

Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers

Mai 2019

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
SECTION I	ÉNONCÉ.....	4
SECTION II	CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL.....	4
SECTION III	DÉFINITIONS	8
SECTION IV	OBJECTIFS	12
CHAPITRE II	LE PLAN D'INTERVENTION.....	12
SECTION I	PRINCIPES DIRECTEURS.....	13
SECTION II	CONTENU ET RÉVISION DES PLANS D'INTERVENTION	13
SECTION III	RÉVISION DES PLANS D'INTERVENTION	14
SECTION IV	EXCEPTIONS AUX MODALITÉS D'APPLICATION.....	15
SECTION V	RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	15
CHAPITRE III	DISPOSITIONS FINALES.....	16
SECTION I	ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT	16
SECTION II	RÉVISION, ABROGATION.....	16
SECTION III	RÉFÉRENCE	16
SECTION IV	PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION.....	18
SECTION V	HISTORIQUE DU DOCUMENT	18
CHAPITRE IV	ANNEXES	19

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION I ÉNONCÉ

- Le présent règlement vise à déterminer les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers pour l'ensemble des directions cliniques du Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest.

Le plan d'intervention (PI) s'inscrit à l'intérieur d'une pratique clinique qui respecte les normes professionnelles afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité des services offerts aux usagers.

Le PI dans ses dimensions d'élaboration, de réalisation et d'évaluation conjointe avec l'utilisateur, actualise un modèle de relation de services fondé sur la coresponsabilité dans la résolution de problème. Les PI permettent d'individualiser les soins ou les services ainsi que de planifier et de coordonner l'ensemble de nos actions à travers différents processus cliniques selon le contexte d'intervention.

Le PI est le résultat d'une évaluation qui précise les besoins de l'utilisateur, les objectifs à poursuivre, les moyens ou les stratégies à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services seront dispensés, et enfin, l'évaluation des résultats et l'ajustement du plan.

Le PI est **obligatoire** et doit être déposé au dossier de l'utilisateur dans la section prévue à cette fin. Malgré le fait que des éléments de planification de l'intervention se retrouvent dans les notes d'évolution de chaque professionnel, ces éléments ne constituent pas un PI au sens où nous l'entendons dans ce texte, sauf pour les exceptions prévues au **Chapitre II Section IV « Exception aux modalités d'application »** de ce présent règlement.

SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL

- Assise légale
- **Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ c. S-4.2)¹**

L'élaboration d'un plan d'intervention est inscrite dans la *Loi sur la santé et les services sociaux* qui décrit les diverses obligations des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Les principaux champs d'application découlant d'articles de loi associés au plan d'intervention sont les suivants :

Article 9

Cet article concerne le consentement aux soins : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention. Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances, et de la manière prévue aux articles 10 et suivant du Code civil. » (1991, c. 42, a. 9; 1999, c. 40, a. 269.)

¹ Il est noté que certains des articles de lois cités n'ont pas encore été modifiés suite à la création des Centres intégrés de santé et de services sociaux, le 1^{er} avril 2015. Afin de bien comprendre la notion du « plan de services individualisé » dans le CISSS de la Montérégie-Ouest, se référer aux définitions du présent Règlement (section 4).

Article 10

Cet article concerne la participation de l'utilisateur aux décisions : « 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. » (1991, 1991, c. 42, a. 10.)

Article 102

Cet article concerne le plan d'intervention : « Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° du premier alinéa 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 différents intervenants concernés de l'établissement. » (1991, 1991, c. 42, a. 102.)

Article 103

Cet article concerne le plan de services individualisé : « Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° du premier alinéa 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 service individualisé. » (1991, 1991, c. 42, a. 103.)

Article 104

Cet article concerne la collaboration de l'utilisateur : « 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.

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.)

Article 12

Cet article concerne le représentant : « Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil :

- 1° le titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur ou le tuteur de cet usager;
- 2° le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'utilisateur majeur inapte;
- 3° la personne autorisée par un mandat de protection donné par l'utilisateur antérieurement à son inaptitude;
- 4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte. » (1991, c. 42, a. 12; 1999, c. 40, a. 269; N.I. 2016-01-01 (NCPC); 2020, c. 11, a. 254.)

Article 3 du Code civil du Québec

Cet article concerne les lignes directrices devant guider la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux : « (...) 4^e l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant. » (1991, c. 42, a. 3; 2002, c. 71, a. 2.)

- **Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (RLRQ c. S-5 r.5)**

Ce règlement, adopté en 1984 sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de l'époque, est toujours en vigueur en raison d'une disposition transitoire. Il décrit les obligations des établissements en lien avec le contenu et la révision des plans d'intervention.

Article 35

« Un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire admis ou inscrit dans un établissement offrant des soins de longue durée ou des services d'hébergement.

Le plan comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des soins ou des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours. » (D. 1320-84, a. 35.)

Article 42

« Un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire admis ou inscrit dans un centre de réadaptation.

Le plan comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours. » (D. 1320-84, a. 42.)

Article 49

« Le plan d'intervention établi pour chacun des bénéficiaires d'une famille d'accueil comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours. » (D. 1320-84, a. 49.)

Des articles de loi supplémentaires concernant l'élaboration des PI et leur révision sont présentés en annexe A du présent règlement.

- **Le Code des professions du Québec (RLRQ c C-26)**

Le Code des professions du Québec (RLRQ c C-26) identifie les activités professionnelles qu'un professionnel peut exercer selon son ordre d'appartenance (articles 37, 37.1, 37.2 et 38). Les activités professionnelles à risque de préjudice sont réservées aux professionnels pouvant les exercer.

Selon le *Guide explicatif de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2021), la détermination du plan d'intervention n'est pas une activité professionnelle réservée. Cependant, l'action de « déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en

difficulté d'adaptation » est réservée au psychoéducateur, au travailleur social et au criminologue selon leur champ d'exercice respectif.

Les professionnels doivent respecter les activités réservées concernant toute « évaluation qui implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement ». Les résultats de ces évaluations mènent à la réalisation d'un plan d'intervention.

- **Le Cadre de référence : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016)**

Ce cadre de référence décrit les responsabilités professionnelles et cliniques relatives au suivi de l'utilisateur intégré dans une ressource de type familial ou intermédiaire, dont celles qui concernent l'élaboration ou la révision de son plan d'intervention ou de son plan de services :

« L'établissement est responsable d'élaborer et de réviser le plan d'intervention (PI) ou le plan de services individualisé (PSI) de l'utilisateur en conformité avec la LSSSS, articles 10, 102, 103 et 104, les orientations ministérielles et régionales, les pratiques reconnues ainsi qu'avec son processus clinique. La LSSSS prévoit que l'utilisateur, ou son représentant participe à l'élaboration et à la révision du PI ou du PSI. »

Outre le respect des obligations usuelles en lien avec l'élaboration des PI (coordination des services, droit d'être représenté, consentement, contenu et révision), l'établissement doit se conformer au Guide d'utilisation de l'Instrument de la classification en :

- « *Élaborant un PI avant de remplir ou réviser l'Instrument* »;
- « *Utilisant les grandes lignes du plan d'intervention pour déterminer les services particuliers devant être offerts à l'utilisateur par la ressource* ».

« L'établissement doit donc s'assurer d'une concordance clinique entre l'évaluation de l'ensemble des besoins de l'utilisateur, la détermination des services cliniques ou professionnels à lui être rendus par l'établissement et la détermination (et, s'il y a lieu, la précision) des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui être rendus par la ressource. »

« L'établissement favorise également la consultation de la ressource lors de la collecte d'informations visant l'élaboration ou la révision du PI de l'utilisateur. Toutefois, le PI de l'utilisateur n'est pas remis à la ressource étant donné la confidentialité de son contenu. »

- **Assise déontologique**

Le plan d'intervention est aussi balisé par la déontologie, c'est-à-dire par des normes qui encadrent les comportements des professionnels. La déontologie structure la profession en fonction d'un idéal de conduite en imposant des devoirs moraux et disciplinaires (Saint-Arnaud, J. 2009).

Chaque professionnel a l'obligation d'élaborer un plan d'intervention comme stipulé par son ordre professionnel, son association, la loi ou son code de déontologie.

- Assise éthique

L'éthique réfère à des valeurs et comportements attendus. Elle s'appuie sur un processus de réflexion qui consiste à poser un regard critique sur les valeurs en lien avec une situation et un contexte donnés. L'utilisation de l'approche réflexive en éthique, par les professionnels, les intervenants et les médecins, leur permet de répondre du choix de leurs actions.

En tenant compte de la dimension éthique, le processus d'élaboration des PI reflète les valeurs de bienveillance, de collaboration, d'engagement, d'audace et de cohérence à l'égard des usagers.

- Assise de qualité

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a l'obligation de s'inscrire à un programme d'Agrément. De ce fait, l'établissement a choisi le programme d'Agrément Canada et afin de répondre aux exigences de ce dit programme, le CISSS de la Montérégie-Ouest doit s'assurer du respect des normes concernant les plans d'intervention des usagers.

SECTION III DÉFINITIONS

- Définir les termes utilisés dans le règlement

1° **Usager** : Toute personne qui reçoit ou utilise des soins et services offerts par le CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021).

Dans le présent règlement, le terme « jeune » est utilisé pour désigner les usagers âgés entre 0-17 ans.

2° **Implication de l'utilisateur dans ses soins et services** : L'implication de l'utilisateur dans ses soins et services est primordiale. En effet, les professionnels et les intervenants doivent reconnaître l'utilisateur comme un membre « à part entière de l'équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Ainsi, l'utilisateur s'inscrit dans un partenariat de soins, qui consiste en une relation de collaboration égalitaire entre celui-ci et les intervenants. Cette relation est fondée sur le partage de savoirs et l'autodétermination de l'utilisateur. Elle implique aussi l'action concertée et intégrée de l'équipe (qui inclut l'utilisateur) autour des besoins et du projet de vie de l'utilisateur » (Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI, 2014).

3° **Consentement** : Expression de la volonté de l'utilisateur quant à un acte que doit accomplir une autre personne. Le consentement aux soins et aux services doit être libre et éclairé et révocable en tout temps.

- **Consentement libre** : sans aucune forme de pression ou discrimination de la part du professionnel, de l'intervenant, de la famille ou de l'entourage de l'utilisateur. L'utilisateur consent en toute confiance.
- **Consentement éclairé** : disposant de tous les renseignements appropriés et nécessaires qu'il comprend, et informé des conséquences de son consentement, l'utilisateur consent en toute connaissance de cause. (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019)

- 4° **Partenaire** : Les termes « partenaire interne » réfèrent aux différentes directions du CISSS de la Montérégie-Ouest (intraétablissement).

Par exemple :

- Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP);
- Direction des programmes Déficiences (DPD);
- Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA);
- Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD);
- Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU) – volet opérations;
- Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM)
- Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU) – volet opérations;
- Etc.

Les termes « partenaire externe » réfèrent à des établissements ou organismes autres que ceux du CISSS de la Montérégie-Ouest (interétablissements ou intersectoriels).

Par exemple :

- CISSS de la Montérégie-Centre;
- CISSS de la Montérégie-Est;
- Services de garde;
- Commissions scolaires;
- Centres hospitaliers externes;
- Organismes sans but lucratif (OSBL) ou organismes à but non lucratif (OBNL);
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ);
- Etc.

- 5° **Savoir unidisciplinaire** : Les connaissances disciplinaires d'un seul professionnel suffisent pour évaluer et répondre aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté (RCPI 2014).

- 6° **Collaboration multidisciplinaire** : Elle requiert le partage des connaissances respectives de divers professionnels pour la construction d'une compréhension commune des besoins et une concertation pour offrir des soins et services de qualité complémentaires et en cohérence (RCPI 2014).

- 7° **Collaboration interdisciplinaire** : Elle est requise « lors de situations plus complexes alors que tous les professionnels sont invités à mettre leur expertise au profit d'un savoir commun et ainsi à coconstruire une compréhension commune des besoins bio-psycho-sociaux de la personne, de ses proches ou de la communauté, afin de partager les décisions et de déterminer les actions requises pour atteindre les objectifs de la

personne, de ses proches ou de la communauté. Les interactions et l'interdépendance entre les professionnels s'intensifient. » (RCPI 2014).

- 8° **Plan d'intervention (PI)** : Dans le présent règlement, le terme PI englobe l'ensemble des appellations suivantes : PID, PT, PII, PSI, PTI et note médicale.
- 9° **Plan d'intervention disciplinaire (PID)/Plan de traitement (PT)** : Le plan d'intervention disciplinaire (PID) ou le plan de traitement (PT) est une étape du processus clinique qui implique de l'unidisciplinarité ou une collaboration multidisciplinaire avec l'utilisateur.
- 10° **Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)** : Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est une étape du processus clinique qui implique une collaboration interdisciplinaire des professionnels, des intervenants et des médecins de plusieurs directions ou programmes d'un même établissement, qui poursuivent avec l'utilisateur des objectifs communs pour une période prolongée.
Outre le PII régulier, nous pouvons dégager deux autres niveaux de PII (DSMEU, 2018) :
1. PII Jeunesse : Il s'agit d'une démarche clinique approfondie et systémique lorsque les différents partenaires ont besoin de s'arrimer, de clarifier et de préciser les besoins d'un jeune. Ce type de PII est entrepris en présence d'enjeux au niveau de la collaboration et de l'actualisation des services entre les différentes directions impliquées d'un établissement;
 2. PII Équipe d'Intervention Jeunesse (ÉIJ) : Lorsque les partenaires impliqués au PII Jeunesse se questionnent si les orientations prises répondent bien aux besoins du jeune et qu'un besoin d'arrimage entre les partenaires est identifié. Ce type de PII est entrepris lorsqu'il y a présence d'enjeux entre les directions impliquées d'un établissement. Par exemple : résistances, arrimages difficiles, chevauchement entre services, absence de service.

Le PII génère autant de plans d'intervention disciplinaires qu'il y a de professionnels, d'intervenants et de médecins différents impliqués au dossier de l'utilisateur.

Par exemple, il peut s'agir de professionnels/intervenants de diverses disciplines ou exerçant une même discipline, mais issus de différentes directions ou programmes de l'établissement. Le PII s'actualise grâce à la mise en œuvre et la coordination concertées des plans d'intervention disciplinaires de chacun des professionnels/intervenants impliqués dans la démarche PII.

- 11° **Plan de services individualisé (PSI)** : Le plan de services individualisé (PSI) est une étape du processus clinique qui implique des professionnels, des intervenants et des médecins de plusieurs établissements et organismes qui poursuivent avec l'utilisateur, des objectifs communs pour une période prolongée. L'établissement responsable d'élaborer le PSI est celui qui donne la majeure partie des services ou l'établissement de la personne désignée après concertation.

Également, l'appellation **Plan de service individualisé intersectoriel (PSII)** peut être utilisée lorsque différents secteurs sont impliqués auprès de l'utilisateur (santé et services sociaux) et qu'il y a implication des instances des autres secteurs. Par exemple, services de garde, milieu scolaire, etc. (DSMREU, 2018).

Outre le PSI régulier, nous pouvons dégager deux autres niveaux de PSI (DSMEU, 2018) :

1. **PSI Jeunesse** : Il s'agit d'une démarche clinique approfondie et systémique lorsque les différents partenaires ont besoin de s'arrimer, de clarifier et de préciser les besoins d'un jeune. Ce type de PSI est entrepris en présence d'enjeux au niveau de la collaboration et de l'actualisation des services entre les différents établissements impliqués;
2. **PSI Équipe d'Intervention Jeunesse (ÉIJ)** : Lorsque les partenaires impliqués au PSI jeunesse se questionnent si les orientations prises répondent bien aux besoins du jeune et qu'un besoin d'arrimage entre les partenaires est identifié. Ce type de PSI est entrepris lorsqu'il y a présence d'enjeux entre les différents établissements impliqués. Par exemple : résistances, arrimages difficiles, chevauchement entre services, absence de service.

Le PSI implique des professionnels/intervenants/médecins d'au moins deux établissements.

Par exemple, il peut s'agir de professionnels/intervenants de diverses disciplines ou exerçant une même discipline, mais issus de différentes directions ou programmes des établissements impliqués. Il s'actualise grâce à la mise en œuvre et la coordination concertées des plans d'intervention disciplinaires de chacun des professionnels/intervenants impliqués dans la démarche PSI.

- 12° **Plan thérapeutique infirmier (PTI)** : Le plan thérapeutique infirmier est une norme professionnelle en vigueur depuis le 1^{er} avril 2009. Il s'agit d'un outil de documentation distinct de la note d'évolution où l'infirmière consigne les constats et besoins prioritaires de même que les directives cliniques qu'elle ajuste selon l'évolution clinique de l'utilisateur qui nécessite un suivi. Ce plan peut englober plus d'un épisode de soins puisqu'il couvre le continuum de soins et de services (OIIQ, 2006).
- 13° **Processus clinique** : Le processus clinique est l'ensemble des opérations cliniques visant, sur une base personnalisée, la détermination des besoins, de l'utilisateur, des priorités d'intervention, des moyens et stratégies d'intervention, du suivi des actions entreprises et de la qualité des services qui lui sont offerts (CRDITED MCQ – IU(2013).
- 14° **Note médicale** : Selon les normes de tenue de dossier rédigées par le Collège des médecins du Québec (2005, 2013), le contenu de la note médicale doit inclure le diagnostic de l'utilisateur, le plan d'investigation, le traitement pharmacologique et non pharmacologique ainsi que le suivi de l'utilisateur. De ce fait, la note médicale devient la version du PID pour le médecin.
- 15° **Révision** : La révision, telle que définie dans le présent règlement, réfère au suivi périodique du plan d'intervention. La révision permet au professionnel ou à l'intervenant d'être proactifs dans sa réponse aux besoins de l'utilisateur dont il assure le suivi et y apporter les ajustements nécessaires en collaboration avec celui-ci, lorsque nécessaire. Les modalités de révision seront déterminées à l'intérieur des processus cliniques des différents programmes-services de l'établissement.

16° **Professionnel** : Dans le cadre du présent règlement, le terme « professionnel » est utilisé pour désigner une personne salariée du CISSS de la Montérégie-Ouest faisant partie d'un des groupes suivants :

- Une personne salariée membre d'un ordre professionnel visé à l'annexe I du Code des professions (chapitre C-26), qui dispense au Québec des services de santé ou des services sociaux à un usager;

Une personne salariée inscrite au tableau des membres d'un ordre professionnel où elle est autorisée à exercer certaines activités professionnelles réservées aux membres d'un tel ordre.

17° **Intervenant** : Dans le cadre du présent règlement, le terme « intervenant » est utilisé pour désigner une personne salariée du CISSS de la Montérégie-Ouest faisant partie d'un des groupes suivants : les techniciens, les auxiliaires et les préposés.

SECTION IV OBJECTIFS

Le présent règlement vise les objectifs suivants :

- Harmoniser, à travers les directions cliniques du CISSS de la Montérégie-Ouest, les pratiques cliniques en regard du plan d'intervention de l'usager, tout en répondant à ses besoins dans le respect des lois, des valeurs, des principes éthiques de l'établissement ainsi que des particularités des différentes clientèles;
- S'assurer de la **réalisation** et du **suivi rigoureux** des plans d'intervention des usagers;
- S'assurer que tous les usagers, sauf quelques exceptions (voir le **Chapitre II section IV « Exceptions aux modalités d'application »**), aient à leur dossier un plan d'intervention auquel ils ont consenti de façon libre et éclairée et auquel ils ont pu participer selon leurs désirs et leurs capacités;
- **S'assurer que le plan d'intervention soit révisé selon les règles établies;**
- Répondre aux obligations et exigences de la loi, des ordres professionnels, des organismes d'agrément, des règlements et orientations du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Partager dans l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Ouest une conception commune des plans d'intervention et de leurs exigences.

CHAPITRE II LE PLAN D'INTERVENTION

La pratique des PI s'inscrit dans :

- Le respect des valeurs de l'établissement, soit la bienveillance, la collaboration, l'engagement, l'audace et la cohérence;
- Les droits et responsabilités des usagers;
- L'utilisation du savoir expérientiel de l'usager tout au long de la démarche d'intervention (implication de l'usager);
- L'appropriation par l'usager de la démarche d'intervention qui vise à répondre à ses besoins;

- L'acceptation du rythme d'évolution de l'utilisateur ainsi que de ses habiletés personnelles et sociales;
 - Le respect des normes et des valeurs socioculturelles propres au milieu de l'utilisateur;
- Le souci de la confidentialité devant entourer l'intimité de l'utilisateur.

SECTION I PRINCIPES DIRECTEURS

- Mise sur le potentiel de l'utilisateur dans sa capacité à s'investir dans un processus de changement à partir des objectifs qu'il a définis avec l'équipe clinique ou le médecin;
- Respecte le projet de vie ou le projet personnel de l'utilisateur;
- Actualise une relation usager-professionnel/intervenant/médecin fondée sur la coresponsabilité et sur l'implication de l'utilisateur dans ses soins et services;
- Implique le consentement libre et éclairé et la participation de l'utilisateur dans toutes les décisions qui le concernent;
- Tient compte du réseau familial immédiat, du réseau élargi ainsi que de la communauté;
- Vise à assurer la continuité, la complémentarité et la qualité des soins et des services en réponse aux besoins diversifiés de l'utilisateur;
- Implique une démarche interdisciplinaire lorsque la réponse aux besoins des usagers est complexe;
- Permet le partage des responsabilités entre les acteurs impliqués (utilisateur, professionnel, intervenant, médecin et gestionnaire) au cours de sa réalisation.

SECTION II CONTENU ET RÉVISION DES PLANS D'INTERVENTION

Le besoin exprime l'écart entre la situation désirée et la situation actuelle en termes de santé, de difficultés, de services ou de ressources.

Les objectifs ciblés visent une amélioration ou le maintien de la qualité de vie et de l'autonomie de l'utilisateur en le soutenant dans :

- La compréhension de son état de santé;
- Sa participation sociale;
- Le développement de ses capacités de gestion de ses soins;
- Le développement de ses habiletés interpersonnelles;
- Le développement de ses habiletés fonctionnelles;
- Etc.

Les objectifs d'intervention doivent être en lien direct avec les besoins identifiés de l'utilisateur et sont l'objet d'une concertation entre celui-ci, le professionnel, l'intervenant ou le médecin. Les objectifs sont des énoncés de résultats. Ils sont des changements concrets pour atteindre la situation souhaitée.

Cette section précise les éléments essentiels faisant partie des plans d'intervention soit :

- L'identification de l'utilisateur;

- L'identification des participants à la rencontre PI (nom et fonction), **dont l'utilisateur ou son représentant si requis;**
- Les besoins identifiés en collaboration avec l'utilisateur, incluant la réalisation de son projet de vie ou son projet personnel;
- L'objectif général visé;
- Les objectifs spécifiques poursuivis;
- Les rôles et responsabilités des membres de l'équipe, des autres partenaires ou organismes;
- Les moyens/stratégies d'intervention utilisés;
- Le lieu, la fréquence et la durée prévisible de l'intervention;
- L'évaluation de l'intervention et la date prévue de la révision;
- Les modalités de transfert et de suivi recommandées lorsque l'utilisateur est adressé à un autre programme-service de l'établissement ou cesse d'obtenir des services du CISSS de la Montérégie-Ouest (continuité des services);
- Selon la situation de l'utilisateur, l'identification de son besoin de placement ou de déplacement en RI-RTF;
- Une mention claire que l'utilisateur ou son représentant si requis a été consulté pour l'élaboration du PI, qu'il en a pris connaissance, qu'il a reçu les renseignements nécessaires à sa compréhension, qu'il a été informé du rôle qu'il devra jouer et qu'il accepte sa mise en œuvre;
- Signatures, si possible.

Afin d'établir les besoins prioritaires de l'utilisateur, une évaluation doit être préalablement réalisée en tenant compte de :

- La demande formulée par l'utilisateur;
- Des attentes de l'utilisateur;
- Du savoir expérientiel de l'utilisateur;
- Des besoins non comblés et des difficultés ciblées par l'utilisateur en collaboration avec le professionnel, l'intervenant ou le médecin, **et ce, à partir de son portrait global (médical, psychosocial, fonctionnel, etc.);**
- Des objectifs d'intervention antérieurs, s'il y a lieu.

SECTION III RÉVISION DES PLANS D'INTERVENTION

- La révision des plans d'intervention :
 - Se fait avec la participation de l'utilisateur ou son représentant si requis, selon la nature et la portée des changements. Celui-ci doit être informé des changements à son PI et y consentir de manière libre et éclairée;
 - Se fait selon les termes prévus lors de l'élaboration du plan d'intervention, lorsqu'un changement apparaît dans l'état ou les besoins de l'utilisateur, ou selon les normes dictées par le programme clientèle ou le ministère de la Santé et des Services sociaux.

SECTION IV EXCEPTIONS AUX MODALITÉS D'APPLICATION

- Malgré le caractère obligatoire de ce règlement, des exceptions sont prévues quant à l'élaboration du PI et son dépôt au dossier de l'utilisateur.

Les situations où le PI n'est pas requis :

- Quand les interventions sont de type ponctuel, soit :
 - Des interventions qui consistent en des activités d'accueil, d'évaluation ou d'orientation sans suivi. Par exemple : intervention téléphonique, visite postnatale sans suivi, consultation en milieu scolaire sans suivi, services d'accueil/évaluation/orientation, clinique infirmière avec ou sans rendez-vous, vaccination, etc.;
 - Des interventions qui visent à répondre aux besoins immédiats de l'utilisateur ainsi qu'à lui fournir des informations concernant la promotion de saines habitudes de vie, la prévention des problèmes sociaux et de santé. Par exemple : suivi dentaire préventif en milieu scolaire;
 - Des interventions offertes à l'intérieur de certains programmes de la DPD. Il s'agit du programme Service des aides techniques (SAT) ainsi que du programme Comptoir des aides suppléance à l'audition (CASA).

Dans ces situations, nous retrouvons dans les notes d'évolution ou sur les formulaires d'intervention ponctuelle, les éléments nous informant sur la démarche clinique du professionnel ou de l'intervenant. Cependant, selon l'évolution des interventions et le jugement clinique des professionnels ou des intervenants, ceux-ci pourraient décider de rédiger un PID ou PT en collaboration avec l'utilisateur.

SECTION V RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Cette section vise à définir les rôles et responsabilités de chaque acteur qui intervient à travers le présent règlement :

- 1° **Le conseil d'administration** : Adopter un règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers.
- 2° **La Direction générale (DG)** : S'assurer de l'application et la diffusion du règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.
- 3° **Les directions cliniques** : Inclue la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP), la Direction des programmes Déficiences (DPD), la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA), la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD), la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU) – volet opérations, la Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM) ainsi que la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU) – volet opérations.

Ces directions doivent :

- S'assurer du respect et de l'application du règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers auprès de leurs équipes;
- Promouvoir auprès de leurs équipes l'importance du respect du présent règlement.

4° **Les professionnels, les intervenants et les médecins :** S'assurer que les usagers disposent de l'accompagnement nécessaire pour participer à leur plan d'intervention selon leur désir et leurs capacités, prendre connaissance du présent règlement et s'y conformer.

L'utilisateur : Faire part de ses besoins ou tout changement par rapport à ceux-ci au professionnel, intervenant ou médecin assigné à son dossier et participer à l'élaboration de son plan d'intervention, à sa mise en œuvre ainsi qu'à sa révision.

CHAPITRE III DISPOSITIONS FINALES

La Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire est responsable de l'application du présent règlement.

SECTION I ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT

- Le présent règlement entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Ouest.

SECTION II RÉVISION, ABROGATION

- S/O

SECTION III RÉFÉRENCE

- 1° CISSS de la Montérégie-Ouest (2016). Mission, vision, ambition, valeurs. 4 p.
- 2° CISSS de la Montérégie-Ouest (2021). Politique clinique *Consentement aux soins et services*. 2-3 p.
- 3° Collège des médecins du Québec (2005). La tenue de dossiers par le médecin en Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. 38 p.
- 4° Collège des médecins du Québec (2013). La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier. 56 p.
- 5° Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Réseau universitaire intégré de santé, Université de Montréal (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. p. 37.

- 6° CRDITED MCQ – IU(2013) Processus clinique, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire. 72 p.
- 7° CSSS Champlain (2010). Politique d'élaboration des PI, PII et PSI (CA28 pol. DSISMQ). 11 p.
- 8° Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Québec. 214 p.
- 9° Direction programme-réseau évaluation, santé publique, pratiques professionnelles et développement des ressources informationnelles (2006). Politique relative au plan d'intervention et plan de services individualisé. CSSS de Québec-Nord. 16 p.
- 10° Direction de la qualité des services professionnels (2015). Politique des plans de services individualisés et des plans d'intervention. Centres Jeunesses de Lanaudière. 20 p.
- 11° DSM (2018). Procédure relative à l'élaboration des plans interdisciplinaires en CHSLD. CISSS de la Montérégie-Centre. 9 p.
- 12° DSM-AC (2013). Règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers (REG-6.21). CSSS Jardins-Roussillon. 9 p.
- 13° DSMEU (2018). Cadre de référence encadrant la pratique de l'Équipe d'Intervention Jeunesse. CISSS de la Montérégie-Ouest. 36 p.
- 14° Gouvernement du Québec. Code civil du Québec (ch. CCQ-1991). Mis à jour 25 septembre 2023. Publications Québec-LégisQuébec. 546 p.
- 15° Gouvernement du Québec. Code des professions (ch.C-26). Mis à jour 25 septembre 2023. Publications Québec-LégisQuébec. 124 p.
- 16° Gouvernement du Québec. Loi sur les services de santé et des services sociaux (ch.S-4.2). Mis à jour 25 septembre 2023. Publications Québec-LégisQuébec. 266 p.
- 17° Gouvernement du Québec. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ch.S-5 r.5). Mis à jour le 1^{er} août 2023. 58 p.
- 18° Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2006). Le plan thérapeutique infirmier, la trace des décisions cliniques de l'infirmière: application de la loi 90. Montréal, OIIQ. 26 p.
- 19° Office des professions du Québec (2021), Guide explicatif sur la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Québec. 85 p.
- 20° Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (2014), Guide explicatif, Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelles en santé et services sociaux. Seconde édition juillet 2018. 23 p.

SECTION IV PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Pascale Choquette, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique DSMREU	2018-03-28
Révisé par		
	Jennifer Mascitto, chef de service au développement et à l'évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	2018-03-28
	Sophie Poirier, directrice adjointe des services multidisciplinaires au volet qualité et évolution des pratiques, DSMREU	2018-03-28
Personnes consultées	Maître Isabelle Cournoyer, avocate, DRHCAJ	2018-03-28
	Comité d'amélioration continue de la qualité et de la performance	2018-04-09
	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-04-10
	CECII	2018-04-18
	Paméla Déry, adjointe à la direction, DSMREU	2018-04-24
	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	2018-04-26
	Véronique Labelle, conseillère cadre partenariat avec les usagers et éthique clinique, DQEPE	2018-05-04
	Comité de coordination clinique (pour commentaires)	2018-05-08
	Comité de coordination clinique (pour recommandation)	2019-02-05
	Comité soins et services à la clientèle (pour recommandation)	2019-03-19
	Catherine St-Jean, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe qualité de la pratique clinique, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	

SECTION V HISTORIQUE DU DOCUMENT

Historique du document		
Approuvé par	Conseil d'administration	Date 2019-05-01
Commentaires	Modifications mineures 2024-01-09	
	Modifications mineures 2024-02-27	

CHAPITRE IV ANNEXES

ANNEXE A

Législation pertinente

L'annexe suivante décrit des sujets de législation basés sur les articles de loi supplémentaires associés au plan d'intervention tel que stipulé dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, qui est sous l'autorité de la LSSSS et le Code civil du Québec.

Extrait de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, RLRQ c S-4.2

Droit aux services

Selon l'article 5 « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. » (1991, c. 42, a. 5; 2002, c. 71, a. 3.)

Accompagnement

Selon l'article 11 « Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement. » (1991, c. 42, a. 11.)

Extrait du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ c. S-5 r.5

Article 48

« Une personne est prise en charge par une famille d'accueil selon les formalités suivantes :

1° dans le cas d'un placement en famille d'accueil régulière ou spéciale :

- a) une évaluation de l'état de la personne et de ses besoins atteste de la nécessité d'une prise en charge;
- b) un plan d'intervention est établi par le centre de services sociaux pour chaque bénéficiaire;

2° dans le cas d'un placement en famille d'accueil de réadaptation :

- a) une évaluation de l'état de la personne et de ses besoins atteste de la nécessité d'une prise en charge;
- b) un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire par l'établissement dispensant des services de réadaptation (...). »

D. (1320-84, a. 48.)

Extrait du Code civil du Québec, RLRQ, c. CCQ-1991

Article 10

« Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »

1991, c. 64, a. 10.

Article 11

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie ([chapitre S-32.0001](#)) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer. »

1991, c. 64, a. 11; 2014, c. 2, a. 65; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

Article 12

« Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère. »

1991, c. 64, a. 12; 2014, c. 2, a. 66.

Article 14

« Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait. »

1991, c. 64, a. 14.

Article 15

« Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. »

1991, c. 64, a. 15; 2002, c. 6, a. 1; 2014, c. 2, a. 67 ; 2020, c. 11, a. 254.

Article 16

« L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit. »

1991, c. 64, a. 16.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

