

	<b>PID</b> <b>Plan d'intervention disciplinaire</b>	<b>PII</b> <b>Plan d'intervention interdisciplinaire</b>	<b>PSI</b> <b>Plan de services individualisé</b> <b>PSII</b> <b>Plan de services individualisé et intersectoriel</b> <b>(dans le cas de concertation des secteurs de l'éducation et de la santé et des services sociaux)</b>
<b>Quoi ?</b> <b>Nature de l'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins de l'utilisateur* auxquels le PID répond, selon l'ordre de priorité convenu avec lui.</li> <li>• Objectifs SMART (spécifiques, mesurables, atteignables/acceptables, réalistes, situés dans le temps) de l'utilisateur compte tenu de son projet de vie, de ses besoins et de ses attentes.</li> <li>• Interventions (types, fréquence et séquence ou ordonnancement).</li> <li>• Durée prévisible des interventions.</li> <li>• Date de révision.</li> <li>• Signature de l'utilisateur et de l'intervenant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins de l'utilisateur auxquels le PII répond, selon l'ordre de priorité convenu avec lui.</li> <li>• Objectifs communs SMART (spécifiques, mesurables, atteignables/acceptables, réalistes, situés dans le temps) que l'utilisateur souhaite atteindre, compte tenu de ses besoins et de ses attentes.</li> <li>• Interventions de l'équipe de soins et de services incluant l'utilisateur (types, fréquence et séquence ou ordonnancement).</li> <li>• Durée prévisible des interventions.</li> <li>• Identification de l'intervenant responsable de la coordination.</li> <li>• Date de révision.</li> <li>• Signature de l'utilisateur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensemble des besoins de l'utilisateur, selon l'ordre de priorité convenu avec lui.</li> <li>• Orientations d'actions et de services, conformément au projet de vie, aux besoins et aux attentes de l'utilisateur.</li> <li>• Services alloués, y compris aux proches aidants (type, fréquence, séquence ou ordonnancement, durée prévisible, horaire).</li> <li>• Démarches ou services ponctuels.</li> <li>• Analyse continue des besoins non comblés.</li> <li>• Identification de l'intervenant responsable de la coordination.</li> <li>• Date de révision.</li> <li>• Signature de l'utilisateur.</li> </ul>
<b>Quand ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque des soins et services sont dispensés à l'utilisateur ou que l'utilisateur fait l'objet d'une évaluation par un intervenant ou plusieurs intervenants d'une même profession.</li> <li>• Au terme de l'évaluation ou dès les premières rencontres de suivi. (Il y a autant de PID que de professions impliquées auprès de l'utilisateur).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque des soins et services sont dispensés à l'utilisateur par plus d'une profession ou plus d'un secteur d'activité du même établissement sont impliqués auprès de l'utilisateur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque des services sont dispensés à l'utilisateur par plusieurs établissements ou en concertation avec des partenaires externes des secteurs publics, privés ou communautaires.</li> </ul>

\*utilisateur = client = patient



Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale

CC BY-NC

Cette licence permet aux autres de remixer, arranger, et adapter votre œuvre à des fins non commerciales et, bien que les nouvelles œuvres doivent vous créditer en citant votre nom et ne pas constituer une utilisation commerciale, elles n'ont pas à être diffusées selon les mêmes conditions.

	<b>PID</b> <b>Plan d'intervention disciplinaire</b>	<b>PII</b> <b>Plan d'intervention interdisciplinaire</b>	<b>PSI</b> <b>Plan de services individualisé</b> <b>PSII</b> <b>Plan de services individualisé et intersectoriel</b> <b>(dans le cas de concertation des secteurs de</b> <b>l'éducation et de la santé et des services sociaux)</b>
<b>Pourquoi ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarifier le projet de vie, les besoins et les objectifs de l'utilisateur.</li> <li>• Préciser les résultats attendus.</li> <li>• Déterminer les moyens et interventions pour y parvenir.</li> <li>• Coordonner les interventions.</li> <li>• Définir les rôles de l'intervenant, de l'utilisateur et de ses proches aidants, s'il y a lieu.</li> <li>• Établir un échéancier.</li> <li>• Suivre les interventions.</li> <li>• Prévoir une révision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partager les objectifs et le projet de vie de l'utilisateur.</li> <li>• Préciser les résultats attendus.</li> <li>• Déterminer les moyens et les interventions pour y parvenir.</li> <li>• Définir les rôles de chacun.</li> <li>• Établir un échéancier.</li> <li>• Prévoir une révision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispenser les services appropriés en fonction des besoins de l'utilisateur dans plusieurs dimensions de sa vie.</li> <li>• Dénouer une impasse administrative.</li> <li>• Offrir un accompagnement optimal en vue de maximiser la participation sociale de l'utilisateur.</li> <li>• Partager une vision commune et les objectifs.</li> <li>• Élaborer des stratégies d'intervention.</li> <li>• Coordonner les services : s'entendre sur leur répartition et éviter leur chevauchement.</li> <li>• Définir les rôles de chacun.</li> <li>• Assurer le passage au service de garde, à l'école, à la vie active, à la retraite.</li> <li>• Assurer la transition lors d'un changement de milieu de vie.</li> </ul>
<b>Qui ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenant.</li> <li>• Usager et proche aidant, s'il y a lieu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenants.</li> <li>• Usager et proche aidant, s'il y a lieu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-PSI : gestionnaires et intervenants.</li> <li>• PSI : usager et proches aidants, intervenants, gestionnaires.</li> </ul>
<b>Comment ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En partenariat entre l'utilisateur, ses proches aidants et l'intervenant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En partenariat entre l'utilisateur, ses proches aidants et les intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenariat pré-PSI : entre intervenant pivot ou gestionnaire de cas, intervenants impliqués et gestionnaires.</li> <li>• Partenariat PSI : entre l'utilisateur, ses proches aidants, les intervenants et les gestionnaires.</li> </ul>

## Sources :

Berger P. (2003). La problématique du plan de services de la personne. État de la situation dressée par l'Office des personnes handicapées du Québec, *Drummondville*, Office des personnes handicapées du Québec, 66 p.

Bonin L, Lebel P, Somme D ET coll. (mai 2005). *Cadre de référence sur la planification des services. Rapport du Groupe de travail du comité scientifique OÉMC du MSSS*, 58 p.

Centre d'expertise, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2003). *Outil d'évaluation multiclientèle. Cahier de l'utilisateur*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Direction des orientations des services aux aînés. (2015). Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000). *Comité avisé sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 84 p.



Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale

CC BY-NC

Cette licence permet aux autres de remixer, arranger, et adapter votre œuvre à des fins non commerciales et, bien que les nouvelles œuvres doivent vous créditer en citant votre nom et ne pas constituer une utilisation commerciale, elles n'ont pas à être diffusées selon les mêmes conditions.