PSI	31
3.2.1 <i>L'analyse commune de la demande de service</i>	31
3.2.2 <i>L'analyse et la priorisation des besoins.....</i>	31
3.2.3 <i>L'objectif général.....</i>	32
3.2.4 <i>Les conditions de l'intervention</i>	32
3.2.5 <i>Les stratégies de l'intervention.....</i>	32
3.2.6 <i>Les objectifs spécifiques du PSI.....</i>	33
3.3 LES ÉTAPES D'APPLICATION DU PSI.....	33
3.3.1 <i>La mise en œuvre du PSI et le PI de chaque établissement ou organisme</i>	33
3.3.2 <i>La révision du PSI</i>	33
3.3.3 <i>La fin de l'intervention.....</i>	34
4. LE PROCESSUS D'ÉLABORATION D'UN PSI : UN PROCESSUS OPÉRATIONNEL.....	35
4.1 LES RÔLES DES ACTEURS ESSENTIELS POUR QUE LE PROCESSUS PSI PRENNE PLACE	35



4.1.1	<i>Le jeune et sa famille (ou son représentant)</i>	35
4.2	LE SUPPORT CLINIQUE.....	36
4.2.1	<i>L'intervenant demandeur</i>	36
4.2.2	<i>Les intervenants collaborateurs au PSI</i>	37
4.2.3	<i>Le coordonnateur du PSI</i>	37
4.2.4	<i>Le clinicien expert</i>	38
4.3	LE SUPPORT ORGANISATIONNEL.....	38
4.3.1	<i>Les directions des établissements et organismes</i>	38
4.3.2	<i>Le gestionnaire responsable de l'implantation du PSI dans son établissement ou organisation</i>	39
4.3.3	<i>Le supérieur immédiat des intervenants</i>	39
4.3.4	<i>Le responsable de l'implantation du PSI dans le réseau local</i>	40
4.4	LE SUPPORT RÉGIONAL.....	40
4.4.1	<i>L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie</i>	40
CONCLUSION		43
LEXIQUE - INDEX		65
LEXIQUE		67
BIBLIOGRAPHIE		75
Annexe I	Le processus détaillé de l'élaboration clinique du PSI.....	47
Annexe II	Les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifications proposées dans le projet de loi n° 83.....	55
Annexe III	La loi n° 25 - Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.....	63



Liste des sigles et acronymes

ADRLSSSM	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie
AMP	Activité médicale particulière
CH	Centre hospitalier
CJ	Centre jeunesse
CJM	Centres jeunesse de la Montérégie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Centre montérégien de réadaptation
CPE	Centre de la petite enfance
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
C-SMART	Conjoint – spécifique, mesurable, ajusté, réaliste, temporel
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DPJ	Directeur ou Direction de la protection de la jeunesse
ÉIJ	Équipe d'intervention jeunesse
HCLM	Hôpital Charles LeMoine
ICBE	Inventaire concernant le bien-être des enfants
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MESSF	Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
MJ	Ministère de la Justice
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PIJ	Projet intégration jeunesse
PLI	Projet local d'intervention
PNF	Programme national de formation (pour les services enfance/junesse)
PSI	Plan de services individualisé
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
RI	Ressource institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SM	Santé mentale
TDAH	Trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TOX	Toxicomanie



INTRODUCTION

Débutée en 2001, la démarche régionale d'implantation du PSI en Montérégie s'inscrit, notamment, dans la foulée de l'application de l'entente CLSC-CJM qui favorise la mise en place d'un cadre régional de référence en matière de plans de services individualisés et, également, dans le cadre des travaux au niveau provincial tant du réseau de la santé et des services sociaux que de d'autres ministères, tels le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, le ministère de la Justice. De plus en plus de protocoles conjoints sont établis.

Riche de l'expérience et de l'expérimentation du Cadre de référence PSI Jeunesse des dernières années, la mise à jour proposée ici tient compte non seulement de l'expérimentation au cours de cette phase d'implantation mais également des nouveaux enjeux découlant de la mise en place des onze CSSS et des réseaux locaux de services y afférant. Ceux-ci seront imputables des divers continuums d'intervention touchant les jeunes : jeunes en difficulté, santé mentale jeunesse, déficience intellectuelle et TED jeunesse, dépendances jeunesse, santé publique, santé physique et déficience physique pour les enfants, les jeunes et leur famille.

La révision 2004 du cadre de référence conserve une grande partie des énoncés du cadre de référence de 2001, ce dernier ayant fait l'objet d'un consensus de l'ensemble des partenaires de la Montérégie et ayant fait ses preuves au cours de l'implantation. Cette actuelle révision met une emphase plus importante sur la place de l'enfant, du jeune et de sa famille, ajuste et clarifie le processus clinique et opérationnel, outille les intervenants pour favoriser l'implication active du jeune et de sa famille, énonce les conditions de succès essentielles à l'implantation dont le leadership, supporte la mise en place des réseaux locaux, des CSSS et des continuums d'intervention dans toutes les problématiques touchant les enfants et les jeunes. Cette révision vise à joindre avec fluidité et clarté tous les réseaux qui travaillent avec les enfants et les jeunes et situe à nouveau le PSI Jeunesse comme outil de coordination privilégié au niveau des continuums d'intervention et du projet local d'intervention de chaque réseau local.

Le chapitre 1 définit le PSI, affirme que l'enfant, le jeune et sa famille sont au cœur de celui-ci et énonce les valeurs qui le sous-tendent. Le chapitre 2 établit le partenariat comme élément essentiel du PSI et précise les conditions de succès nécessaires à l'implantation du PSI tandis que les chapitres 3 et 4 présentent respectivement le processus clinique et le processus opérationnel.

Ce cadre de référence exprime la volonté commune du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des partenaires intersectoriels de mettre à la disposition de l'enfant, du jeune et de sa famille un outil clinique et un mécanisme de planification, de coordination et d'intégration permettant de répondre plus adéquatement et efficacement à leurs besoins de santé et de bien-être.



LE CONTEXTE DE L'IMPLANTATION DU PSI EN MONTÉRÉGIE

Cette démarche régionale et locale, annoncée en introduction, se situe également dans le cadre des travaux au niveau provincial, tant du réseau de la santé et des services sociaux que des autres ministères. Pour n'en citer que quelques-uns :

- La stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille.
- L'entente MSSS-MEQ *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes* qui vise à rapprocher les deux réseaux consacrés aux enfants, aux jeunes et à leur famille.
- L'expérimentation de projets pilotes d'équipes d'intervention jeunesse (EIJ) par région dont l'une est actuellement en expérimentation et sous évaluation en Montérégie.
- Le rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille De la complicité à la responsabilité.
- L'entente cadre DI et CLSC (réseaux locaux) en élaboration.
- Les protocoles d'entente CLSC-CPE en cours.
- L'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

Depuis le début, la démarche en Montérégie se distingue par sa volonté de s'appuyer sur une approche clientèle et sur la rigueur d'un processus clinique cohérent et non sur la simple coordination opérationnelle des activités constituant ainsi un support à l'intégration des services auprès d'un client commun.

La production, en décembre 2001, d'un cadre de référence par l'ensemble des partenaires des différents établissements et organismes communautaires en collaboration avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation et dans lequel un processus opérationnel et clinique a été développé, a été un point tournant dans l'implantation du PSI en Montérégie. Ce cadre de référence conviait l'ensemble des partenaires d'un même territoire à implanter le PSI en s'appropriant le processus et les outils proposés.

Plusieurs mesures au niveau régional ont été mises en place pour supporter les acteurs au niveau local dont, entre autres :

- Un comité régional de suivi à l'implantation du PSI Jeunesse;
- une recherche visant à identifier les facteurs de réussite et les correctifs à apporter au niveau de l'implantation;



- des mesures de support à l'implantation par l'entremise de :
 - ✓ La nomination de cliniciens experts dont le mandat est d'accompagner le coordonnateur du PSI dans la démarche lors de la phase d'implantation;
 - ✓ la formation et le soutien des cliniciens experts par un accompagnement du formateur au niveau local et régional;
 - ✓ la formation des intervenants de tous les milieux concernés;
 - ✓ la nomination d'un responsable d'implantation par établissement;
 - ✓ la nomination d'un agent de liaison local issu des CLSC comme mesure de support administratif à l'implantation.

Depuis 2002, douze territoires de CLSC ont implanté le PSI. Ces territoires se sont appropriés les instruments cliniques proposés et ont développé au niveau local des modalités de partenariat favorisant l'utilisation du PSI.

Plus de 500 intervenants ont été formés à ce jour. Ils sont issus de divers milieux d'intervention : les douze territoires de CLSC, les Centres jeunesse de la Montérégie, le secteur de la santé mentale en centre hospitalier, celui de la déficience intellectuelle en centre de réadaptation et de la déficience physique au Centre montérégien de réadaptation, le secteur des dépendances au Centre Le Virage et au Pavillon Foster, le milieu scolaire et le milieu communautaire. Quelques partenaires des centres de la petite enfance ont également été formés. Près de 40 cliniciens experts et plus de 50 gestionnaires soutiennent l'implantation au plan clinique et administratif.

Toutes ces démarches visent un seul et même but : entourer de mieux en mieux et de façon plus efficace et continue, l'enfant, le jeune et sa famille afin d'améliorer leur santé et leur bien-être.

La richesse des leçons apprises de l'expérience de l'implantation du cadre de référence PSI Jeunesse des dernières années, jumelée à l'importance d'intégrer les nouveaux enjeux du réseau de la santé et des services sociaux nous amènent à proposer des ajustements au cadre de référence. En effet, en 2004, de nouveaux enjeux s'ajoutent avec l'adoption de la loi n° 25 initiant une nouvelle configuration du réseau de la santé et des services sociaux par la création de onze Centres de santé et de services sociaux (CSSS) en fusionnant CLSC, CH et CHSLD et la mise en place de onze réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Montérégie. Ce changement implique une évolution vers un nouveau mode d'organisation des services de santé et des services sociaux. La mise à jour du cadre de référence PSI Jeunesse devient dès lors un élément incontournable. Cette mise à jour campe le PSI Jeunesse comme un outil facilitant l'intégration des continuums d'intervention dédiés aux enfants et aux jeunes qui ont des difficultés et leur famille dans tous les programmes clientèles les touchant et dont les réseaux locaux seront imputables sous le leadership des CSSS.

Le PSI Jeunesse convie les partenaires de plus d'un établissement, école, organisme, à l'identification des convergences existant entre les divers services professionnels disponibles et requiert un exercice de mise en commun des éléments susceptibles de mieux rejoindre l'enfant, le jeune et sa famille. Le partage de principaux axes d'intervention et, éventuellement, une planification commune des développements requis à une gamme complète de services mieux adaptés aux besoins changeants des enfants, des jeunes et de leur famille constituent un défi stimulant et prometteur tant au plan organisationnel qu'au plan professionnel.



Enfin, ce cadre de référence PSI Jeunesse se veut un outil essentiel visant à harmoniser un minimum de langage commun pour en arriver à une vision partagée quant à la planification, la coordination et l'intégration de services. Il veut ainsi répondre **en partenariat, avec continuité et qualité, aux besoins de l'enfant, du jeune et de sa famille, peu importe le continuum d'intervention dans lequel ils se retrouvent ou le milieu dans lequel ils vivent.**

LE PSI Jeunesse en Montérégie

Un outil partagé exprimant notre volonté commune, tant du réseau de la santé et des services sociaux que des partenaires intersectoriels :

- ✓ de mettre à la disposition de l'enfant, du jeune et de sa famille, le bon service, au bon moment, par la bonne personne pour la bonne durée et au bon endroit¹;
- ✓ de se doter d'un processus clinique et d'un outil de planification, de coordination et d'intégration permettant de répondre plus adéquatement et efficacement, en continuité aux besoins de l'enfant, du jeune et de sa famille.

¹ MSSS, Plan d'action en santé mentale 2005-2008, document de consultation, hiver 2005



1. LE PSI, D'ABORD ET AVANT TOUT AU SERVICE DU JEUNE ET DE SA FAMILLE

Bien que la grande majorité des jeunes et leurs familles reçoivent des services adaptés à leurs besoins, sans qu'il y ait nécessité d'un arrimage particulier de la part des dispensateurs de services chargés de répondre à leurs difficultés, il n'en demeure pas moins qu'un certain pourcentage d'entre eux présentent des problèmes mixtes ou plus complexes, nécessitant une mise en commun des expertises. Pour ces jeunes et leur famille, non seulement est-il essentiel qu'ils aient accès à un continuum d'intervention, mais en plus, il s'avère indispensable que les différents dispensateurs de services harmonisent leurs objectifs et moyens d'intervention afin de fournir une réponse satisfaisante à leurs besoins.

Au plan légal, deux conditions sont prévues pour justifier la mise en place d'un PSI : **la présence d'intervenants d'établissements différents et la nécessité d'une intervention d'une durée prolongée ou déterminée**. Au plan de l'intervention, la nécessité d'élaborer un PSI s'impose le plus souvent lorsque le jeune et sa famille ont besoin de l'expertise de plusieurs établissements ou organismes pour répondre à leurs besoins complexes.

Le PSI Jeunesse s'adresse donc, d'abord et avant tout, au jeune et à sa famille. Il se réalisera suite à une demande de service, une mesure volontaire ou ordonnée, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, de la *Loi sur la protection de la jeunesse* ou de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, après qu'un processus d'accueil, évaluation et orientation ait identifié des besoins requérant la mobilisation des ressources de plus d'un établissement ou organisme.

1.1 UN PROCESSUS CLINIQUE ET UN OUTIL DE PLANIFICATION, DE COORDINATION ET D'INTÉGRATION DE SERVICES

Dans les faits, le PSI est un outil qui vise à se donner une lecture commune, qui permet de planifier, de coordonner et de réviser la démarche d'intervention auprès et avec le jeune et sa famille, de concert avec les intervenants concernés de plus d'un établissement ou organisme.

Pour le jeune et sa famille, cette démarche clinique est importante parce qu'elle permet de clarifier les rôles de chacun en termes d'objectifs, de moyens et de résultats. Le PSI devient par le fait même un contrat d'engagement qui s'établit entre le jeune et sa famille et les intervenants.

Pour ce faire, il est essentiel que le contenu du PSI soit simple, clair, réaliste et écrit dans des mots qu'ils comprennent, **fait avec eux** afin qu'ils se sentent concernés, qu'ils puissent se mobiliser et s'engager dans ce qu'ils ont à faire pour mieux surmonter leurs difficultés. Exceptionnellement, certaines circonstances peuvent moduler la participation du jeune et de sa famille à l'élaboration du PSI.

Pour l'intervenant, c'est une démarche de concertation qui permet de planifier, de coordonner,



d'actualiser et de réviser l'intervention, qu'il soit d'un CSSS, d'un CJ ou d'un autre établissement, organisme ou école. Cette démarche l'amènera à préciser et à mieux cibler les objectifs, les mandats, les activités à réaliser en lui permettant de savoir « où ils s'en vont » avec le jeune ou sa famille.

Pour le gestionnaire d'un établissement, le PSI est un outil pour permettre aux établissements de planifier et de coordonner les services qui seront dispensés par leurs intervenants en fonction des besoins du jeune et de sa famille selon l'article 103 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en cours de modification avec le projet de loi n° 83.

En résumé, le PSI est, avant tout, un outil qui :

- Permet au jeune et à sa famille de participer aux décisions qui les concernent et de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur situation;
- contribue à ajuster les services aux besoins spécifiques des enfants, des jeunes et des familles;
- permet au jeune et à sa famille ainsi qu'aux intervenants de différents établissements, organismes ou écoles de se concerter et de coordonner les services;
- permet aux gestionnaires de planifier les services et le support nécessaire aux intervenants;
- permet aux acteurs concernés de différents réseaux de partager les responsabilités en vue de l'actualisation du PSI.

1.2 UNE DÉFINITION DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Le PSI est un instrument de coordination et d'intégration des services offerts par des intervenants venant d'établissements différents. Il est utilisé pour couvrir l'ensemble des besoins de la personne dans tous les domaines d'intervention. Le PSI constitue une démarche clinique établie avec le jeune et ses parents et comprend les éléments suivants :

- Une lecture commune des capacités et des besoins du jeune et de sa famille à partir d'une évaluation globale de leurs besoins;
- une lecture commune de l'ordonnement des besoins;
- une lecture commune de l'objectif général de l'intervention;
- une lecture commune des stratégies d'intervention à mettre en œuvre pour effectuer une véritable intégration des principaux services à coordonner;
- la durée prévisible des services et la date de révision du plan;
- l'identification du responsable de la coordination ainsi que de la rédaction et de l'évaluation du plan, donc des indicateurs de résultats attendus.

Dans le réseau scolaire

La *Loi sur l'instruction publique* du réseau scolaire, pour sa part, ne traite pas de la notion de PSI. Cependant, l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation - *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes* intervenu en 2003 fait référence à la notion de plans de services individualisés et intersectoriels. À ce titre, les ministères de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux mènent actuellement des



travaux sur la teneur du PSI dans les deux réseaux. L'on parle de PSII (plan de services individualisés et intersectoriels).

Après expérimentation du processus clinique en Montérégie visant à donner un langage commun aux différents réseaux et à la lumière des changements majeurs vécus actuellement par le réseau de la santé et des services sociaux, la définition suivante, tirée de l'article de monsieur Noël Champagne *Plan de services individualisé : concept théorique et pratique*, englobe la vision commune que vise le processus clinique en mettant l'accent sur l'objectif général commun à poursuivre.

Le plan de services individualisé, selon Champagne, est défini comme un

« outil de planification, de coordination et d'intégration de services individualisés visant **globalement à donner un sens, une direction à la personne et à son milieu**, dans le cheminement de leurs actions, des actions des intervenants, des programmes, des établissements et des divers organismes, tout en tenant compte du contexte culturel et légal. Dans le cadre de cette définition, le plan de services comprend des buts, des objectifs, des moyens, un échéancier, des éléments d'évaluation et des personnes responsables.² ».

Dans le contexte organisationnel actuel d'évolution du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que l'incontournable complémentarité visée avec le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, cette définition confirme le bien-fondé de la démarche d'implantation du processus clinique en Montérégie.

1.3 UNE DÉFINITION DU PLAN D'INTERVENTION

Le plan d'intervention est un outil de coordination et de planification permettant l'organisation systématique des actions que comptent entreprendre un ou des intervenants en vue de seconder la personne dans la solution de ses problèmes. Lorsqu'il permet l'organisation systématique des actions communes que comptent entreprendre les intervenants **d'un même établissement**, il est alors question d'un plan d'intervention ou d'un PI.

Le plan d'intervention permet d'identifier :

- Les besoins de l'utilisateur;
- les objectifs poursuivis avec lui;
- les moyens à mettre en œuvre;
- la durée prévisible pendant laquelle les services seront offerts;
- la date de révision;
- le responsable de sa rédaction, de sa révision et de son application, donc des indicateurs de résultats attendus.

² Champagne, Noël, Plan de services individualisé : concept théorique et pratique.



La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*³ prévoit qu'un établissement doit élaborer un plan d'intervention. Ce plan d'intervention doit être fait en collaboration avec le jeune et sa famille selon l'article 102 de la LSSSS.

En milieu scolaire, le plan d'intervention est un moyen privilégié inscrit dans la *Loi sur l'instruction publique* pour coordonner les actions qui servent à répondre aux besoins des élèves handicapés ou en difficulté en vue de favoriser leur réussite scolaire.

De plus, le plan d'intervention a pour objectif d'aider l'élève qui, parce qu'il est handicapé ou qu'il rencontre des difficultés, a besoin d'interventions adaptées pour progresser de façon optimale dans le développement des compétences menant à sa réussite. **Il consiste en une planification d'actions coordonnées qui sont établies au sein d'une démarche de concertation**⁴.

Notons que le PI scolaire va a priori réunir des intervenants scolaires auxquels peuvent se joindre au besoin des intervenants d'autres réseaux.

Des établissements ou organismes utilisent une appellation différente pour le plan d'intervention. Il importe de savoir que dans le réseau de la santé et des services sociaux, on parle de PI au sein d'un même établissement et de PSI quand plus d'un établissement est concerné.

Au fil des années, différentes appellations spécifiques qui ne réfèrent pas à la loi ont été développées dans divers milieux. On en retrouve quelques-unes dans le lexique sous la rubrique PII.

1.4 LES VALEURS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LE PSI

Le PSI doit faire l'objet d'un partage de valeurs communes comme le respect des besoins du jeune et de sa famille. Au-delà des procédures et des instruments qui lui donneront sa forme, le PSI devra être construit selon une approche-client et une approche systémique basées sur la corrélation entre la demande de service, l'analyse des besoins et l'offre de service possible dans les différents réseaux.

Les valeurs incontournables qui guideront l'élaboration du PSI

- Le jeune est une personne à part entière et, à ce titre, il est et demeure le premier concerné par les actions posées avec ou pour lui.
- La famille constitue le premier milieu de développement des enfants et des jeunes et les parents sont les premiers responsables des moyens à mettre à la disposition de leur jeune afin d'assurer son développement et sa sécurité.
- La continuité, la qualité et la complémentarité des interventions menées par les divers partenaires entourant le jeune et sa famille doivent se réaliser dans le respect des besoins de ceux-ci.

Conséquemment, les principes suivants doivent guider les intervenants dans le contenu et la formulation du PSI :

³ Consulter l'annexe II, article 102.

⁴ *Décroche tes rêves, le plan d'intervention... au service de la réussite de l'élève*, cadre de référence pour l'établissement de plans d'intervention, ministère de l'Éducation, 2004.



- La participation active du jeune et de ses parents à l'élaboration du PSI, à son application et à sa révision.
- Une évaluation de l'état et de la situation du jeune qui se fait dans une perspective qui tient compte non seulement de ses besoins et de son stade de développement, mais également de ses compétences, de ses ressources et de celles de ses parents.
- Un jeune et sa famille doivent pouvoir compter sur des services adéquats, de qualité, continus et personnalisés, peu importe la complexité ou l'intensité de leurs besoins. Ces services leur sont offerts par un réseau de services, complémentaire, imputable, solidaire et coordonné et situé le plus près possible de leur milieu de vie.
- Des objectifs axés sur la participation et l'intégration sociale sont priorisés par le jeune, sa famille et les participants au PSI, dans le respect des valeurs sociales et culturelles propres au milieu du jeune et de sa famille.
- La contribution des ressources de la famille, du milieu et de la communauté, tant au niveau de la planification que de la prestation des services, doit être prise en compte.
- Le partenariat constitue l'essence de l'organisation des interventions autour du jeune et de sa famille. La situation du jeune et de sa famille doit être évaluée avec précision, en vue d'assurer l'accès au bon service, au bon moment et afin d'éviter une aggravation de la situation. Par la suite, dès que leurs services sont requis, les partenaires doivent mettre en place toutes les mesures nécessaires à la complémentarité et à la continuité des interventions.



2. LE PARTENARIAT, LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION : ESSENTIELS À L'IMPLANTATION DU PSI JEUNESSE

Le caractère multidimensionnel de certaines situations problématiques vécues par le jeune et sa famille oblige la coordination de l'ensemble des partenaires, tant du réseau de la santé et des services sociaux que des autres réseaux, tels ceux de l'éducation, des centres de la petite enfance, de la justice, des organismes communautaires, etc. Le jeune et sa famille se situent au cœur de l'équipe intersectorielle PSI; conséquemment, leur sécurité, leur développement et leur bien-être doivent constituer l'unique raison d'être du travail de cette équipe intersectorielle PSI.

Une équipe intersectorielle est un regroupement de personnes de différents secteurs qui mettent en commun leurs ressources et leurs compétences pour discuter, réfléchir et travailler ensemble avec la famille à résoudre la situation multiproblématique.

La concertation intersectorielle devrait se traduire par une lecture commune des besoins, la réalisation d'interventions planifiées tenant compte de la qualité, la continuité, la complémentarité des services et des interventions, et devrait s'actualiser par l'établissement d'un PSI avec le jeune et sa famille. Le PSI prendra sa véritable signification dans la mesure où les personnes qui participent à son élaboration acceptent de s'engager dans une démarche active, professionnelle et coordonnée.

La démarche d'élaboration d'un PSI dont l'objectif est de répondre aux besoins du jeune et de sa famille se fait selon une approche systémique.

Certaines conditions de succès dégagées suite à l'expérimentation des dernières années doivent être présentes avant et pendant la mise en place de la concertation ou de l'intersectorialité. La mise en place de l'implantation, l'application écrite et la révision du PSI seront tributaires de la présence de ces conditions de succès.

Les conditions essentielles de succès du partenariat sont énumérées ci-après.

- **Avoir l'appui des directions et des gestionnaires de chaque réseau, et ce, à tous les niveaux.** Ces derniers sont convaincus et en font une priorité organisationnelle qui se traduit dans la planification de l'organisation du travail, au niveau du support et de l'encadrement cliniques et des ententes de services intersectorielles.
- **Prévoir et allouer le temps nécessaire** à la coordination et à la réalisation des PSI par les intervenants et les coordonnateurs.
- **S'assurer** dans chaque milieu d'un noyau d'intervenants pouvant jouer un rôle **de multiplicateurs**.
- **Amorcer une démarche d'appropriation mutuelle** au niveau local avec les autres partenaires selon les ententes prévues dans les continuums d'intervention.
- **Développer une vision et une compréhension communes** des services offerts ou à offrir, qui fait quoi, afin de mieux cerner les rôles et responsabilités de chacun.



- **Créer un climat d'ouverture et de confiance mutuelle**, ce qui se traduira par une implication réelle de chacun.
- **Mettre en commun les savoirs et les compétences** et se respecter mutuellement.
- **Mettre en place au niveau local une structure minimale d'organisation de travail et d'accès** qui permettra d'assurer la liaison adéquate entre la première ligne, la deuxième ligne et les partenaires intersectoriels. Cette structure de fonctionnement et de soutien souple et efficace convenue par l'ensemble des partenaires sera connue et inscrite à l'agenda.
- **Devenir co-responsables, coopérants, interdépendants, coordonnés et en synergie mutuelle.**

L'action intersectorielle suppose donc le partage des ressources et la mise en commun des compétences.

Si ces conditions ne sont pas présentes, il faut s'acharner à les établir le plus tôt possible par égard envers les enfants, les jeunes et leur famille.

2.1 LE CONTEXTE DU PARTENARIAT

La mise en place des réseaux locaux visés par la loi n° 25 (*Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*) sera conçue selon les attentes législatives inscrites aux articles 25 et 26 de cette loi (voir annexe III).

Selon le document *Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population* produit en juin 2004 par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie,

« le réseau local de services est une entité responsable d'offrir un continuum de services coordonnés à une population donnée. Il est imputable des résultats sur les plans clinique et financier et du suivi de l'état de santé de la population. Les réseaux de services intégrés sont l'aboutissement d'un processus social entre partenaires qui, en intensifiant leur coopération, arrivent à une meilleure coordination des ressources et des activités et ainsi réalisent une intégration des soins et des services⁵ ».

Ainsi, « pour compléter son offre de service, chaque centre de santé et de services sociaux travaillera en réseau avec les autres partenaires du même territoire, c'est-à-dire les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les pharmaciens, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les différentes ressources privées du territoire, notamment celles qui offrent des services d'hébergement », a expliqué monsieur le ministre Couillard. Pour ce qui est des services plus spécialisés (soins médicaux spécialisés, protection de la jeunesse, réadaptation), chaque centre de santé et de services sociaux conclura une entente avec l'établissement responsable de fournir ces services à l'échelle régionale. Des corridors de services, faisant appel aux ressources des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), sont également prévus pour les services surspécialisés qui ne sont pas offerts par un établissement de la région. **Qu'il s'agisse de première, de deuxième ou de troisième ligne, c'est à partir du centre de santé et de services sociaux que se coordonnera l'accès aux services, ce qui simplifiera beaucoup les choses aux citoyennes et aux citoyens. »**

⁵ Bernier, Breton, Ndayegamiye, Infolettre, 1 : 2, 2004.



« L'organisation en réseau favorisera non seulement l'accessibilité des soins et des services, mais également leur continuité. En effet, les liens entre les différents intervenants qui doivent offrir des services à une même personne seront mieux coordonnés à l'avenir, au bénéfice des citoyens de la Montérégie⁶ ».

En Montérégie, onze réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont été créés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et sont implantés.

Chacun des réseaux gravitera autour du « Centre de santé et de services sociaux », qui est responsable des missions de première ligne : tant la prévention et la promotion de la santé, l'accueil, l'orientation, la référence, l'hébergement et les soins de longue durée ainsi que, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité.

Les établissements de réadaptation, tels les Centres jeunesse de la Montérégie, le Centre Le Virage, le Pavillon Foster, le Centre montérégien de réadaptation, l'Institut Nazareth et Louis-Braille, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est, les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort ainsi que l'Hôpital Charles LeMoynes, à portée régionale, seront interpellés par, ou interpellent les réseaux locaux de services, lors de besoin de coordination d'un PSI pour un jeune et sa famille.

Les CSSS et les établissements régionaux travailleront de pair avec les organismes communautaires, le milieu scolaire et les centres de la petite enfance.

Il devient de plus en plus évident que des liens sont à établir de façon systémique et continue avec les partenaires locaux et régionaux du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les partenaires intersectoriels, selon une approche de responsabilité populationnelle influencée par des déterminants de l'état de santé d'une population qui sont les suivants :

- Le revenu et la situation sociale;
- les réseaux de soutien social;
- le niveau d'instruction;
- l'emploi et les conditions de travail;
- les environnements physiques;
- le patrimoine biologique et génétique;
- les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelle;
- le développement sain dans l'enfance;
- les services de santé et les services sociaux.

⁶ Communiqué de presse du 23 juin 2004 du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard et du ministre responsable de la région, monsieur Jean-Marc Fournier.



3. LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PSI : UN PROCESSUS CLINIQUE

Le processus clinique, principal objet du cadre de référence de 2001 implanté en Montérégie, a fait son chemin au fil des années.

Le PSI est un instrument de planification clinique, de coordination et d'intégration des services s'adressant d'abord et avant tout au jeune et à sa famille. Cet outil doit se présenter systématiquement **sous une forme écrite** afin d'assurer une continuité de services au jeune et à sa famille. Idéalement il est souhaitable que ces derniers participent activement au processus d'élaboration du PSI mais cette participation peut exceptionnellement être modulée pour tenir compte de la réalité de la situation.

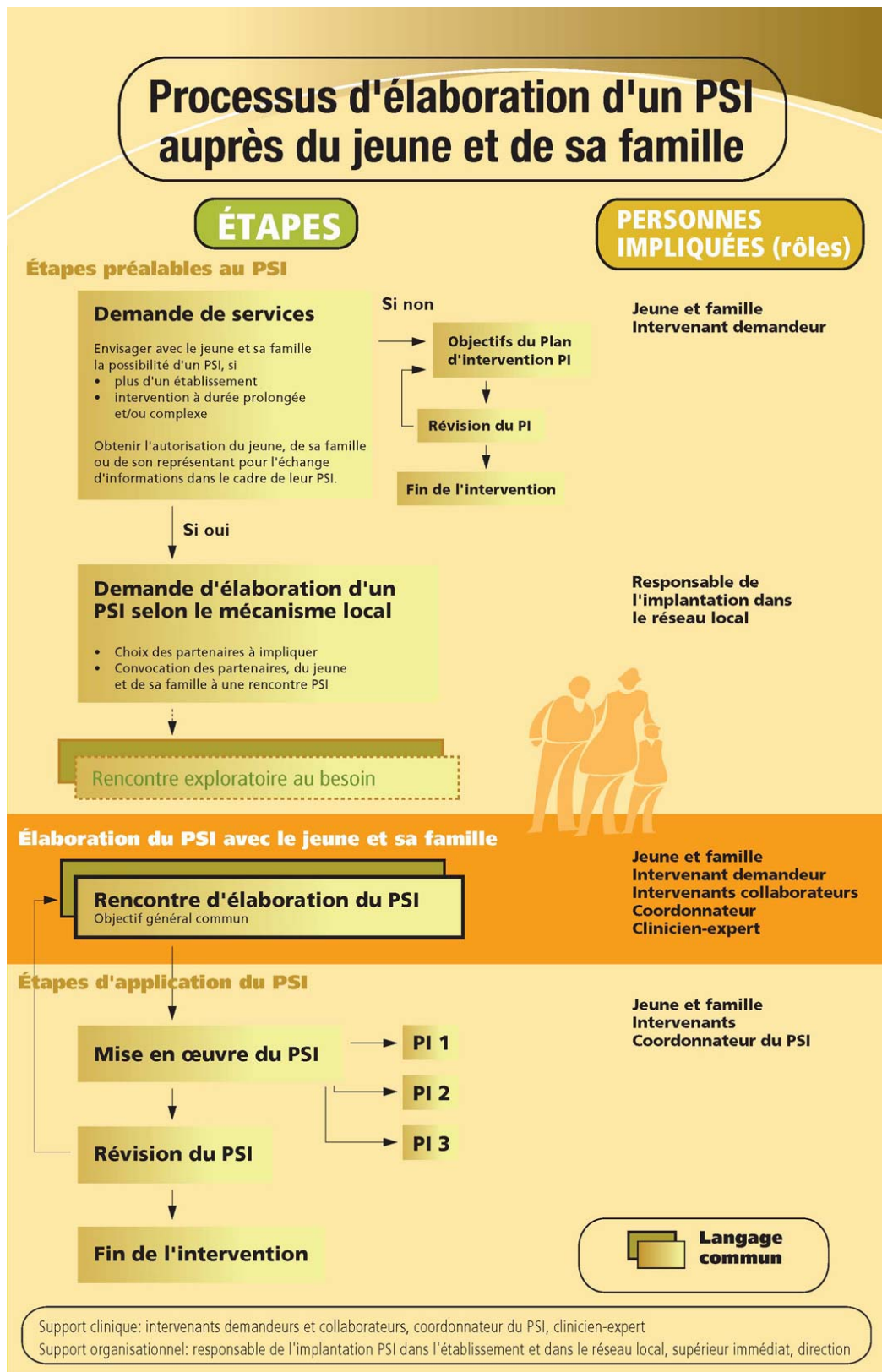
Ainsi ce chapitre vise à mieux circonscrire les étapes de ce processus clinique, objet de la formation PSI en Montérégie. De plus, vous trouverez en annexe I tout le cheminement détaillé du processus clinique de la formation PSI et certains outils suggérés.

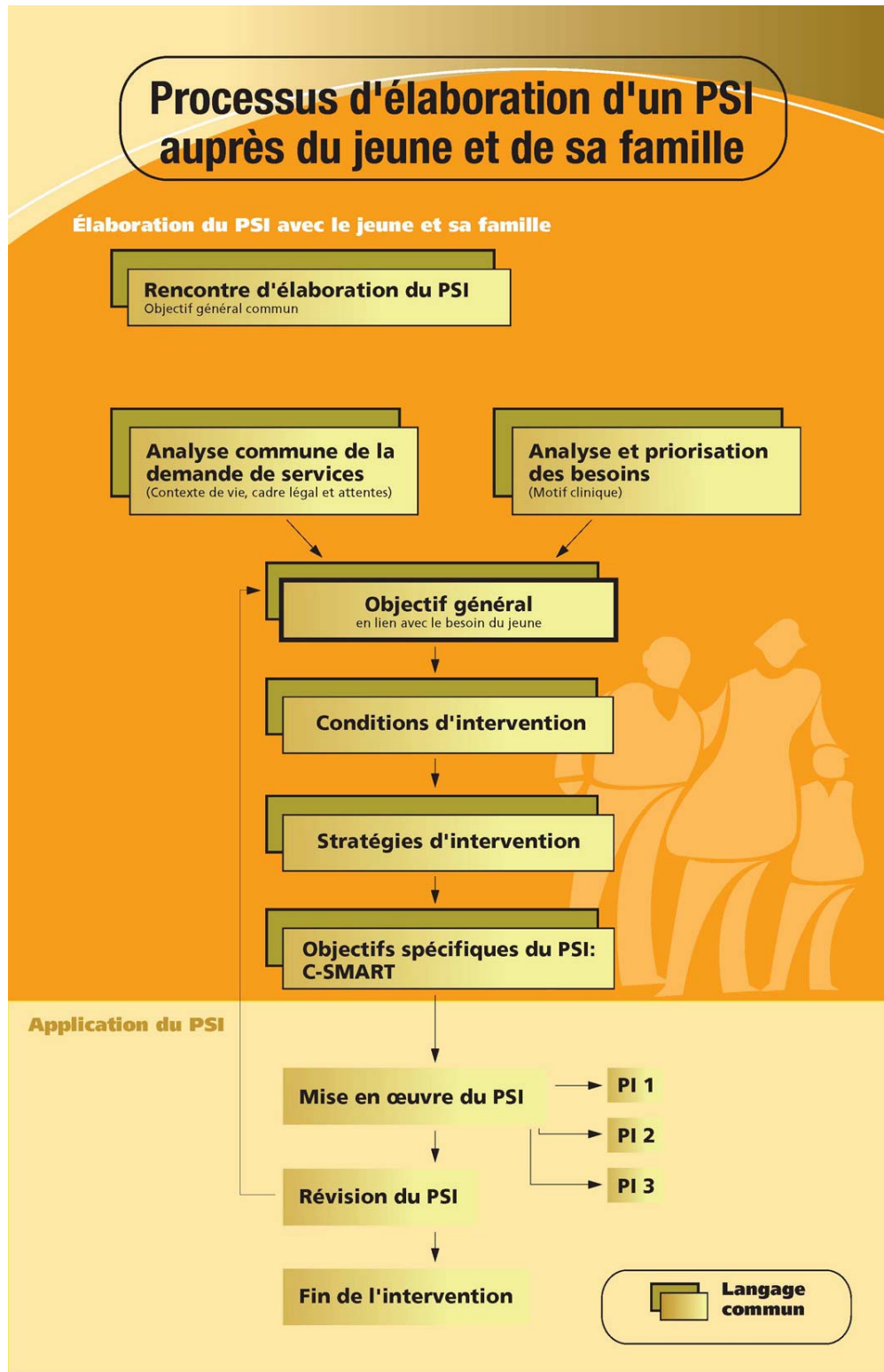
Afin de mieux comprendre le processus clinique, il est important de situer ici les différentes étapes qui le composent :

- ✓ étapes précédant le PSI;
- ✓ étapes de l'élaboration du PSI avec le jeune et sa famille, et
- ✓ étapes d'application du PSI.

Les tableaux suivants intègrent de façon visuelle ces trois étapes. Le deuxième tableau réfère spécifiquement au contenu de la formation PSI. Les sections ombragées réfèrent au développement d'un minimum de vision commune et sont essentiellement liées au processus clinique.







3.1 LES ÉTAPES PRÉALABLES À L'ÉLABORATION DU PSI

Il importe de souligner que certaines étapes précèdent l'élaboration du PSI et relèvent de chaque organisation et du réseau local. Il en est ainsi pour :

- Le cheminement de la demande de service menant à un PSI, et
- la rencontre exploratoire.

3.1.1 *Le cheminement de la demande de service menant à un PSI*

Cette étape menant éventuellement à la réalisation d'un PSI est initiée par le jeune et sa famille qui font la demande de service, qu'ils soient déjà dans le réseau de la santé et des services sociaux, dans le réseau scolaire, dans un centre de la petite enfance ou autre et pour lesquels l'intervention semble dans une impasse. Lors de cette demande, la situation est évaluée par un intervenant **que l'on appelle l'intervenant demandeur** (voir ses fonctions au chapitre 4), lequel peut être issu de différents réseaux (santé, scolaire, petite enfance). **Quand plus d'un établissement est impliqué et qu'une intervention à durée prolongée ou déterminée est requise et/ou que la situation est complexe, le PSI doit alors être envisagé.** Il importe de souligner ici qu'une intervention prolongée se situe à moyen et long terme et nécessite une continuité d'intervention.

Une autorisation du jeune et de sa famille est requise pour partager l'information. En cas de refus, l'intervenant doit faire valoir la pertinence et les avantages du partage de l'information dans la réalisation du PSI et motiver le jeune et sa famille en ce sens. Si le jeune et la famille acceptent de donner l'autorisation pour partager l'information, le PSI s'enclenche. Dans le cas contraire, le PI s'applique.

De là découle une convocation des partenaires, du jeune et de sa famille (ou son représentant) à une rencontre PSI et le processus clinique s'amorce alors en lien avec le processus opérationnel décrit au chapitre 4.

3.1.2 *La rencontre exploratoire*

Dans certaines circonstances et selon les situations, il peut être utile que les partenaires se rencontrent pour échanger des informations, clarifier leur rôle respectif, faire les arrimages organisationnels nécessaires ou encore, occasionnellement, identifier les scénarios et hypothèses cliniques.

Lors de la rencontre exploratoire, les modalités peuvent être définies, à savoir, quels intervenants sont essentiels à l'élaboration du PSI avec le jeune et sa famille, qui sera présent lors de l'élaboration du PSI, qui expliquera le processus, qui animera la démarche, qui coordonnera le PSI, qui rédigera le PSI, qui retournera le tout à la famille et aux partenaires.

Cette rencontre n'est pas celle de l'élaboration du PSI avec la famille. Il faut se rappeler que l'élaboration du PSI se fait avec le jeune, sa famille et les personnes désignées selon les modalités organisationnelles établies.



3.2 LES ÉTAPES D'ÉLABORATION DU PSI

Les étapes d'élaboration du PSI avec le jeune et sa famille constituent l'essence clinique du PSI et font l'objet principal de la formation PSI. Elles visent principalement à donner un minimum de vision commune aux divers intervenants impliqués.

Les étapes d'élaboration du PSI qui vous sont présentées dans les lignes qui suivent sont détaillées à l'annexe I :

- L'analyse commune de la demande de service (lecture commune des besoins du jeune et de sa famille);
- l'analyse et la priorisation des besoins (motif clinique);
- l'objectif général;
- les conditions de l'intervention;
- les stratégies d'intervention;
- les objectifs spécifiques du PSI : C-SMART et le PI de chaque établissement.

3.2.1 L'analyse commune de la demande de service

La demande de service est le motif qui amène le jeune et sa famille à requérir des services et elle traduit la perception qu'ils se font de leurs besoins. Elle doit aussi être distinguée des attentes et perceptions du jeune et de sa famille. La demande de service arrive souvent suite à un événement particulier, un facteur précipitant, un déclencheur. Il peut être intrafamilial (crise quelconque, débordement inhabituel) ou extrafamilial (référence de l'école ou du centre de santé mentale, arrestation par la police, signalement à la DPJ).

À la lumière des informations recueillies lors de la demande de service et après avoir reçu le consentement du jeune et de sa famille pour l'échange d'information, on reprend collectivement, avec le jeune et sa famille, la demande de service en la situant légalement et dans l'environnement de ceux-ci. Il est important de déterminer dans quel cadre légal se situe la demande de service. S'agit-il de la LSSS (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*), la LPJ (*Loi sur la protection de la jeunesse*), la LSJPA (*Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*) ou de la *Loi sur l'instruction publique*?

Les diverses lois en cause peuvent colorer la teneur de l'intervention et l'objectif général.

3.2.2 L'analyse et la priorisation des besoins⁷

Cette étape sert à identifier les besoins non répondus du jeune et de sa famille. L'analyse des besoins se fait à partir des informations recueillies auprès du jeune et sa famille et de chacun des partenaires. Cette cueillette d'information et l'analyse qui en résulte permettent de bien déterminer et circonscrire le motif clinique d'intervention.

⁷ Plus de détails en annexe I.



3.2.3 L'objectif général

Cette étape vise la formulation d'un objectif général partagé par le jeune, sa famille et les partenaires présents. Elle est cruciale pour le choix des objectifs qui en découleront.

La formulation de l'objectif général doit être faite par le jeune, sa famille et l'ensemble des intervenants. Elle permet la saisie – en une proposition synthèse claire et formulée au futur selon des règles qui la rendent accessible à tous en minimisant les ambiguïtés – de l'essentiel de ce qui doit être atteint dans le cadre de l'intervention. Cet énoncé servira ensuite de référence aux divers intervenants impliqués pour préciser les objectifs spécifiques qu'ils chercheront à atteindre. Pour faire le lien avec la définition du PSI et le cadre de référence PSI Jeunesse Montérégie de 2001, l'objectif général est « **ce qui donne un sens et une direction à l'intervention**⁸ ».

La référence unique à une proposition synthèse simple, qui rallie le jeune et sa famille et l'ensemble des intervenants, leur permet de faire le point sur le sens et la portée de leur propre intervention et d'en maximiser la cohésion.

3.2.4 Les conditions de l'intervention⁹

La lecture et l'intégration des données disponibles pour faire l'évaluation commune des besoins auront permis de disposer du matériel requis pour passer à l'étape suivante, soit celle de l'analyse des **conditions conjoncturelles et personnelles** de l'intervention. Le fait d'en tenir compte ouvre une possibilité de réussir nettement plus motivante à la fois pour le jeune et sa famille, l'intervenant et également les réseaux de services.

Aussi, cette étape de la prise en considération des conditions particulières d'une situation aura une influence **sur l'ordre de priorité** des interventions. L'examen de ces conditions permettra en outre d'estimer la situation clinique spécifique du jeune, de sa famille et de son environnement et, conséquemment, les obstacles ou les assises à prendre en compte lors de l'intervention pour avoir plus de chances de réussir et de réussir rapidement.

3.2.5 Les stratégies de l'intervention¹⁰

La nature des besoins et l'identification des conditions d'intervention induisent les stratégies d'intervention. La plupart du temps, la collecte et la classification du matériel afférent à la lecture des besoins et aux conditions de l'intervention auront mis en lumière les éléments clefs des stratégies d'intervention qui devraient être appliquées.

Les stratégies de l'intervention regroupent les choix qui président à l'identification des moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés et sont éclairées par le niveau d'intervention optimal, l'encadrement prévisible et la capacité d'apprendre du client.

Mentionnons que plusieurs jeunes et leur famille requièrent une intervention à plusieurs niveaux d'apprentissage. Il faut aussi souligner qu'à défaut de planifier adéquatement les stratégies

⁸ Champagne, Noël, Plan de services individualisé : concept théorique et pratique.

⁹ Plus de détails en annexe I.

¹⁰ Plus de détails en annexe I.



d'intervention, les intervenants pourraient se retrouver dans une situation où ils utiliseraient des interventions jugées pertinentes mais dont l'effet pourrait être mitigé si leur adaptation à la réalité du client est inadéquate.

3.2.6 Les objectifs spécifiques du PSI¹¹

À partir de l'objectif général, chaque intervenant auprès du jeune et sa famille identifie les objectifs spécifiques. C'est un énoncé qui décrit un changement désiré, donc positif. Il est choisi selon des critères précis et rédigé de façon à être compris de tous.

Les objectifs spécifiques du PSI doivent répondre aux critères de rédaction de C-SMART :

C : Conjoint
S : Spécifique
M : Mesurable
A : Ajusté
R : Réaliste
T : Temporel

Ces objectifs devront être traduits dans le plan d'intervention (PI) de chacun des intervenants, élaboré avec le jeune et sa famille (conjoint) selon une chronologie établie lors de l'élaboration du PSI.

3.3 LES ÉTAPES D'APPLICATION DU PSI

Après l'élaboration du PSI, il reste à le réaliser en trois étapes :

- La mise en œuvre du PSI et le PI de chaque établissement;
- la révision du PSI;
- la fin de l'intervention.

3.3.1 La mise en œuvre du PSI et le PI de chaque établissement ou organisme

L'application et la mise en œuvre du PSI se feront en tenant compte de tous les objectifs spécifiques élaborés au PSI. Tous les acteurs s'affairent selon l'ordre et l'échéancier établis à réaliser le PSI en s'inspirant de la démarche clinique élaborée. Les objectifs ciblés orienteront les interventions de chaque établissement, peu importe le réseau. Ces actions concertées permettront la réalisation du PSI conjointement élaboré par le jeune, sa famille et les intervenants des différents milieux.

3.3.2 La révision du PSI

Exigée par la loi, la révision du PSI apparaît déterminante pour garantir la validité de tout le processus. Elle a lieu à la date convenue lors de l'élaboration du PSI. Elle permet de vérifier l'impact des actions posées par chacun, de partager la vision du jeune et de sa famille quant aux objectifs visés et aux moyens employés pour y parvenir, de réajuster si nécessaire les services en fonction de l'évolution des besoins et de redéfinir les objectifs selon la situation.

¹¹ Plus de détails en annexe I.



Le processus de révision n'est pas fondamentalement différent de celui de la planification des services. Le déroulement de la rencontre de révision est semblable à celui de la rencontre d'élaboration du PSI. Dans la majorité des cas, on peut s'attendre à ce qu'il soit relativement rare que l'on doive modifier fondamentalement la lecture des besoins du client. L'objectif général à poursuivre et les résultats attendus sont rarement modifiés. Si cela doit être fait, on procède d'abord à cet exercice. Le plus souvent, cependant, le travail accompli ou, au contraire, le développement des difficultés particulières par le jeune et sa famille aura modifié les conditions (externes) de l'intervention ou certains éléments de la stratégie. Ces nouveaux éléments pourront obliger une rectification des objectifs spécifiques ou de leur priorisation, l'ajout d'un nouveau joueur ou la fin de l'intervention d'un acteur spécifique.

Cette étape est sous la responsabilité du coordonnateur du PSI. Il doit convoquer les personnes et s'assurer de regrouper l'ensemble des données requises pour cet exercice. Il invite les participants, s'il y a lieu, à fixer la date de la prochaine révision ainsi que les nouveaux échéanciers.

La révision du PSI s'inscrit comme une des étapes dans le continuum des activités liées à l'intervention clinique. Elle a pour but de vérifier l'atteinte des objectifs et les résultats prévus par le jeune et sa famille et les intervenants concernés.

3.3.3 La fin de l'intervention

Dans certains cas, la révision du PSI pourra amener les acteurs concernés à dresser un bilan des acquis les conduisant à réaliser que l'objectif général poursuivi et les résultats attendus sont atteints. La fin de l'intervention est un moment très valorisant pour le jeune et sa famille et pour tous les intervenants qui ont collaboré avec la famille. C'est le moment de prendre le temps de réaliser un bilan des acquis pour le jeune et sa famille.

C'est également l'occasion privilégiée de souligner à l'équipe PSI les gains à retirer du travail en partenariat au profit du jeune et de sa famille.



4. LE PROCESSUS D'ÉLABORATION D'UN PSI : UN PROCESSUS OPÉRATIONNEL

Alors que le chapitre 3 situait le processus clinique d'élaboration du PSI, le chapitre 4 veut traduire ce processus dans une démarche opérationnelle. Situer et hiérarchiser les acteurs, leurs rôles et leurs responsabilités sont incontournables et constituent un préalable à l'application de la démarche. Ainsi, tant les CSSS que les établissements régionaux et les partenaires intersectoriels devront s'en inspirer dans l'implantation et la mise en œuvre du PSI.

4.1 LES RÔLES DES ACTEURS ESSENTIELS POUR QUE LE PROCESSUS PSI PRENNE PLACE

Tous les rôles des acteurs nommés ci après sont essentiels à différents niveaux pour que le processus PSI prenne place.

Type de support	Le jeune et sa famille (ou son représentant)
Support clinique ↓ ↑	L'intervenant demandeur Les intervenants collaborateurs au PSI Le coordonnateur PSI Le clinicien expert
Support organisationnel ↓ ↑	Les directions des établissements et organismes Le gestionnaire responsable du PSI dans son établissement Le supérieur immédiat des intervenants Le responsable du PSI dans le réseau local
Support régional	L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

4.1.1 Le jeune et sa famille (ou son représentant)

En congruence avec les valeurs énoncées au chapitre 1 et toutes les tendances actuelles visant les meilleures pratiques, on favorise la présence active du jeune et de sa famille dans le respect de leur réalité et des capacités de ceux-ci à :

- Vouloir ou devoir changer une situation;
- participer activement à l'élaboration, à l'actualisation et à la révision du PSI du jeune;
- informer le coordonnateur du PSI lors de changement dans la situation du jeune;
- connaître leurs droits et obligations.



L'intervenant doit souvent susciter la participation du jeune et de sa famille à l'élaboration du PSI. Cette motivation à la participation au PSI démontre que l'on croit en :

- Leurs compétences;
- leur capacité d'autodétermination.

Croire en la compétence et la capacité d'autodétermination, c'est reconnaître que le jeune et sa famille puissent :

- Être partenaires à part entière dans l'élaboration du PSI;
- prendre la parole;
- partager leur lecture de la réalité;
- demander du soutien;
- écouter les conseils;
- s'approprier du pouvoir;
- faire des choix;
- prendre leurs responsabilités;
- trouver leurs propres solutions;
- planifier et coordonner leurs actions;
- prendre des décisions;
- demander la révision du PSI. Il est important de savoir que, d'après la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en annexe II, le jeune et sa famille peuvent à tout moment demander la révision du PSI.

Cette vision dépasse de beaucoup la simple présence physique du jeune et de sa famille lors de la rencontre PSI. Elle influence toute interaction qu'aura l'intervenant avec le jeune et sa famille dès la demande de service.

4.2 LE SUPPORT CLINIQUE

Le support clinique assumé par les intervenants est indispensable. Il est important de souligner que dans certaines situations un intervenant peut cumuler plus d'un des rôles identifiés ci-après.

4.2.1 L'intervenant demandeur

De prime abord, rappelons que le PSI fait appel à l'intersectorialité. L'intervenant qui constate que l'étendue et la complexité des besoins du jeune et de sa famille dépassent la compétence de son établissement et que la complexité des besoins nécessite l'apport d'autres partenaires afin de répondre globalement aux besoins du jeune et de sa famille doit penser PSI. Il se concerte avec son supérieur immédiat sur la pertinence de tenir ce PSI. Il initie la démarche en utilisant les mécanismes définis dans son réseau local. Son rôle consiste à :



- Faciliter la participation du jeune et de sa famille et obtenir l'autorisation nécessaire de la famille et/ou du jeune après avoir éclairé ces derniers sur la raison d'être de la démarche;
- convoquer à la rencontre d'élaboration du PSI, la famille et/ou le jeune et les intervenants concernés;
- impliquer le clinicien expert, au besoin;
- compléter les outils cliniques nécessaires à la rencontre. Chaque CSSS (instance locale), la deuxième ligne ainsi que les partenaires peuvent avoir leurs propres outils cliniques, mais il est toujours préférable que des outils cliniques communs soient employés par l'ensemble des partenaires;
- actualiser les objectifs sous sa responsabilité;
- participer à la révision du PSI;
- participer activement à la rencontre;
- s'assurer que la fonction d'animation ou de coordination est assumée selon le mode de fonctionnement reconnu par le CSSS.

4.2.2 Les intervenants collaborateurs au PSI

Le rôle des intervenants collaborateurs consiste à :

- Apporter les informations nécessaires pour la rencontre selon les outils développés;
- participer activement à la rencontre à la lumière des informations qu'ils possèdent;
- actualiser les objectifs sous leur responsabilité (PI);
- participer à la révision du PSI.

4.2.3 Le coordonnateur du PSI

Lors des consultations qui ont précédé la révision de ce cadre de référence, plusieurs acteurs ont signifié que **le coordonnateur est un élément clé du succès de l'élaboration du PSI**.

De façon générale, le PSI est coordonné par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (CSSS ou établissement régional).

Son rôle est de :

- Voir à la cohérence, à la continuité et à la complémentarité des services;
- favoriser la concertation entre les intervenants;
- s'assurer que les services dispensés atteignent les résultats attendus;
- rédiger le PSI et s'assurer de le diffuser à la famille et aux partenaires;
- fixer la date de révision du PSI;
- informer le supérieur immédiat en cas de litige. Ce dernier pourra discuter de la situation litigieuse avec les différents gestionnaires partenaires selon les modalités de concertation prévues.



4.2.4 Le clinicien expert

Le clinicien-expert est le porteur de la démarche clinique à laquelle il est habilité. Il soutient cliniquement le coordonnateur PSI ou l'intervenant demandeur du PSI, puisqu'il est un intervenant qui maîtrise bien le processus et les instruments cliniques. Il est une référence précieuse pour les autres intervenants et joue un rôle de leadership clinique reconnu.

Il doit s'assurer du bon déroulement de la rencontre et de la participation de tous les partenaires au développement de la vision commune. Dans cette optique, il doit voir à ce que le groupe respecte toutes les étapes de la démarche clinique, précise le rôle de chacun et favorise la participation active du jeune et de sa famille au PSI. En ce sens, il peut soit animer le PSI ou voir à ce que la fonction animation de la démarche clinique soit assumée adéquatement par une autre personne.

Chaque réseau local bénéficiera de la disponibilité d'un certain nombre de cliniciens-experts issus des établissements. L'objectif est, dans un premier temps, de favoriser la mise en place de plans de services individualisés et, ultimement, de permettre une appropriation du processus par les intervenants eux-mêmes.

4.3 LE SUPPORT ORGANISATIONNEL

Au fil des années, certaines conditions du succès de l'implantation du PSI au niveau territorial ont été dégagées et il est apparu clairement que le support organisationnel était tout aussi essentiel que le support clinique pour soutenir le jeune et sa famille. Ce support organisationnel se traduisait par :

- Une volonté politique des gestionnaires à travailler en partenariat;
- des ententes interétablissements signées ou amorcées;
- la présence **d'une** table d'accès enfance-jeunesse interétablissements et intersectorielle par territoire;
- une plage horaire fixe vouée aux PSI et connue de tous les partenaires.

Aussi est-il tout aussi essentiel de mieux définir les rôles attendus des établissements et organismes dans le cadre de l'implantation du PSI Jeunesse.

4.3.1 Les directions des établissements et organismes

Les directions des établissements de santé et de services sociaux ont la responsabilité de s'assurer du respect de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et des ententes interministérielles signées, telles l'entente de complémentarité MSSS-MEQ, l'entente CPE-CLSC, etc. Par conséquent, elles sont imputables de la réalisation des PI et des PSI lorsque requis et doivent se concerter.

Les directions des écoles ont la responsabilité de respecter l'entente de complémentarité MSSS-MEQ.

De plus, **les directions** des établissements et organismes doivent :

- Indiquer clairement leur **volonté** d'actualiser la mise en place des PSI Jeunesse dans leur organisation;



- nommer un responsable de l'implantation des PSI dans leur établissement et lui confier le mandat d'implanter et d'appliquer le cadre de référence;
- assurer le monitoring de l'évolution de la situation;
- rappeler périodiquement le choix de l'établissement de maintenir son engagement dans cette opération, inviter son personnel à y souscrire et souligner la performance partenariale;
- dégager les ressources requises pour supporter la mise en place du PSI et l'encadrement clinique;
- faire les représentations, au niveau régional, pour permettre les ajustements nécessaires;
- initier ou participer à la mise en place d'une structure de concertation locale, s'il y a lieu.

4.3.2 Le gestionnaire responsable de l'implantation du PSI dans son établissement ou organisation

Le rôle du gestionnaire responsable du PSI dans son établissement consiste principalement à :

- convenir et participer ou déléguer un représentant de son établissement à une structure locale de concertation avec les autres acteurs;
- s'assurer de la diffusion de l'information;
- s'assurer avec les supérieurs immédiats des intervenants de la mise en place des modalités internes d'implantation et de support;
- s'assurer avec les supérieurs immédiats des intervenants de la réalisation et de la révision des PSI;
- apporter son appui et son support aux supérieurs immédiats des intervenants;
- collaborer à l'implantation de mesures visant à régler les situations litigieuses;
- être en étroite collaboration avec le responsable de l'implantation PSI au niveau du réseau local;
- informer la direction de l'établissement de tout litige.

4.3.3 Le supérieur immédiat des intervenants¹²

Il est important de souligner le rôle du supérieur immédiat des intervenants qui doit :

- promouvoir l'utilisation du PSI auprès des intervenants dans les situations requises;
- soutenir, supporter et faciliter le travail de ceux-ci;
- s'impliquer dans l'actualisation clinique de ce processus;
- informer régulièrement le responsable de l'implantation du PSI dans son établissement de toute situation problématique ou de succès;
- participer aux mécanismes locaux implantés et soutenir le représentant du réseau local.

¹² Selon les établissements, il peut s'agir du coordonnateur professionnel, du chef d'équipe ou du responsable clinique.



4.3.4 Le responsable de l'implantation du PSI dans le réseau local

Dans l'esprit de l'implantation des réseaux locaux et des CSSS et des expériences des dernières années, tant au plan de l'expérimentation de la coordination d'une équipe d'intervention jeunesse que de la mise en place de tables intersectorielles jeunesse locales, la nomination d'un responsable de l'implantation du PSI sur le territoire local chargé de faire la coordination des partenaires s'avère un facteur de succès essentiel.

Conséquemment, les **directions** du réseau local doivent s'assurer de nommer un tel responsable de l'implantation du PSI sur le territoire local, lequel assurera un lien étroit entre les gestionnaires des différents établissements, écoles et organisations.

Le responsable de l'implantation du PSI au niveau du réseau local sera issu du CSSS puisque cet établissement, en vertu de la loi n° 25, a le mandat de coordonner l'accès aux services :

« Qu'il s'agisse de première, de deuxième ou de troisième ligne, c'est à partir du centre de santé et de services sociaux que se coordonnera l'accès aux services, ce qui simplifiera beaucoup les choses aux citoyennes et aux citoyens¹³ ».

Plus spécifiquement, le responsable de l'implantation du PSI dans le réseau local a comme mandat :

- De convenir d'une structure locale avec ses partenaires;
- d'exercer un leadership reconnu par les partenaires;
- d'assurer la coordination des partenaires;
- de faciliter les liens entre les différents établissements et organisations;
- de convenir avec ses partenaires de mesures visant à éliminer les conflits;
- de s'assurer de la compréhension et de l'implantation du cadre de référence;
- d'être la personne contact avec l'Agence;
- d'assurer l'évaluation et le monitoring de l'implantation dans le réseau local;
- d'informer la direction du CSSS en cas de litige.

4.4 LE SUPPORT RÉGIONAL

4.4.1 L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie a comme rôle d'assurer la mise en application du cadre de référence PSI jeunesse. Elle doit procéder à son évaluation et aux ajustements requis en cours d'application. Elle doit aussi mettre en œuvre les moyens dont elle dispose pour supporter son implantation dans les réseaux locaux et dans tous les continuums d'intervention dédiés à l'enfance, à la jeunesse et à leur famille. Elle doit

¹³ Communiqué de presse du 23 juin 2004 du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard et du ministre responsable de la région, M. Jean-Marc Fournier.



s'assurer de favoriser un partenariat étroit avec le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, les CSSS, les établissements régionaux et le réseau communautaire.



CONCLUSION

Ce cadre de référence PSI JEUNESSE actualisé au regard des nouveaux enjeux et bonifié après une expérimentation de quelques années permettra de poursuivre l'implantation du PSI comme processus clinique et outil de planification, de coordination et d'intégration dans chaque Centre de santé et de services sociaux local et dans chaque réseau local.

Chacun des CSSS sera imputable d'assurer la concertation avec tous ses partenaires tant sectoriels qu'intersectoriels, les organismes communautaires, les cliniques privées, les commissions scolaires et leurs écoles, les centres de la petite enfance, etc. On parlera alors d'un réseau local intégré.

Ces travaux de partenariat et d'intégration intensifiés dans le réseau de la santé par la création des CSSS et la mise en réseau local des services de santé et services sociaux dans tous les continuums d'intervention, tant en déficience intellectuelle, en déficience physique, en santé mentale, en dépendances, en jeunes en difficulté et leur famille sont déjà bel et bien amorcés. Déjà certains territoires ont **une** seule table d'accès santé et services sociaux avec les partenaires du scolaire, du communautaire et les centres de la petite enfance pour les services auprès des enfants et des jeunes et leur famille, peu importe les continuums d'intervention.

De ce cadre de référence découlent :

- Un nouvel engagement envers le jeune et sa famille dès le début du processus;
- une volonté indéfectible de travailler en partenariat avec nos vis-à-vis intersectoriels;
- un savoir et une vision commune du processus clinique du PSI;
- un outil de planification, de coordination et d'intégration;
- un engagement organisationnel renouvelé;
- une implantation intégrée dans tous les continuums d'intervention liés aux enfants, aux jeunes et leur famille;
- une formation encore plus adaptée à la réalité et découlant des succès connus dans cette implantation, sur tout le territoire de la Montérégie.

En Montérégie, l'implantation du PSI devient donc un outil essentiel de planification, de coordination et d'intégration de services pour répondre adéquatement aux besoins d'un jeune et de sa famille qui ont besoin de services **de plus d'un établissement et qui nécessitent une intervention à durée prolongée ou déterminée et/ou complexe, peu importe la problématique initiale.**



ANNEXE I

Le processus détaillé de l'élaboration clinique du PSI

Annexe I Le processus détaillé de l'élaboration clinique du PSI

L'analyse commune de la demande de service

Définie au chapitre 3.

L'analyse et la priorisation des besoins

L'analyse des besoins du jeune et de sa famille se fait à partir des informations recueillies. Il est suggéré de dresser un tableau complet des données sur tous les membres de la famille au regard de plusieurs aspects (physique, mental, social, etc.) et de faire la synthèse des forces, difficultés et besoins du jeune et de sa famille.

Le choix de lecture des besoins proposés dans ce cadre de référence réfère à l'approche développementale souvent utilisée lorsqu'on travaille auprès de jeunes en développement. Lorsqu'une difficulté surgit, le clinicien cherche à identifier ce qui, sous le symptôme, provoque, fait durer ou même génère la situation qui le confronte. Il en cherche la cause, non pas la cause théorique (elles peuvent être indéfinies), mais pratique, clinique, celle qui s'applique à ce jeune, dans sa situation, maintenant. À titre d'exemple, l'échelle des besoins de Maslow est classique; c'est un modèle connu et reconnu dans le langage commun, c'est un de ses grands mérites.

La théorie qui sous-tend le modèle aidera à prioriser les besoins : toute carence à un niveau de besoin implique une carence de réponse à ce niveau ou à un niveau inférieur. C'est à ce niveau que devra conséquemment porter l'intervention pour avoir une chance de régler le problème soulevé. Le niveau de besoin en carence étant bien identifié, il devient par le fait même un indicateur incontournable du niveau où doit se faire l'intervention.

L'échelle des besoins

Inspiré du modèle développé par Maslow, les besoins fondamentaux de toute personne sont, par ordre d'importance :

1. La sécurité.
2. La communication.
3. Le contrôle.
4. La valorisation.
5. L'appartenance.
6. L'identité.
7. L'actualisation.

Tous ces besoins sont présents à tous les âges, à tous les moments du développement. Ils ont cependant tous leur « fenêtre d'opportunité » quant au moment privilégié pour s'implanter chez le « petit d'homme ».

La sécurité est le besoin de base fondamental, celui sur lequel reposent tous les autres, la base de la pyramide initiale de Maslow. Sécurité externe qui garantit la réponse aux besoins vitaux primaires et fonde la sûreté au sens technique du terme. Sécurité interne qui, selon les théories, en découle ou en est le fondement, mais qui fonde chez toute personne la conviction de sa valeur comme objet d'amour



et conséquemment comme aimable et digne d'amour. Le lien avec l'estime de soi et l'identité s'impose d'emblée.

La communication est une subdivision du niveau suivant. Son importance chez le jeune nous incite à en proposer la distinction claire. La communication est le besoin d'entrer en relation (explorer, apprendre, connaître) avec son environnement qui est caractéristique de tout humain. Relation physique par le toucher, le mouvement, le déplacement; relation verbale par le langage, le niveau de pensée et leurs subtilités. Elle fonde chez toute personne la capacité d'arriver à l'autonomie, i.e., la capacité de répondre à ses besoins selon ses choix, sa liberté.

Le contrôle ou le besoin de maîtriser son environnement est aussi caractéristique de tout humain. Le pouvoir de modifier, d'agir et de changer ce qui ne convient pas ou de provoquer ce qui est désiré pour répondre à ses besoins est à la racine même de l'estime de soi, de l'appartenance, de l'identité et éventuellement de l'actualisation. Il est l'expression même de la liberté. Il est souvent, chez le jeune adolescent, l'objet spécifique de son apprentissage.

La valorisation, souvent identifiée comme l'estime de soi, est le premier besoin de niveau supérieur qui permet à toute personne de trouver en elle-même, dans ce qu'elle est, dans sa perception d'elle comme unique et irremplaçable, la source de son unicité comme personne. Elle rend possible la différence et le respect de l'autre dans sa différence.

L'appartenance est cette exigence, chez tout humain, d'être reconnu dans ce qu'il est par ceux et celles qui l'entourent. Reconnu et apprécié au point d'être intégré dans un groupe, un ensemble de pairs qui acceptent, intègrent et font leur, comme inconditionnellement, ce qui constitue la personne dans ce qu'elle est.

L'identité est l'exigence de tout humain de se trouver constant, similaire à ce qu'il était la veille, malgré les changements, les vicissitudes et les modifications souvent très importantes qui surviennent dans sa vie. Pour faire image, l'identité est le besoin de savoir, de sentir et de percevoir que sous mon « Je », quoi qu'il arrive, demeure un ensemble de valeurs, de croyances, de choix et d'états qui me constituent à la fois différent d'hier et pourtant le même.

L'actualisation ou la réalisation de soi est le dernier des besoins supérieurs. C'est l'exigence que tout humain éprouve de se sentir, de se savoir, d'être utile, responsable, capable de produire et de traduire dans sa vie la valeur qu'il se reconnaît à lui-même. Il s'impose presque à l'évidence que faute d'un minimum de réponses valables aux besoins « inférieurs », l'actualisation peut vite devenir déficitaire.

L'objectif général

Voir au chapitre 3.

Les conditions de l'intervention

On identifie six conditions de l'intervention, trois dites personnelles et trois conjoncturelles.



Les conditions personnelles sont :

1. Les limites personnelles des parents, lesquelles risquent de rendre plus complexe l'intervention ou la coordination des services. Certaines sont incontournables.
2. La relation entre les conjoints. C'est aussi un élément important à prendre en compte.
3. L'histoire des ruptures vécues par le client. Cette histoire va inévitablement conditionner sa croyance à la possibilité de s'en sortir et fonder sa motivation.

Ces trois variables sont relativement stables et propres à chaque personne. Elles ne se modifient que lentement, quand elles peuvent l'être. Il faut compter avec elles pour planifier l'intervention et en prévoir la durée ou l'intensité. Elles facilitent aussi l'estimé des conditions conjoncturelles d'intervention qui vont permettre d'en fixer les stratégies susceptibles de les rendre plus efficaces.

Les conditions conjoncturelles sont :

1. La reconnaissance et acceptation de sa contribution à la situation problématique pour les parents et le jeune de 14 ans et plus.
2. La motivation du jeune et sa famille à régler ses problèmes, laquelle conditionne toute la variabilité de l'intervention.
3. La collaboration avec les services et l'histoire des collaborations antérieures, lesquelles permettent de préciser le niveau d'encadrement extérieur qui sera requis pour réussir l'intervention.

Ces trois dernières variables peuvent et vont évoluer au fil de l'intervention et elles la rendront plus ou moins facile, selon le cas. Elles seront, au besoin, objets directs de l'intervention et partie intégrante de sa planification.

Les stratégies de l'intervention

Les stratégies de l'intervention regroupent les choix qui président à l'identification des moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés. Elles déterminent trois niveaux de moyens : le niveau d'intervention optimal, l'encadrement prévisible et la capacité d'apprendre du client.

1- Le niveau d'intervention optimal

Le jeune en développement apprend, intègre, assimile et expérimente. Il développe de nouvelles connaissances, son savoir s'élargit. Il intègre et assimile des façons d'être et de penser qui, le plus souvent, lui serviront de renforçateur de ses nouvelles connaissances. Il expérimente de nouvelles techniques, de nouvelles habiletés qui lui permettront de mettre en pratique ses apprentissages et d'exercer un pouvoir sur sa vie, particulièrement à l'adolescence.

Conséquemment, l'intervenant qui planifie une intervention ou qui pense développer un plan de services devra préciser, selon les besoins identifiés par le jeune et sa famille, s'il doit acquérir de nouvelles connaissances et attitudes, des habiletés et des moyens de faire qui diffèrent de ceux qu'il utilise déjà. La durée de l'intervention et les moyens à utiliser vont donc varier sensiblement selon qu'on axera l'intervention sur tel ou tel volet à développer avec le jeune et sa famille ou sur l'ensemble des volets simultanément ou consécutivement.



L'encadrement prévisible

L'encadrement se définit comme l'équilibre à maintenir entre le contrôle et l'accompagnement requis pour que l'aide offerte au jeune et sa famille soit adaptée aux capacités d'apprentissage de ceux-ci. Quatre types d'encadrement sont identifiés qui permettent de baliser l'importance relative des fonctions « aide », « conseil » et « assistance » à mettre en place pour que l'intervention réussisse.

Mentionnons que plusieurs jeunes et leur famille requièrent une intervention à plusieurs niveaux d'apprentissage. Il faut aussi souligner qu'à défaut de planifier adéquatement sa stratégie d'intervention, l'intervenant pourrait indéfiniment utiliser des interventions qu'il jugerait pertinentes mais leur effet sera mitigé si leur adaptation à la réalité du client est inadéquate.

« LE LAISSER FAIRE » ou encadrement minimal n'est pas à proprement parler une stratégie d'intervention. Il en est fait mention ici afin de ne pas oublier que toute planification de service ou d'intervention se limite à ce qui est requis pour l'enfant ou le jeune et qu'il ne peut assurer par lui-même. Son autonomie en découle directement.

« LE FAIRE FAIRE » ou encadrement souple implique que la fonction « conseil » sera principalement utilisée pour mettre à la disposition du jeune et sa famille ce qu'il lui est nécessaire d'acquérir pour répondre à son besoin. Ordinairement, le « faire faire » sera suffisant pour qu'il apprenne. L'accompagnement du jeune et sa famille suffit à l'aider et le contrôle s'exerce à l'intérieur de cet accompagnement.

« LE FAIRE AVEC » ou encadrement moyen implique que la fonction « assistance » aura davantage de chance de lui être utile dans ses apprentissages. Par exemple, en « faisant avec » un parent ce qui doit être acquis, par « modeling », selon les techniques retenues, ce dernier développera plus facilement les habiletés requises à sa capacité de surveiller son jeune. Un équilibre à réajuster constamment entre l'accompagnement et le contrôle s'impose d'emblée.

« LE FAIRE À LA PLACE DE » ou encadrement maximal implique une suppléance de la responsabilité du jeune ou de ses parents, pour amener le développement des conditions préalables suffisantes à l'assimilation de ce qui lui est requis. Ainsi, si un jeune devait développer des attitudes différentes, de nouvelles façons de penser pour saisir le sens et l'importance de la surveillance chez un enfant ou un jeune (sécurité physique, notions de limites et de règles, distance interpersonnelle ou intergénérationnelle, par exemple), on voit tout de suite que le « faire faire » ou le « faire avec » ne suffiraient pas. Il faudra, jusqu'à ce qu'il ait intégré les attitudes recherchées, « faire à sa place » ou suppléer par un contrôle serré de ses gestes. Le contrôle primera pour un temps l'accompagnement qu'il devrait cependant éventuellement rendre possible. Le travail sera plus long et plus onéreux.

2- La capacité d'apprendre du jeune et de sa famille

Une fois choisie, le niveau d'encadrement requis pour rendre possible les apprentissages à faire par le jeune et sa famille, les moyens d'intervention seront retenus ou écartés en fonction de leur capacité d'apprendre et du niveau de développement opérationnel qu'ils auront atteint.

La capacité d'apprendre du jeune et de sa famille est donc un des critères décisionnels de la stratégie d'intervention. Plusieurs avenues s'offrent aux intervenants :

- Faut-il aider en encadrant de façon maximale ou au contraire en accompagnant de façon souple, même dans l'apprentissage de nouvelles façons de penser? Tout dépendra du niveau des moyens à leur disposition pour faire les acquisitions proposées.
- Comprend-il le langage utilisé avec lui au plan intellectuel et affectif?



- Est-il nécessaire d'imager ou même de faire « toucher du doigt » le rationnel de la démarche proposée ou suffit-il de la faire connaître verbalement?
- Quelle capacité de délai, quelle tolérance à la frustration, quelle capacité d'anticipation, de causalité ou parallèlement de rétroaction ou de réciprocité sont les leurs?

Autant de questions qui, lorsqu'elles sont clarifiées, permettent de choisir les moyens dont on fera usage ou au contraire qu'on écartera dans la planification de l'intervention, l'objectif général à poursuivre et les résultats attendus.

Les objectifs spécifiques du PSI (C-SMART) ou le PI de chaque établissement

Les objectifs spécifiques répondent aux critères de rédaction de **C-SMART** :

C : Conjoint
S : Spécifique
M : Mesurable
A : Ajusté
R : Réaliste
T : Temporel

La formulation des objectifs devrait respecter certaines **caractéristiques** afin d'en faciliter l'évaluation. **Un objectif spécifique** est mesurable et observable. Il identifie le comportement attendu de la personne, les conditions de réalisation du comportement et les critères de réussite (CRDI Montérégie-Est).

On se sert de l'acronyme C-SMART (prononcer « C'est smart ») pour présenter les caractéristiques de la formulation des objectifs et pour en faciliter la mémorisation.

La formulation des objectifs

C :	Conjoints	doivent être convenus avec la famille.
S :	Spécifiques	décrivent précisément ce qui doit changer, traduit le changement de comportement.
M :	Mesurables	permettent de porter un jugement objectif sur leur atteinte; fournissent un indice de mesure.
A :	Ajustés	« taillés sur mesure » en fonction de l'évaluation de chaque famille.
R :	Réalistes	atteignables avec les moyens disponibles auprès de la famille.
T :	Temporels	situés dans le temps, avec un échéancier précis, une durée ou une fréquence précisée.

Ces objectifs se traduiront par la mise en œuvre du plan d'intervention (PI) avec le jeune et sa famille par chacun des intervenants selon une chronologie établie lors de la confection du PSI.



La mise en œuvre du PSI

Voir au chapitre 3.

La révision du PSI

Voir au chapitre 3.

La fin de l'intervention

Voir au chapitre 3.



ANNEXE II

**Les articles de la Loi sur les services de santé et
les services sociaux et modifications proposées
dans le projet de loi n° 83**

Annexe II Les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifications proposées dans le projet de loi n° 83

L.R.Q., chapitre S-4.2

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pertinents pour la compréhension des bases légales sont les suivants. **Vous pourrez également lire en caractère gras le projet de loi n° 83 déposé en décembre 2004 par monsieur Philippe Couillard qui viendra modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.**

Art. 10 : Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Plan d'intervention ou Plan de services individualisé

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Modification.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.
1991, c. 42, a. 10.

Pas de modification dans le projet de loi n° 83

Art. 19.0.3 **Ajout proposé dans le projet de loi n° 83**
Lorsqu'un usager est dirigé par une instance locale visée à l'article 99.4 vers un autre établissement, un professionnel de la santé ou des services sociaux, un organisme communautaire, une entreprise d'économie sociale ou une ressource privée avec lequel elle a conclu une entente visée à l'article 99.7, un renseignement contenu au dossier de cet usager et nécessaire à sa prise en charge par cet autre établissement, ce professionnel de la santé ou des services sociaux, cet organisme communautaire, cette entreprise d'économie sociale ou cette ressource privée peut lui être communiqué par l'instance locale.

Art. 99.2 **Ajout proposé dans le projet de loi n° 83**
Aux fins de la présente loi, on entend par « réseau local de services de santé et de services sociaux » tout réseau mis en place conformément à un décret du gouvernement pris en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (chapitre A-8.1) de même qu'un nouveau réseau mis en place conformément à un décret pris en vertu de l'article 347.

Art. 99.3 **Ajout proposé dans le projet de loi n° 83**
La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.



Art. 99.4 **Ajout proposé dans le projet de loi n° 83**
La coordination des activités et des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et le cas échéant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.
Seule une instance locale visée au premier alinéa peut faire usage, dans son nom, des mots « centre de santé et de services sociaux ».

Art. 99.5 **Ajout proposé dans le projet de loi n° 83**
L'instance locale est responsable, de manière exclusive, de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants :

- 1- les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 2- les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- 3- l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
- 4- les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.

Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activités ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation.

Art. 99.7 **Ajout proposé dans le projet de loi n° 83**
Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux l'instance locale doit :

- 1- Définir et mettre en place des mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux;
- 2- Instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services et partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées;
- 3- Prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état;



Art. 102 : **Plan d'intervention.**
102. Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.
1991, c. 42, a. 102.

Art. 103 : **Plan de services individualisé.**
103. Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.
1991, c. 42, a. 103.

Ajout proposé au projet de loi n° 83

Lorsqu'un usager doit recevoir, pour une période déterminée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

« Un établissement qui participe à la réalisation d'un plan de services individualisé élaboré pour un usager peut communiquer, à un autre établissement ou à un intervenant qui dispense à cet usager des services de santé ou des services sociaux prévus à ce plan, un renseignement contenu au dossier de cet usager et nécessaire à la prestation de ces services ».

Art. 104 : Collaboration de l'utilisateur.
104. Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10.

Échéancier.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

1991, c. 42, a. 104.

Aucun amendement proposé au projet de loi n° 83



Art. 105 : Services disponibles.
105. L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale.

Paramètres.

L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de la régie régionale.

1991, c. 42, a. 105; 1998, c. 39, a. 37.

Amendements proposés au projet de loi n° 83

L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles.

L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de l'agence.

Insertion d'un article 105.1

105.1 Tout établissement, autre qu'une instance locale, doit contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par une instance locale et préciser à l'agence concernée l'offre de services qu'il rend disponible au palier local, régional ou suprarégional.

Un tel établissement doit également conclure avec l'instance locale, à l'intérieur des délais déterminés par l'agence, les ententes nécessaires pour permettre à cette instance d'assurer la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

À défaut d'entente à l'intérieur des délais déterminés par l'agence, celle-ci précise la contribution attendue de chacun des établissements.

Dans nos lois, ce sont les seules références au PI et au PSI. C'est affirmer, d'entrée de jeu, que faire un PI ou un PSI se fait dans le cadre de l'offre de l'établissement constitué en vertu de la LSSSS, peu importe que le client lui arrive par la porte régulière de la loi générale ou par celle, plus exceptionnelle, des lois particulières. La dispensation de services se fait toujours en vertu du mandat constitutif de l'établissement, de son offre de service et en vertu des règles déterminées par la LSSSS. C'est dire que les missions des établissements et leur compréhension des mandats qui en découlent sont aussi des vecteurs essentiels à leur coordination.



Les missions des établissements

- Art. 80 : Mission d'un centre local de services.
80. La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.
- Responsabilité de l'établissement.
À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.
- Art. 81 : Centre hospitalier.
81. La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.
1991, c. 42, a. 81.
- Art. 82 : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.
82. La mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse est d'offrir dans la région des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) et de la Loi sur les jeunes contrevenants (Lois révisées du Canada (1985), chapitre Y-1) ainsi qu'en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques.
- Évaluation des besoins.
À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les besoins des personnes qui requièrent de tels services soient évalués et que les services requis par elles-mêmes ou par leur famille leur soient offerts soit directement, soit par les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.
1991, c. 42, a. 82.



Art. 84 :

Centre de réadaptation.

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

Évaluation des besoins.

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

1991, c. 42, a. 84



ANNEXE III

La loi n° 25

**Loi sur les agences de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux**

Annexe III La loi n° 25 - Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Mission

- 24.** Une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a pour mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.
- 25.** Pour accomplir sa mission, une agence doit définir et proposer au ministre, dans le délai qu'il fixe, un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont la taille peut couvrir tout ou partie du territoire de l'agence.

Chacun de ces réseaux locaux de services de santé et de services sociaux doit être conçu de manière à :

- 1° Assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne, notamment à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien;
 - 2° Garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès aux services spécialisés disponibles sur le territoire de l'agence ainsi que l'accès à des services surspécialisés, et ce, en prenant en considération les activités du réseau universitaire intégré de santé reconnues par le ministre et qui est associé au réseau local de services de santé et de services sociaux;
 - 3° Permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux ainsi que l'instauration de protocoles cliniques à l'égard des services offerts à ces derniers;
 - 4° Impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux;
 - 5° Favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux;
 - 6° S'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires à la prestation des services de santé et des services sociaux.
- 26.** Chacun de ces réseaux locaux de services de santé et de services sociaux doit comprendre une instance locale regroupant les établissements, identifiés par l'agence, qui offrent les services d'un centre local de services communautaires, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, sauf dans les cas prévus au deuxième alinéa, ceux d'un centre hospitalier.

Une instance locale doit, pour assurer à sa population l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés, prendre une entente avec un établissement exploitant un centre hospitalier lorsqu'un tel établissement n'a pu être inclus dans l'instance en raison de :



1. L'absence de tels services sur son territoire;
2. La complexité d'intégrer ou de regrouper de tels services avec les autres services de l'instance locale, notamment, eu égard à l'étendue du territoire desservi par l'établissement, au nombre ou à la capacité des installations qui s'y trouvent ou à la provenance ou aux caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie.



Lexique - Index

-A-

Action intersectorielle
Approche communautaire
Approche de gestion par programme ou par continuum d'intervention
 Voir Continuum d'interventions spécifiques
Approche développementale
Approche populationnelle
Approche systémique

-C-

Centre de santé et de services sociaux
 Voir aussi Réseaux locaux de services
CSSS
Continuum
Continuum d'interventions liées à la jeunesse

-E-

Élève handicapé ou en difficulté d'apprentissage
 Voir Loi sur l'instruction publique

-H-

Hiérarchisation des services
 Voir Principe de hiérarchisation des services

-I-

Intégration horizontale
Intégration verticale



-L-

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (loi n° 25)

Voir Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

Loi sur les jeunes contrevenants (abrogée)

Voir Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)

Loi sur l'instruction publique (LIP)

Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)

-P-

Partenariat

PII

Plan d'action local en santé publique

Plan d'intervention (milieu scolaire)

Voir Loi sur l'instruction publique

Plan d'intégration-intervention

Plan d'intervention intégré

Plan d'intervention interdisciplinaire

Voir PII

PLI : Projet local d'intervention

Principe de hiérarchisation des services

Principe de responsabilité populationnelle

Projet local d'intervention

Voir PLI

Projet de loi n° 83

-R-

Réseaux locaux de services

Voir aussi Centre de santé et de services sociaux



Lexique

Action intersectorielle

« L'action intersectorielle suppose le partage des ressources et la mise en commun des compétences avec les principales étapes suivantes :

- La mobilisation des partenaires;
- la recherche d'un consensus de base;
- la mise en commun des projets et l'analyse des besoins du milieu;
- l'élaboration du plan d'action local;
- l'implantation et l'évaluation du plan d'action.

La participation des familles aux tables de concertation et au développement de l'action locale est essentielle. Les familles sont les mieux placées pour parler de ce qu'elles vivent, de leurs besoins, de leurs désirs et elles sont donc une source importante de créativité pour réaliser des projets collectifs »¹⁴.

Les conditions essentielles de succès et au chapitre de la coordination entre plusieurs acteurs sont les suivantes :

- Une volonté clairement établie à tous les niveaux et en premier lieu, par les dirigeants;
- une contribution identifiée à l'offre de service;
- une souplesse dans la gestion du programme;
- des liens personnalisés entre les intervenants et des mécanismes de traitement des litiges;
- la stabilité et la continuité.¹⁵

Approche communautaire

« L'approche communautaire implique l'organisation des composantes du système autour des soins primaires et des partenariats avec le milieu communautaire. Cette approche, autour d'objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être et de la continuité, contribue à la réduction des inégalités de santé. Elle favorise l'intégration des pratiques de santé publiques aux pratiques de première ligne avec une participation active des populations cibles et une emphase sur les liens intersectoriels et la priorisation des clientèles vulnérables. Ceci se traduit par une offre de services qui comprend nécessairement des services préventifs et l'identification de stratégies pour rejoindre les clientèles vulnérables¹⁶ ».

¹⁴ MSSS, Les services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité, Cadre de référence, Janvier 2004.

¹⁵ Association des Centres Jeunesse du Québec et Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Guide pour soutenir le partenariat, Entente-cadre CLSC-Centres jeunesse*, 2001.

¹⁶ MSSS, *Guide à l'implantation du projet clinique*, document de consultation, juillet 2004



Approche de gestion par programme ou par continuum d'intervention (voir définition de continuums d'interventions spécifiques)

La notion de programme proposée par messieurs Pineault et Daveluy est toujours actuelle :
« Un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés par rapport à des problèmes de santé ou sociaux précis, et ce, pour une population définie. »¹⁷

Approche développementale

L'approche développementale est un courant des sciences humaines qui s'intéresse aux diverses trajectoires de vie qu'empruntent les individus, de la période prénatale à la mort. Son objet d'étude principal est le développement des personnes au fil des âges de la vie, donc à travers les multiples phases évolutives que sont la petite enfance, l'enfance, l'âge scolaire, l'adolescence, le début de l'âge adulte, l'âge adulte, le troisième âge et la vieillesse. Typiquement, des cohortes sont suivies sur plusieurs années à partir de devis longitudinaux et mixtes (longitudinaux et transversaux). Le développement de l'intelligence et des structures cognitives, les diverses transitions de l'existence humaine et les psychopathologies du développement sont des exemples de problématiques de la psychologie d'orientation développementale.

Approche populationnelle

« L'approche populationnelle réfère plutôt à sa dimension géographique qui vise à confier une responsabilité clinique et financière à un réseau, par le biais du centre de santé et de services sociaux, pour une population d'un territoire bien délimité. Cette approche supporte une offre de service globale à un coût raisonnable, une hiérarchisation appropriée des services et la mise en œuvre de mécanismes de standardisation et de coordination.

Ainsi l'approche populationnelle vise à permettre l'exercice de la responsabilité populationnelle.

*Cette responsabilité signifie que les intervenants qui dispensent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population ».*¹⁸

Tel que mentionné dans le document de discussion de ADRLSSSS Montérégie de juin 2004 : *Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, une approche de responsabilité populationnelle est influencée par des déterminants de l'état de santé d'une population qui sont les suivants :*

- Le revenu et la situation sociale;
- les réseaux de soutien social;
- le niveau d'instruction;
- l'emploi et les conditions de travail;

¹⁷ Pineault, R et C. Daveluy, *La planification de la santé*, Agence d'Arc Inc., 1986

¹⁸ MSSS, *Guide à l'implantation du projet clinique*, document de consultation, juillet 2004



- les environnements physiques;
- le patrimoine biologique et génétique;
- les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelle;
- le développement sain dans l'enfance;
- les services de santé et les services sociaux.

Approche systémique

- Courant de la théorie des organisations insistant sur l'interdépendance de l'organisation avec son environnement et sur celle de ses sous-systèmes.

L'approche systémique est une approche globale d'intervention qui s'inspire entre autres de la théorie des systèmes humains. Elle étudie les êtres humains et les événements en fonction de leurs interactions, plutôt que de leurs caractères intrinsèques. Elle peut se définir « comme une forme d'observation et de description de la réalité qui s'attache aux interactions entre les éléments plutôt qu'aux éléments eux-mêmes, aux finalités du système plutôt qu'à ses causes et aux règles de fonctionnement qui lui permettent de changer, d'évoluer, de s'autocorriger sans cesse. L'autocorrection se fait en fonction des évolutions de l'environnement et des finalités propres au système.»¹⁹

Centre de santé et de services sociaux (CSSS)

Avec la mise en place de la loi n^o 25, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, le « centre de santé et de services sociaux » sera responsable des grandes missions de première ligne actuellement assumées par les établissements des CLSC, CHSLD et CH : les services de CLSC incluant la prévention et la promotion de la santé, l'hébergement et les soins de longue durée ainsi que, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité.

« Les centres de santé et de services sociaux, pour assurer une qualité de services et une hiérarchisation appropriée de l'accès aux services, doivent mettre en place des mesures découlant de la standardisation des pratiques, des stratégies et des processus. Par exemple, pour une trajectoire de soins et services, les étapes suivantes peuvent être considérées :

*Les objectifs de santé et de bien-être poursuivis,
 Les pratiques, stratégies et processus visés,
 Les partenaires mis à contribution,
 Le partage des responsabilités,
 Les ressources requises,
 Les modalités de référence, de transfert et de suivi,
 Le suivi de la clientèle et de la communication entre les intervenants,
 Les résultats et leurs indicateurs. »²⁰*

En Montérégie, cette nouvelle loi a suscité la création de onze nouveaux Centres de santé et de services sociaux et, par conséquent, des onze nouveaux réseaux locaux de services précités.

¹⁹ Maurizio Andolfi. La thérapie avec la famille. Pp. 19-29.

²⁰ MSSS, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Document principal, Octobre 2004.



Continuum

Ensemble d'éléments tels que l'on puisse passer de l'un à l'autre de façon continue²¹.

Un continuum est un système intégré, centré sur la personne, qui inclut à la fois des services et des mécanismes d'intégration, et qui suit dans le temps les personnes à travers des services de santé, de santé mentale et des services sociaux globaux à tous les niveaux d'intensité requis. La notion de continuum fait référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis pour une clientèle.

Continuums d'intervention liés à la jeunesse

On retrouve dans différents continuums d'interventions, des offres de services répondant aux besoins des enfants, des jeunes et leur famille :

- Jeunes en difficulté et leur famille;
- déficience intellectuelle et TED;
- déficience physique;
- santé mentale;
- dépendances;
- santé physique;
- santé publique que l'on retrouve dans tous les continuums d'intervention;
- services généraux : mesures universelles.

Ces continuums devraient comprendre les volets suivants :

- Les mesures d'autosoins et les pratiques cliniques préventives;
- les services d'investigation et de traitement (ce qui inclut les différents niveaux de services hiérarchisés);
- les services de soutien, d'adaptation, de réadaptation et de réinsertion sociale.²²

Chacun de ces continuums d'interventions spécifiques regroupe des mesures sélectives qui visent à réduire certains risques pour des personnes ou des groupes définis. Chaque continuum englobe également des mesures indiquées qui visent, quant à elles, à restaurer la santé et le bien-être des personnes présentant un problème et à remédier à ses conséquences, le cas échéant. Les continuums d'interventions spécifiques ont pour objectif le déploiement systématique de mesures éprouvées dont les bénéfices sont reconnus et qui sont susceptibles de générer un impact significatif auprès de la population.

L'un des défis les plus importants constitue en effet à arrimer, de bout en bout et sans discontinuité, l'ensemble des interventions requises en fonction des besoins d'une personne, en mettant l'accent constant sur le parcours du client.

²¹ Larousse, Bibliorom

²² ADRLSSSMontérégie, Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, juin 2004



Intégration horizontale

« La logique d'intégration horizontale qui tend à corriger les problèmes de continuité par l'offre d'une large gamme de services continus et complémentaires. L'intégration horizontale vise la capacité d'articuler une réponse à la totalité des besoins d'une personne pour toutes les problématiques auxquelles elle est confrontée impliquant une nécessaire coordination entre tous les niveaux.²³ »

Intégration verticale

La logique d'intégration verticale vise à corriger les problèmes d'accès à l'expertise requise en temps opportun par l'établissement de programmes et de mécanismes de hiérarchisation. « L'intégration verticale réfère à la capacité d'articuler la réponse à la totalité des besoins d'une personne allant de la prévention au soutien de fin de vie pour une pathologie ou une problématique précise, impliquant un lien entre tous les niveaux de services ». ²⁴

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (loi n° 25)

Cette loi offre des leviers nouveaux qui peuvent faciliter l'évolution vers un nouveau mode d'organisation des services de santé et services sociaux qui favorise le passage :

- D'une responsabilité clientèle à une responsabilité populationnelle;
- d'une logique d'établissements concernés par le développement d'une capacité de services spécifiques à une logique de réseau qui doit garantir un ensemble d'interventions axées sur les besoins de la population;
- d'un système principalement axé sur le traitement de la maladie des individus à un système qui valorise tout autant le maintien et l'amélioration de la santé d'une population;
- d'une gestion centrée essentiellement sur la production interne de services à une gestion centrée à la fois sur la production interne et sur la complémentarité à établir avec les autres acteurs du réseau.

Loi sur l'instruction publique

L.R.Q., chapitre I-13.3

Élève handicapé ou en difficulté d'apprentissage.

96.14. Le directeur de l'école, avec l'aide des parents d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, du personnel qui dispense des services à cet élève et de l'élève lui-même, à moins qu'il en soit incapable, établit un plan d'intervention adapté aux besoins de l'élève. Ce plan doit respecter la politique de la commission scolaire sur l'organisation des services éducatifs aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage et tenir compte de l'évaluation des capacités et des besoins de l'élève faite par la commission scolaire avant son classement et son inscription dans l'école.

²³ MSSS, Guide à l'implantation du projet clinique, juillet 2004

²⁴ MSSS, Guide à l'implantation du projet clinique, juillet 2004



Plan d'intervention.

Le directeur voit à la réalisation et à l'évaluation périodique du plan d'intervention et en informe régulièrement les parents.

1997, c. 96, a. 13.

Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

L.R.Q., chapitre P-34.1

La Loi sur la protection de la jeunesse du Québec a eu 25 ans en 2004. « Cette loi reconnue comme progressiste, adoptée à l'unanimité et appliquée depuis le 15 janvier 1979 a permis à la société québécoise de relever le défi de la protection des enfants. Il est indéniable que la Loi a entraîné des progrès considérables non seulement dans la réponse aux besoins des enfants, mais aussi dans le soutien aux parents dans l'exercice de leurs responsabilités à l'égard de leurs enfants. »²⁵ Globalement cette loi vise à assurer la protection des enfants du Québec, à mettre fin à la situation et éviter qu'elle ne se reproduise. Cette loi a également une intervention à portée limitée.

Cette loi fait actuellement l'objet d'une révision en profondeur. Une consultation est menée dans chaque région au cours de l'automne 2004 et la loi sera amendée en 2005.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

L.R.Q., chapitre S-4.2

La Loi sur les services de santé et services sociaux du Québec est en vigueur depuis le 1^{er} juin 1972. Cette loi a également subi plusieurs modifications et ajouts au fil des années et aborde le système de santé et de services sociaux à partir de ses acteurs principaux : usagers, établissements, régies régionales, ministre et gouvernement.

L'adoption de la loi n^o 25 en décembre 2003 amènera certaines modifications à la LSSSS au cours de l'automne ou hiver 2004-2005.

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)

2002, ch. 1

La nouvelle Loi fédérale sur le système de justice pénale pour adolescents en vigueur depuis le 1^{er} avril 2003 remplace la Loi fédérale sur les jeunes contrevenants. Cette nouvelle loi vise à prévenir le crime par la suppression des causes sous-jacentes à la criminalité chez les adolescents, à les réadapter et à les réinsérer dans la société ainsi qu'à assurer la prise de mesures leur offrant des perspectives positives en vue de favoriser la protection durable du public.

Le système de justice pénale pour adolescents doit être distinct de celui pour les adultes. Les mesures prises à l'égard des adolescents, en plus de respecter le principe de la responsabilité juste et

²⁵ La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager. Rapport du comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse. Février 2004, page 13.



proportionnelle, doivent viser à renforcer leur respect pour les valeurs de la société, favoriser la réparation des dommages causés à la victime et à la collectivité, leur offrir des perspectives positives, prendre en compte tant les différences ethniques, culturelles, linguistiques et entre les sexes que les besoins propres aux adolescents autochtones et à d'autres groupes particuliers d'adolescents.

Partenariat

26
Système associant des partenaires sociaux ou économiques.

PII

On parle souvent de PII pour :

- Plan d'intervention intégré (référence : plusieurs disciplines dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux);
- plan d'intervention interdisciplinaire (référence : plusieurs disciplines dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux);
- plan d'intégration-intervention (dossier pour l'intégration d'un enfant handicapé en service de garde).

Plan d'action local en santé publique

Au cours de l'année 2004, un plan d'action local a été élaboré dans chacun des 19 territoires de CLSC.

Principe de hiérarchisation des services

Le principe de hiérarchisation des services suppose que les établissements à vocation régionale concentrent leur offre de service sur les services spécialisés et surspécialisés et favorisent qu'un maximum de ces services soient déconcentrés pour en favoriser l'accès et la continuité. Cette déconcentration devra, par ailleurs, assurer le maintien de la qualité des services, tenir compte des masses critiques de personnes à desservir et des expertises à déployer et garantir les services à des coûts comparables.

Principe de responsabilité populationnelle

Le principe de responsabilité populationnelle s'exerce par l'ensemble des établissements impliqués dans le réseau local. Les établissements à vocation régionale devront donc être associés à l'identification des besoins spécifiques des sous-ensembles de population dans leurs champs de compétence respectifs. Cela suppose aussi que les établissements à vocation régionale et les centres de santé et de services sociaux, sous l'égide de ce dernier, définissent ensemble leur offre de services et leurs modalités de collaboration en regard de l'accès, de la continuité et de la qualité des services.

Chacun des établissements impliqués se trouve ensuite lié par l'entente de services qui consacrera ses rôles attendus en regard des objectifs fixés.

²⁶ Larousse, Bibliorom



PLI : Projet local d'intervention

Chaque réseau local (11) devra élaborer et déposer à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie un projet local d'intervention y intégrant tous les continuums d'intervention.

L'implantation du PI et du PSI dans chaque PLI devient incontournable.

Projet de loi n° 83

Projet de loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

Réseaux locaux de services

La loi n° 25 amène la création de onze réseaux locaux de services qui sont en voie d'implantation en Montérégie et qui comprendront les organisations à portée locale (tels les CSSS), les organisations à portée régionale (tels les CJM, les CRDI, le CMR, l'INLB, les CRAPT, l'Hôpital Charles LeMoine) et les partenaires intersectoriels. Chacun des réseaux gravitera autour d'un nouvel établissement local, le « centre de santé et de services sociaux » qui se nomment ainsi :

- CSSS de Sorel-Tracy;
- CSSS La Pommeraie;
- CSSS de la Haute-Yamaska;
- CSSS Haut-Richelieu/Rouville;
- CSSS Jardins-Roussillon;
- CSSS Richelieu-Yamaska;
- CSSS Champlain;
- CSSS du Suroît;
- CSSS du Haut-Saint-Laurent;
- CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais;
- CSSS Vaudreuil-Soulanges.

Le CSSS sera responsable des grandes missions de première ligne telles :

- Les services de CLSC incluant la prévention et la promotion de la santé;
- l'hébergement et les soins de longue durée ainsi que, dans la plupart des cas;
- les services hospitaliers de proximité.



BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Pour un projet local d'intervention avec de l'impact sur la santé de la population*, Longueuil, juin 2004, 46 p.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Guide pour soutenir le partenariat, Entente-cadre CLSC-Centres jeunesse*, 2001, 109 p.
- ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Guide d'implantation des Centres de santé et de services sociaux*, Volume 2, Section 8, *le projet d'organisation clinique des services*. 2004.
- Bâtir ensemble. Guide de concertation des Centres jeunesse de la Montérégie, des centres locaux de services communautaires et des commissions scolaires de la Montérégie pour les jeunes en difficulté et leur famille*. Longueuil, janvier 2000, 56 p.
- CHAMPAGNE, Noël. *Plan de services individualisé : concept théorique et pratique*. Revue francophone de la déficience intellectuelle, volume 3, numéro 1, juin 1992, p. 59-61.
- EDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC, *Projet de loi n° 83, loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, décembre 2004, 85 p.
- HÔPITAL CHARLES LEMOYNE. *Grandir en santé mentale en Montérégie. Projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*, Greenfield Park, janvier 2001, 80 p.
- LES CENTRES JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE, *L'offre de service des Centres jeunesse de la Montérégie*, Longueuil, 2 juin 2004, 36 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, 2002, 48 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Un geste porteur d'avenir. Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, Québec, 2003, 68 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité, Cadre de référence*, Québec, janvier 2004, 107 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *L'intégration des services de santé et des services sociaux, le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, février 2004, 26 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Direction générale des services sociaux. *De la complicité à la responsabilité. Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Québec, avril 2004, 95 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide à l'implantation du projet clinique, document de consultation*, juillet 2004, 62 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, septembre 2004.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, 75 p.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Plan d'action en santé mentale, 2005-2008, document de consultation, hiver 2005, 57 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, 2003, 34 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC. *Le plan d'intervention... au service de la réussite de l'élève. Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention*, Québec, 2004, 43 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *La problématique du plan de services de la personne. État de situation*, Drummondville, septembre 2003, 68 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Cadre de référence PSI Jeunesse*, Longueuil, décembre 2001, 31 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Plan de services individualisé. Cadre de référence et modalités d'application. Centres locaux de services communautaires, Centres jeunesse de la région de Montréal et autres partenaires*, Montréal, mai 2003, 17 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Pour un réseau intégré en toxicomanie, Cadre de référence*, Longueuil, octobre 2003, 130 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Vers une action renouvelée en santé publique. Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie*, Longueuil, décembre 2003, 184 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Démarche régionale d'implantation des plans de services individualisés (PSI) pour le secteur Famille-Enfance-Jeunesse de Laval*, Laval, janvier 2004, 8 p.

