



## Introduction module plan de services individualisé, réfèrent de soins

Dans son plan d'action global pour la santé mentale 2013 -2020, l'OMS recommande que la prestation de services à assise communautaire suive une approche axée sur le rétablissement avec pour objectif d'aider les personnes présentant des troubles mentaux et des handicaps psychosociaux à réaliser leurs propres aspirations et objectifs. Les services doivent en particulier répondre aux impératifs suivants :

- écouter les usagers pour comprendre comment ils perçoivent leur état et ce qui pourrait les aider à guérir; les considérer comme des partenaires à parts égales dans l'organisation de leurs soins;
- donner le choix entre plusieurs traitements et thérapies ;
- faire connaître les ressources disponibles dans différents secteurs (emploi, formation, ...)

L'OMS préconise également <sup>1</sup> :

- une approche multisectorielle, globale et coordonnée qui suppose un partenariat avec de multiples secteurs permettant aux services d'apporter aux usagers, le soutien nécessaire aux différents stades de leur vie et de leur permettre d'exercer leurs droits fondamentaux, comme le droit à l'emploi, au logement et à l'éducation, et le droit de participer à des activités et à des programmes communautaires, et à mener des activités constructives.
- des soins intégrés et adaptés aux besoins: d'intégrer et de coordonner un système complet de prévention, de promotion, de réadaptation, de soins et de soutien qui vise à répondre aux besoins à la fois en matière de santé mentale et de santé physique et qui facilite la guérison des personnes de tous âges dans le cadre des services de santé généraux et des services sociaux en appliquant des plans thérapeutiques et curatifs inspirés par les utilisateurs des services eux-mêmes avec, le cas échéant, le concours des familles et des aidants.

Prenons, aussi, comme source d'inspiration, le contexte de la législation québécoise autour de ce que les professionnels appellent « le plan d'intervention ». Leur loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit l'obligation de l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé qui permet d'identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée des services offerts. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> OMS plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1)

<sup>2</sup> Article 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'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement.

Article 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 désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

Article 10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. 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. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Citons également, Louise Lemay, professeur et chercheuse à l'université de Sheerbrooke qui formule cette phrase lourde de sens :

*« Un défi important pour les intervenants consiste donc à élargir leur propre cadre de référence ou de lecture de la réalité pour aborder et comprendre la personne dans sa globalité afin de cerner avec elle, d'une part, ses besoins de changement dans différentes sphères de sa vie et, d'autre part, les facteurs multiples qui influencent son bien-être dans chacune de ces sphères.*

*Or, un autre défi est, certes, aussi celui de considérer l'unicité de la personne. La personne est unique et sa situation est unique compte tenu de son histoire, de son contexte, de ce qu'elle est, de ce qu'elle vit et de ce qu'elle veut pour elle-même. L'évaluation des besoins suppose donc d'accorder de l'importance à sa différence. On sait que cette prise en compte de la différence contribue, aux yeux des clients, à l'établissement d'un « rapport égalitaire et aidant » avec le professionnel. » (Lemay, 2004)*

## Le plan de services individualisé

La notion de plan de services individualisé n'est pas nouvelle dans le champ des soins en santé mentale en Belgique. Des formations ont été réalisées et de nombreuses personnes travaillent activement sur le sujet.

Toutefois, force est de constater que des efforts supplémentaires sont nécessaires, car les besoins de clarification et d'harmonisation de ce concept de même que des besoins de formation et d'intégration dans les pratiques sont encore exprimés par plusieurs acteurs.

Ajoutons qu'il importe de bien distinguer plan de services individualisé et plan de programme individualisé afin d'éviter la confusion et la multiplication de démarches de la part des différents acteurs concernés. Les démarches de PSI et de PPI se distinguent, notamment, par leur fonction et par les acteurs qui y participent. Le plan de programme est un outil interne qui permet d'identifier et de coordonner les actions des intervenants d'un seul et même service. Un plan de services réunit quant à lui les acteurs de différentes structures. Un plan de services individualisé ne remplace donc pas un plan de programme individualisé.

Le plan de services individualisé peut être défini comme un outil de planification d'actions, de services, d'interventions qui visent à aider/accompagner l'utilisateur en élaborant des actions concertées, il est utilisé pour favoriser le processus de rétablissement et de bien-être. Cette planification est effectuée par des intervenants dans le cadre d'un travail de concertation et elle s'appuie sur une vision globale de la situation. C'est l'utilisateur lui-même qui décide d'impliquer les personnes de son choix (parents, amis, intervenants, autres).

Dans le cadre de l'élaboration de ce plan, il est important de pencher sur les éléments suivants :

### Avant l'élaboration du plan de services individualisé :

- Impliquer la personne (et éventuellement ses proches) dans les décisions inhérentes au plan de services individualisé.
- Est-ce que je souhaite être impliqué ?
- Est-ce que je souhaite impliquer mes proches ?
- Débuter le processus par l'identification des buts/priorités, aptitudes, projets de vie.

### Pendant l'élaboration du plan de services individualisé :

- Reconnaître le potentiel de la personne en prenant en compte son point de vue et ses priorités, ses objectifs et les activités qui favorisent son bien-être ;
- Selon ce qui a été convenu avec elle, soutenir sa participation active et respecter son rythme.
- Informer la personne de l'opinion de l'équipe concernant la situation et la nature des soins et services qui lui sont proposés ;
- Formuler des objectifs **SMART** (Spécifiques, Mesurables, Accessibles, Réalistes et Temporellement définis) qui soutiennent le rétablissement des personnes. Ces objectifs doivent être définis dans un langage commun compris de tous.
- Prendre en considération les priorités, les forces et ressources de la personne dans l'élaboration des objectifs ;
- Prendre en considération toutes les ressources du réseau concernant les moyens à utiliser ;

### Après l'élaboration du plan de services individualisé :

- S'assurer que la personne manifeste son accord et sa satisfaction par rapport au plan de services individualisé élaboré ;
- Mesurer l'efficacité et les retombées des actions entreprises ;
- Réaliser les modifications nécessaires en fonction du point de vue et des souhaits de l'utilisateur, ainsi que de sa situation actuelle.
- Poursuivre l'élaboration du plan de services individualisé en tenant compte des signes de rechute, volontés/stratégies en cas de crise, ... et des ressources, stratégies, activités et personnes significatives, ...

Dans le schéma, ci-dessous, sept étapes clés sont définies dans le cadre de la réalisation du plan de services. Néanmoins, voici, d'abord quelques commentaires à y apporter.

Il est essentiel de bien comprendre que la rencontre PSI ne constitue pas une analyse de cas, elle n'est pas centrée sur les problèmes des usagers, mais plutôt sur ses besoins généraux et sur les actions à mettre en place pour y répondre.

Les modalités de ces étapes peuvent faire l'objet d'une certaine souplesse pour s'adapter aux partenaires, par exemple, certaines étapes peuvent être réalisées simultanément. Des pré-rencontres au PSI peuvent également être organisées et ce, évidemment en présence de l'utilisateur et éventuellement de ses proches.

Lors de la rédaction du PSI, il est important d'utiliser un formulaire, outil commun comprenant :

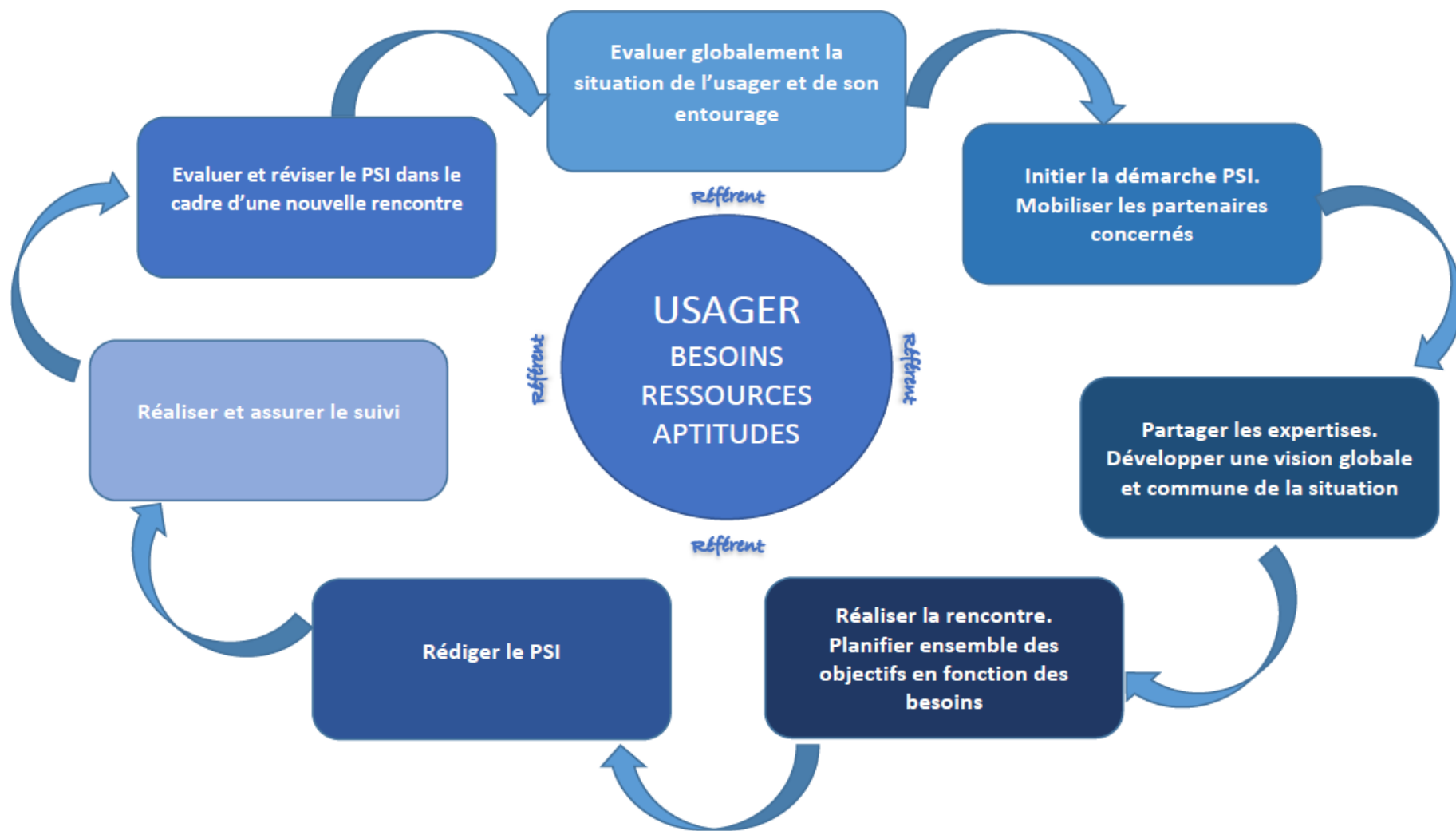
- un feuillet explicatif, le PSI c'est quoi ?;
- les informations générales (coordonnées de l'utilisateur, des proches, du référent, des différents partenaires, ...);
- la finalité de l'intervention ;
- les objectifs généraux ;
- les actions à réaliser (par exemple : services à mettre en place) ;
- les noms des personnes responsables pour réaliser ces actions
- les échéances

Le plan de services individualisé peut être modifié à chaque fois que cela s'avère être nécessaire. En effet, des changements peuvent survenir dans le parcours de l'utilisateur. Il est alors important, comme

souligné plus haut, d'en tenir compte, de se demander si les actions développées ont été utiles au changement et d'actualiser les objectifs en fonction des nouvelles données.

Dans le schéma, le référent est présent tout au long de la démarche, par contre le partenaire qui initie la démarche n'est pas forcément le référent. Au vu de son rôle déterminant, il est important que celui-ci, s'il ne l'est pas encore, soit identifié rapidement (cf. infra). Lors de la réévaluation du PSI, un autre référent peut également être désigné en fonction de l'évolution de la situation.





### Pour éviter les freins ...

Il faut remettre en question les croyances et les méthodes jusque-là utilisées...

En effet, la démarche du PSI n'est utile que dans la mesure où les acteurs sont capables de relever le défi du partenariat. Nous l'avons dit plus haut, ce défi consiste à mettre en commun leurs compétences et ressources respectives en vue d'atteindre un but commun, ici, celui de répondre aux besoins de l'utilisateur.

Au-delà des opérations concrètes à réaliser, c'est l'esprit de collaboration entre tous les acteurs concernés qui doit animer la démarche du PSI. Les différents acteurs s'engagent dans un rapport de partenariat axé sur la participation active de tous et la reconnaissance de leurs compétences et de leur pouvoir respectif. L'esprit de partenariat suppose de reconnaître que tous les partenaires sont différents, mais que leur contribution respective, si petite soit-elle, est également nécessaire pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Les partenaires ne doivent donc pas craindre de s'exposer.

L'étape 3 de la réalisation du plan de programme dans la figure ci-dessus est celle du partage des expertises. Le secret professionnel peut à ce moment constituer un frein important.

Une démarche primordiale à réaliser lors de cette étape consiste à obtenir le consentement des personnes concernées afin d'autoriser les partenaires à échanger entre eux des informations les concernant. L'expérience montre que les règles entourant l'accès à l'information peuvent agir comme une ressource ou comme un obstacle dans les rapports de collaboration. D'une part, ces règles protègent le droit à la vie privée de l'utilisateur et de ses proches en limitant la communication des intervenants au contenu nécessaire à la mise en œuvre d'une aide concertée et efficace. En contrepartie, lorsque les règles servent de rempart pour le contrôle de l'intervention, elles constituent un obstacle à la collaboration, et, par conséquent, contreviennent au droit à l'aide de l'utilisateur et de ses proches. Or, ces deux droits coexistent et requièrent, de la part des intervenants, confiance, souplesse et créativité pour ajuster leur communication en tenant compte, d'une part, du sens de ces règles, et d'autre part, des besoins d'aide de l'utilisateur et de ses proches.

Il est essentiel que, dans le cadre de sa participation au PSI, chaque intervenant soit mandaté par son supérieur hiérarchique et qu'il soit bien au fait de ce que ce mandat implique.

La démarche PSI doit être rentable et doit justifier, aux yeux de chacun, l'investissement requis. La démarche est pertinente dans la mesure où chacun des acteurs concernés en tirera profit. Elle doit donc être associée à des gains pour chacun : l'utilisateur, ses proches, les intervenants et leur service. Les retombées positives constituent un moteur important de motivation et de mobilisation.

## Le référent de soins

Après avoir développé la notion de plan de services individualisé, il est incontournable d'aborder celle du référent de soins, cité plus haut à plusieurs reprises.

Comment mieux comprendre la notion de référent de soins et son importance qu'en l'illustrant d'un exemple :

*« Monsieur X a 40 ans, il vit, depuis peu, dans un hébergement protégé, il bénéficie d'un suivi psychologique dans un centre de santé mentale, il a un médecin traitant à qui il accorde beaucoup de confiance. En journée, il est volontaire dans une petite association où il réalise des tâches de bureau. Il s'entend bien avec ses collègues et aimerait en faire son vrai travail.*

*Suite à une grosse dispute avec sa sœur qui s'avère être due à un simple problème de compréhension, monsieur décompense et est hospitalisé d'urgence.*

*L'assistant social de l'hébergement protégé, référent de Monsieur X se rend à l'hôpital où il rencontre l'équipe soignante à qui il explique la situation de Monsieur, son contexte familial et la raison de cette fameuse dispute. Il rend également visite à Monsieur X et lui propose une rencontre avec le personnel hospitalier, le psychologue du centre de santé mentale, son médecin traitant, sa sœur et une de ses collègues avec qui il entretient des contacts amicaux.*

*Au départ très déprimé, Monsieur ne comprend pas bien à quoi cette réunion peut servir, mais bon, au final pourquoi pas. La rencontre a lieu, elle permet de mettre fin aux incompréhensions et aboutit sur des décisions très concrètes. Monsieur X va pouvoir regagner son domicile, une autre réunion de ce type est, à nouveau, programmée dans les trois mois. Chaque partenaire pourra prendre connaissance de son contenu, l'assistant social et Monsieur ont prévu de réaliser rapidement une recherche de formation dans le secteur tertiaire.*

Suite à cet exemple, on peut dire que le référent de soins est un professionnel qui présente des compétences spécifiques. Il s'adresse à des usagers qui nécessitent un suivi à moyen ou à long terme et autour de qui s'articulent plusieurs intervenants (en santé mentale ou hors santé mentale). Sa place doit être reconnue tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier.

Son rôle est :

- d'activer un réseau autour de l'utilisateur en fonction de ses besoins ;
- d'assurer le lien entre l'utilisateur, ses proches et les différents intervenants ;
- de veiller à ce que l'utilisateur (et ses proches) bénéficient du suivi requis par leur situation ;
- de favoriser la concertation de l'ensemble des partenaires et de veiller à la continuité des soins.

Grâce à sa perception globale de la situation, sa connaissance du réseau, il accompagne l'utilisateur tout au long de son parcours.

## Des pratiques intégrées dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale

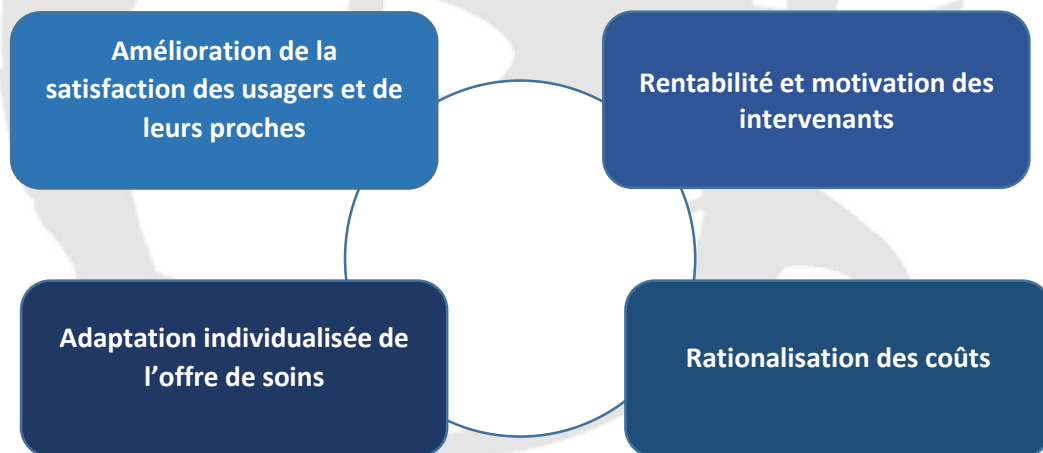
La Réforme des soins en santé mentale vise une meilleure collaboration entre les acteurs présents autour de l'utilisateur, tous secteurs confondus, afin que la réponse apportée dans la situation d'un usager soit la plus globale possible, qu'elle tienne compte des aspects pluriels et complexes de sa situation et qu'elle soit l'objet d'une concertation entre les acteurs, l'utilisateur et, éventuellement, ses proches.

Il est essentiel de définir des modalités de concertation autour de l'utilisateur et d'élaborer, avec les partenaires du réseau, des outils pertinents pour favoriser le développement d'une dynamique de concertation autour des diverses situations où la personne se situe au centre des actions.

La fonction de référent de soins est primordiale. Son rôle est défini dans chacune des fonctions et joue un rôle déterminant. (Guide 2010)

La plus-value de l'utilisation de ces pratiques est quadruple :

- Amélioration de la satisfaction de l'utilisateur et de ses proches
- Adaptation individualisée de l'offre de soins
- Rentabilité et motivation des intervenants
- Rationalisation des coûts



L'amélioration de la satisfaction des usagers et de leurs proches est accomplie via :

- une meilleure communication et dès lors une meilleure compréhension par les usagers et leurs proches de la situation et des démarches à mettre en place, ce qui est particulièrement rassurant ;
- une reconnaissance de leurs compétences et pouvoir de décision qui favorisent l'autonomie ;
- l'amélioration de leur qualité de vie.

L'adaptation individualisée de l'offre de soins s'implémente au travers :

- de l'augmentation de l'efficacité et de l'efficience des prises en charge par un suivi personnalisé ;



- de l'obtention de résultats clairs ;
- de la prévention plus efficace en identifiant et en ciblant les personnes à risque ;
- de l'amélioration de l'offre de soins là où un acteur ou une institution isolée ne pourrait le faire ;
- du décloisonnement des espaces de soins que l'utilisateur traverse pendant son parcours ;
- de la concrétisation, de la systématisation et du renforcement des liens entre les partenaires.

La rentabilité et la motivation des intervenants est marquée par :

- l'accès à l'expertise des différents partenaires ;
- le sentiment de partager avec d'autres professionnels la responsabilité d'agir dans des situations parfois bien complexes ;
- la reconnaissance de leur expertise ;
- une meilleure compréhension du mandat et des responsabilités des partenaires ;
- la compréhension commune et claire des situations et de ce que font les autres ;

La rationalisation des coûts s'effectue grâce à :

- l'optimisation du nombre et de la durée des hospitalisations et institutionnalisations en prenant en compte les besoins des usagers à moyen et long terme ;
- la réduction du recours aux services d'urgence en multipliant les activités de prise en charge et de prévention ;
- la maximisation du nombre de suivis réalisés dans une vision de performance et d'efficacité ;

