

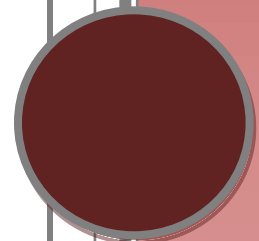
Institut de réadaptation
en déficience physique
de Québec

Institut universitaire

GUIDE D'ÉLABORATION DES PLANS D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRES

Version révisée

Mai 2010



DOCUMENT ÉLABORÉ EN AVRIL 2003 PAR :

Thérèse Brousseau

*Chef du Programme des lésions musculo-squelettiques,
myélopathies et maladies neuromusculaires*

Josette Chouinard

Conseillère en planification et programmation

Johanne Lambert

*Travailleuse sociale, coordonnatrice au Programme des traumatismes
cranio-cérébraux pour adultes*

Danielle Lévesque

Conseillère en évaluation de programme

En collaboration avec

*Lorraine Bégin, Isabelle Côté, Lise Cuillérier,
Monique Delisle, Nicole Fortin, Jacques Vézina*

DOCUMENT RÉVISÉ EN NOVEMBRE 2009 PAR :

Thérèse Brousseau

*Chef du Programme des lésions musculo-squelettiques, myélopathies et maladies neuromusculaires
et du programme des traumatismes crano-cérébraux pour enfants et adolescents*

Caroline Dubois

Ergothérapeute, coordonnatrice clinique au Programme déficience motrice cérébrale

Francine Laforce Bisson

*Physiothérapeute, coordonnatrice clinique du Programme des lésions
musculo-squelettiques, myélopathies et maladies neuromusculaires*

Johanne Lambert

Chef du programme déficience visuelle-aînés

Danielle Lévesque

Chef du service du développement intégré des pratiques et de l'évaluation

Paule Terreau

*Travailleuse sociale, coordonnatrice clinique du Programme des traumatismes
crano-cérébraux pour adultes*

AVANT-PROPOS

Le 18 septembre 2002, le conseil d'administration de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) adoptait la *Politique sur les plans d'intervention (PIU/PII/PSI)*. Le but de cette politique est d'« *harmoniser les pratiques cliniques au regard du plan d'intervention de l'utilisateur tout en répondant à ses besoins, afin de satisfaire aux lois, aux valeurs et principes de l'organisation, tout en respectant les particularités des différentes clientèles* ». Le lecteur est invité à en prendre connaissance afin de bien comprendre le contexte, le concept de plan d'intervention, de distinguer la démarche de la rencontre et enfin, de connaître les rôles et les responsabilités dévolus aux parties prenantes.

Une première version du guide d'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires a été élaborée en 2003 pour soutenir les équipes dans la mise en application de la politique de l'établissement. Certains concepts du guide avaient été empruntés aux modèles développés par le Réseau international sur le processus de production du handicap et par la Société de l'assurance automobile du Québec. Ces contenus ont toutefois été adaptés aux programmes clientèles de l'Institut.

Depuis 2003, la démarche liée au plan d'intervention a évolué et une mise à jour de ce guide s'est imposée. À cette occasion ont été entre autres précisés le lien entre le cycle du PII et l'épisode de services, les cas et circonstances qui nécessitent l'élaboration d'un PII ainsi que la définition de certains termes. Tout comme pour sa première version, ce document s'adresse en priorité aux intervenants, aux animateurs de plans d'intervention et aux gestionnaires. En réponse aux demandes reçues, il est disponible en version électronique sur le site de l'IRDPQ. Il se veut un outil simple et facile à consulter, un document d'accompagnement à la formation du personnel et ainsi qu'à la formation réseau. Tout en proposant des bases communes sur le plan des concepts, du vocabulaire et de la démarche, il appartiendra à chaque programme d'adapter le tout à sa propre réalité, en tenant compte des besoins et des caractéristiques des usagers et de la programmation en place.

Bonne lecture!

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. LES PRÉALABLES À LA DÉMARCHE DU PLAN D'INTERVENTION.....	3
1.1 Base légale.....	3
1.2 Base éthique.....	3
1.3 Prise en compte du dossier de l'utilisateur.....	3
1.4 Maîtrise des éléments du modèle du processus de production du handicap.....	3
1.5 Programmation définie.....	4
1.6 Participation réelle de l'utilisateur et des proches.....	4
1.7 Formation des participants.....	5
2. POUR QUI ET QUAND FAIRE UN PII.....	5
3. LA DÉMARCHE SOUS FORME SCHÉMATISÉE.....	6
4. LA DÉMARCHE ÉTAPE PAR ÉTAPE.....	9
4.1 Évaluation.....	9
4.1.1 Autoévaluation.....	9
4.1.2 Évaluations disciplinaires.....	9
4.1.3 Identification des changements significatifs.....	9
4.1.4 Mise en commun des résultats.....	10
4.2 Concertation (s'entendre pour agir de concert).....	10
4.2.1 Pronostics de participation sociale.....	10
4.2.1.1 Définition.....	10
4.2.1.2 Processus d'élaboration.....	11
4.2.1.3 Révision des pronostics.....	11
4.2.2 Cibles prioritaires d'intervention.....	12
4.2.3 Objectifs interdisciplinaires.....	12
4.2.3.1 Formulation des objectifs.....	12
4.2.3.2 Les sept qualités d'un objectif interdisciplinaire mesurable.....	13
4.2.3.3 Identification des moyens.....	14
4.2.3.4 Exemples.....	14
4.3 Mise en œuvre du PII.....	18
4.3.1 Actions de l'équipe.....	18
CONCLUSION.....	19
LEXIQUE.....	21
RÉFÉRENCES.....	25

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 - MODÈLE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP.....	4
FIGURE 2 – CYCLE DU PII-PSI POUR UN USAGER À L'IRDPQ	6
FIGURE 3 — PII INITIAL	7
FIGURE 4 — PII RÉVISÉS	8

INTRODUCTION





Le Code d'éthique et la Charte des droits de l'utilisateur de l'IRDPQ témoignent des valeurs et de l'engagement de l'établissement au regard des droits fondamentaux de l'utilisateur. Pour souscrire à cet engagement et faire en sorte qu'il devienne une responsabilité partagée par tous, l'IRDPQ reconnaît le plan d'intervention comme un outil privilégié de communication et de concertation entre l'utilisateur et les intervenants.

Préoccupé par la pertinence et la qualité des interventions d'adaptation-réadaptation et de soutien à l'intégration sociale, l'IRDPQ s'est doté d'une politique d'évaluation de ses programmes et s'est engagé dans l'élaboration et la révision de ceux-ci. Les plans d'intervention réalisés pour l'ensemble des usagers d'un programme représentent sans contredit un moyen privilégié d'actualisation de la programmation et une source d'information très précieuse pour en assurer le suivi.

Compte tenu de l'importance de cette activité clinique, il s'avère important de mieux la définir en vue d'en consolider les fondements, de développer une vision commune, de soutenir et d'outiller les intervenants dans son élaboration et sa réalisation. Bref, l'objectif en est un d'harmonisation et d'optimisation des pratiques cliniques au profit de l'utilisateur, de ses proches et de l'équipe des intervenants.

Le « Processus de production du handicap » (PPH) est le modèle conceptuel de base sur lequel repose la démarche du PII. Ce cadre conceptuel permet le partage d'un vocabulaire commun et facilite le processus d'analyse et de concertation.

Notre modèle de plan d'intervention s'inspire des approches suivantes :

-  centrée sur l'utilisateur, en mettant l'accent sur les principes d'appropriation et d'autodétermination
-  participative
-  interdisciplinaire
-  écosystémique

Bien que ce guide présente de façon détaillée la démarche d'élaboration et de révision du plan d'intervention interdisciplinaire (PII), les principes peuvent tout aussi bien s'appliquer au plan d'intervention unidisciplinaire (PIU) qu'au plan de services individualisé (PSI). Ces différents plans se doivent nécessairement d'être en cohérence et en continuité.

Dans les pages qui suivent, vous trouverez en premier lieu les principaux préalables à l'élaboration du PII suivi de l'illustration du cycle PII-PSI pour un usager à l'IRDPQ. . Vient par la suite la démarche d'élaboration du PII, présentée sous forme schématisée puis détaillée, étape par étape. Un lexique a été prévu à la fin du document. Il sera important que le lecteur s'y réfère pour une compréhension et une utilisation commune de la terminologie du PII à l'IRDPQ.

1. LES PRÉALABLES À LA DÉMARCHE DU PLAN D'INTERVENTION

1.1 Base légale

L'article 102 de la loi de « Santé et services sociaux » oblige l'élaboration du PII. « 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 différents intervenants concernés de l'établissement ».

Par ailleurs, l'article 104, au sujet de la collaboration de l'utilisateur, précise : « Chacun des plans visés... doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10 ».

À l'IRDPQ, l'utilisateur dont une concertation des interventions et une planification des services de réadaptation sont requises aura un plan d'intervention interdisciplinaire. Dans les situations où des interventions de réadaptation unidisciplinaires sont indiquées, l'obligation d'un plan d'intervention demeure mais il s'agira d'un plan d'intervention unidisciplinaire. Celui-ci peut s'élaborer et se réviser en s'inspirant du présent modèle.

1.2 Base éthique

Le respect, l'équité, la responsabilité et la bienveillance constituent les valeurs de l'IRDPQ. Ces dernières agissent en tant que lumière pour guider et appuyer nos actions au quotidien. À cet égard, le plan d'intervention appelle chaque participant à veiller à ce que sa contribution à la démarche du PII soit éthique en tout, tant au sens « du quoi faire pour bien faire ».

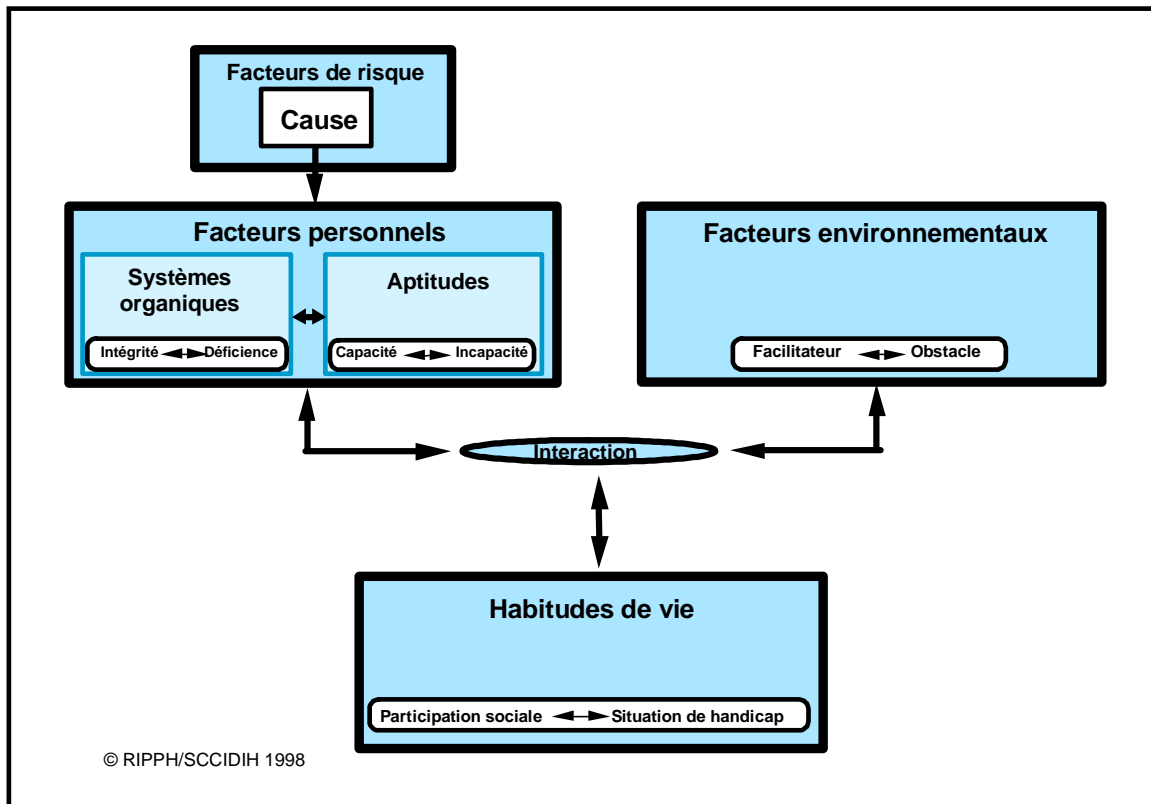
1.3 Prise en compte du dossier de l'utilisateur

Dans la *Politique de dossier* de l'IRDPQ, on peut lire que le dossier de l'utilisateur est un élément indissociable de toute intervention biopsychosociale réalisée auprès de cette personne. Le dossier de l'utilisateur est le seul dossier officiel à l'IRDPQ. Les renseignements disponibles sur l'utilisateur s'avèrent des données de première importance dans l'élaboration et la révision de son plan d'intervention. À cet égard, la politique de dossier balise clairement les règles quant au contenu du dossier et aux délais prescrits pour y verser les différentes pièces requises (notes, rapports, etc.). Les intervenants se doivent par conséquent de respecter les obligations relatives à la tenue de dossier et de prendre connaissance de l'ensemble des renseignements disponibles, dans une perspective systémique.

1.4 Maîtrise des éléments du modèle du processus de production du handicap

Le modèle du PPH étant retenu comme le cadre de référence pour l'élaboration et la révision des plans d'intervention, les intervenants doivent être formés sur les différents concepts qui y sont développés. Le voici de façon schématisée :

Figure 1 - Modèle du processus de production du handicap



1.5 Programmation définie

Dans le Guide pour la rédaction des programmes développé à l'IRDPO, on précise que le fait de disposer d'un document descriptif du programme n'est pas une finalité en soi. En fait, ce sont les questionnements sur les différentes dimensions du programme qui importent. Cette démarche permet donc de partager une philosophie commune, de clarifier les rôles et responsabilités de chacun, de réviser l'ensemble des objectifs visés ainsi que des moyens disponibles, et d'identifier des enjeux d'évaluation et d'amélioration. Une procédure d'élaboration et de révision du PII dans le programme détermine la clientèle pour laquelle sera élaboré un PII et en prévoit les conditions de réalisation.

1.6 Participation réelle de l'utilisateur et des proches

Participer signifie prendre part, coopérer, collaborer, somme toute « être de ». Une participation réelle se veut une participation qui produit des effets, qui agit, qui est actuelle et concrète; elle est « vraie ». Les équipes font face à des réalités différentes : des enfants et leurs parents, des adultes, des aînés; des personnes en début ou en fin de processus qui présentent des conditions aiguës ou chroniques, avec des incapacités sévères ou légères, avec des capacités d'adaptation et des facteurs environnementaux différents. On ne peut édicter de règle unique quant à la forme de participation à privilégier pour l'utilisateur et ses proches. Il existe cependant une obligation incontournable, celle d'assurer une participation réelle, peu importe la modalité retenue.

1.7 Formation des participants

Il est primordial que tous les intervenants cliniques appelés à contribuer à la démarche PII de l'utilisateur soient formés :

 Au modèle PPH

 Au modèle d'élaboration du plan d'intervention de l'établissement

2. POUR QUI ET QUAND FAIRE UN PII

Pour tout usager dont la demande de services a été acceptée à l'IRDPQ, un plan d'intervention, qu'il soit unidisciplinaire (PIU) ou interdisciplinaire (PII), doit être élaboré dans les 30 jours qui suivent le début des interventions. Un plan d'intervention n'est cependant pas indiqué si l'activité clinique est un service ponctuel, une évaluation ou une relance qui ne conduisent pas à une intervention (p. ex. évaluation de la conduite automobile).

Un usager ne peut avoir qu'un seul plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en cours dans l'établissement. Un PII est indiqué dans tous les cas où les objectifs de réadaptation nécessitent l'intervention concertée de plus d'une discipline. Un plan d'intervention unidisciplinaire (PIU) peut se transformer en un PII en tout temps si les besoins le justifient.

Le même plan d'intervention est révisé tant que des interventions justifient la poursuite de ses objectifs. Cette révision sera effectuée selon les échéanciers fixés par l'équipe, minimalement une fois par année. C'est le rythme d'évolution de la condition de l'utilisateur qui est le facteur déterminant pour décider du moment opportun de la révision du plan. Dans certains cas, les interventions peuvent être suspendues (p. ex. dans le cas d'une chirurgie), puis reprises à l'intérieur de la même séquence du PII. La révision du PII permet de prévoir la continuité des services dans le programme, l'établissement ou le réseau.

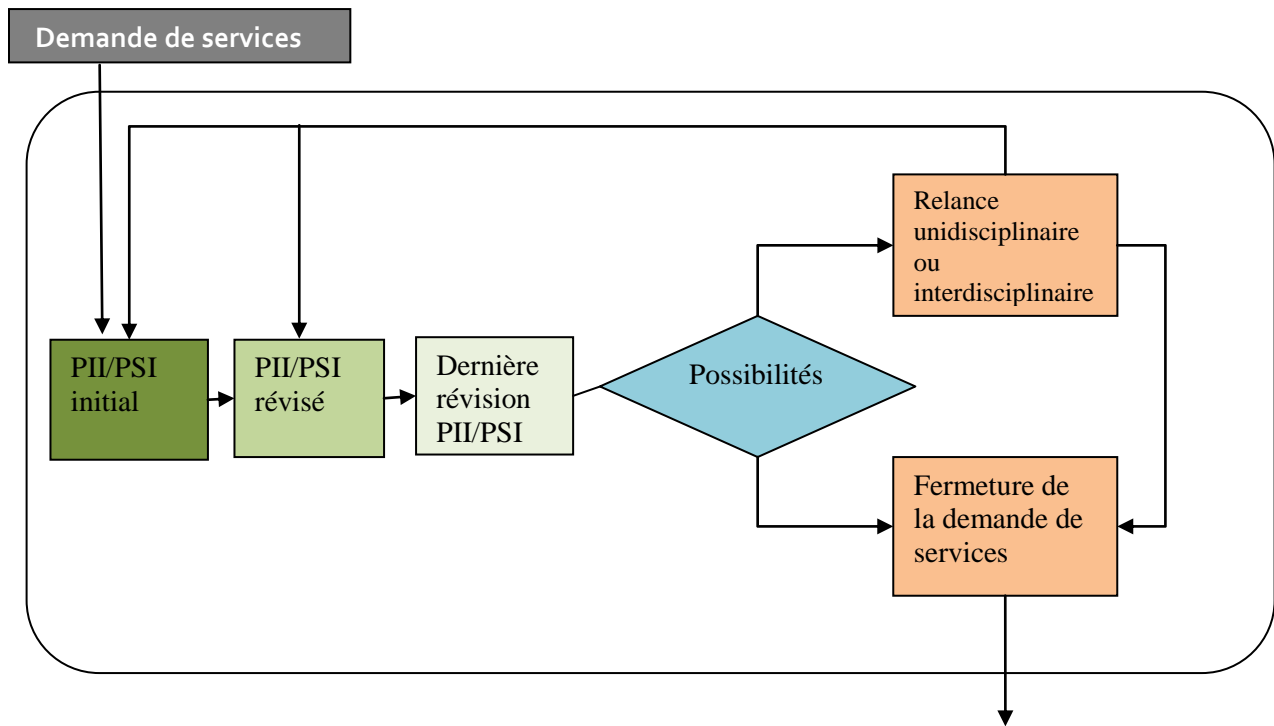
Si des interventions unidisciplinaires doivent se poursuivre dans le programme, le PII se transforme en un PIU et l'intervenant concerné devient l'intervenant pivot du plan d'intervention par rapport au dossier de l'utilisateur.

Si des interventions doivent se poursuivre par un autre programme et sont en continuité avec la problématique à l'origine de la demande de services initiale, ce programme procédera à la révision du plan en cours.

La fin d'un PII correspond au moment de la fin des interventions. Dans les cas où une relance donne lieu à une reprise des interventions, un nouveau plan d'intervention basé sur les besoins identifiés lors de la relance est élaboré.

Le schéma suivant illustre le cycle du PI-PSI à l'intérieur d'un épisode de services.

Figure 2 – Cycle du PII-PSI pour un usager à l'IRDPQ



3. LA DÉMARCHE SOUS FORME SCHÉMATISÉE

La démarche d'élaboration du PII débute par l'évaluation initiale des compétences, des problèmes et des attentes de l'utilisateur. Suite à cette évaluation, une concertation entre l'équipe, l'utilisateur et ses proches est réalisée afin de cibler les priorités d'intervention et d'identifier les moyens ainsi que la durée prévisible des interventions. Cette concertation est réalisée lors d'une rencontre de plan d'intervention. Le PII est mis en œuvre, et révisé régulièrement tant que des changements significatifs sont observés. Les figures suivantes illustrent la démarche du premier PII, ou PII initial puis de sa révision.

Figure 3 — PII initial

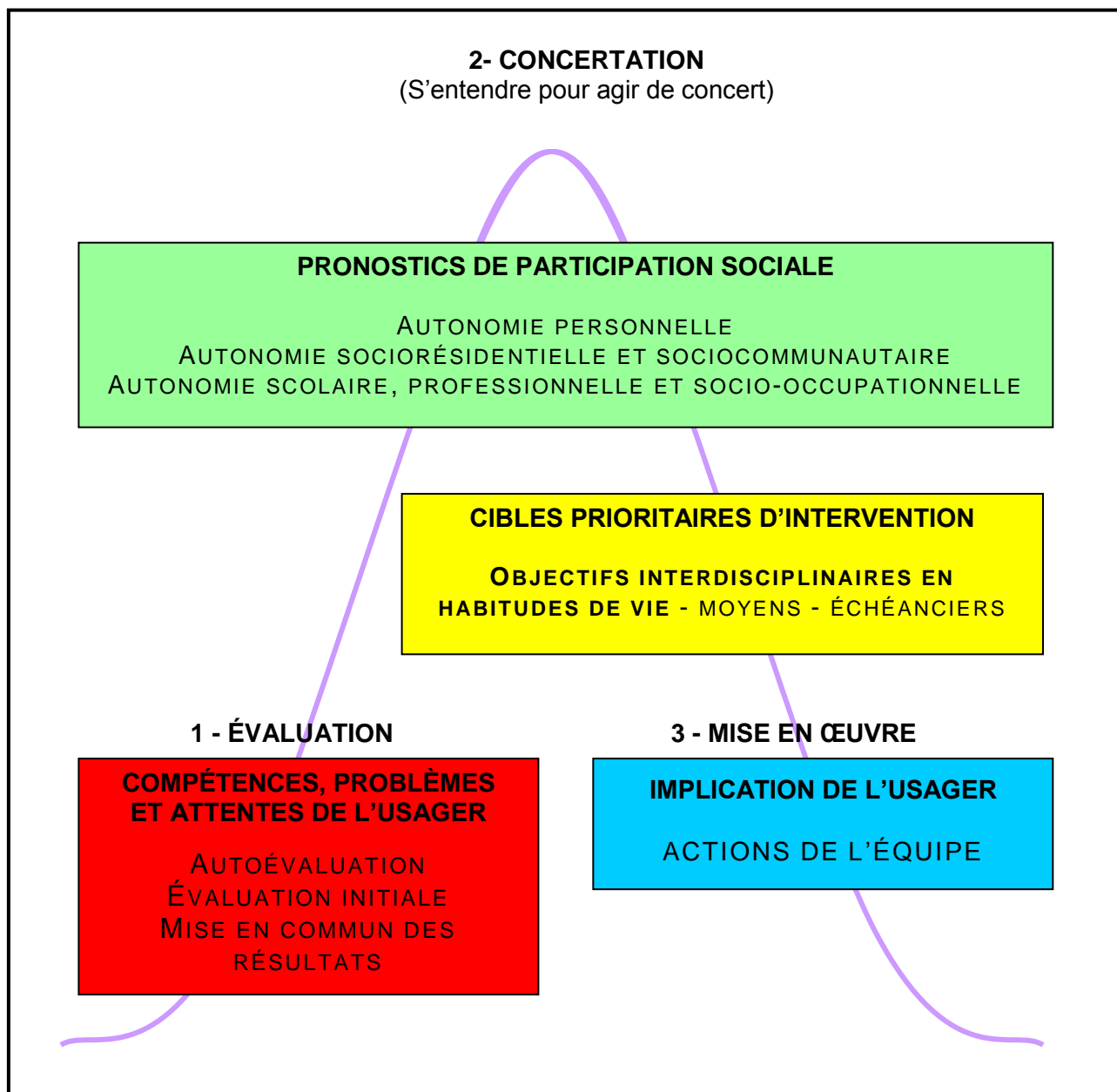
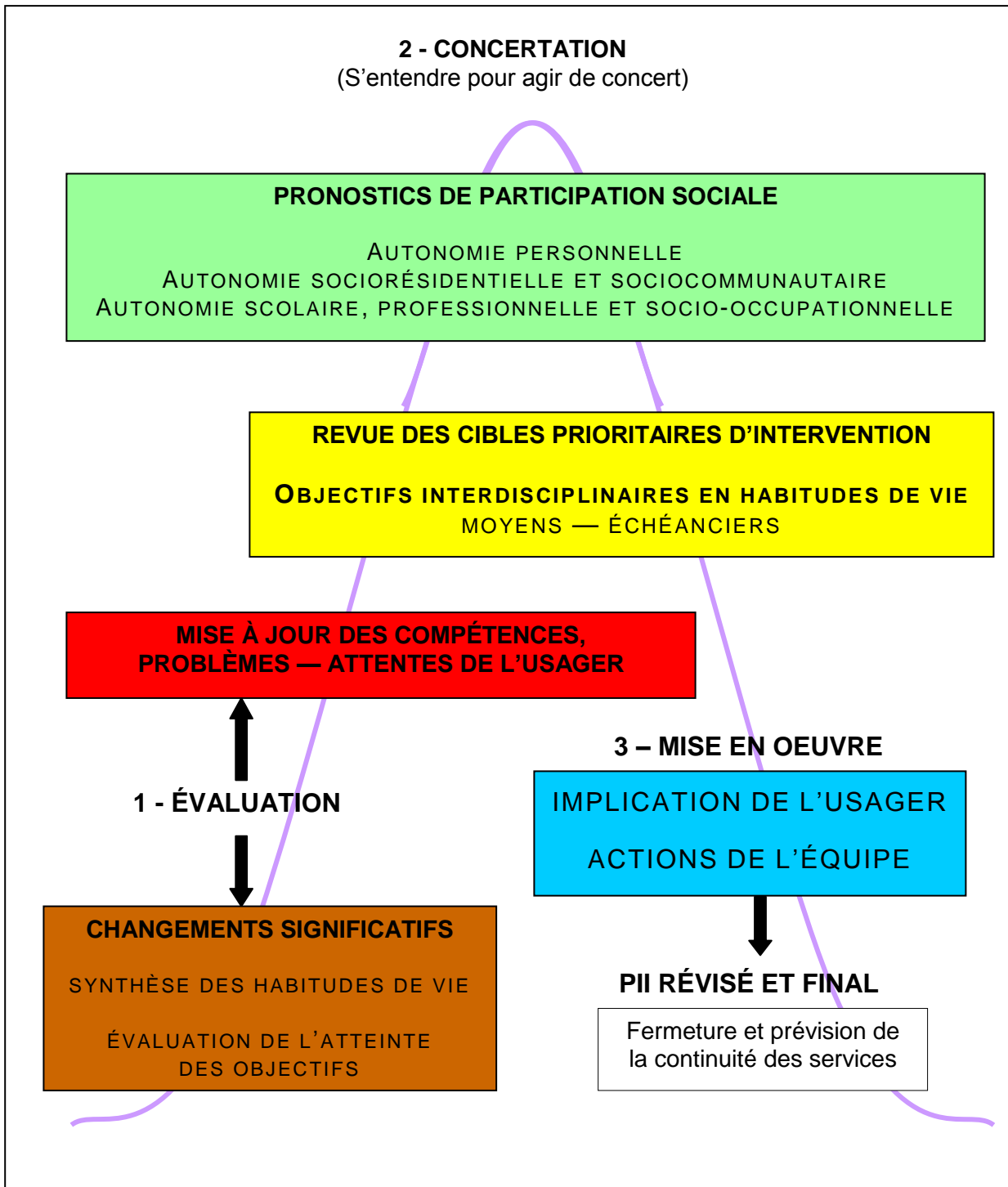


Figure 4 — PII révisés



4. LA DÉMARCHE ÉTAPE PAR ÉTAPE

Le lecteur est invité à se référer aux figures précédentes qui illustrent les trois grandes étapes de la démarche soit : l'évaluation, la concertation et la mise en œuvre.

4.1 Évaluation

4.1.1 Autoévaluation

Le processus d'évaluation d'un usager nécessite que ce dernier et ses proches expriment leurs perceptions et leurs opinions au regard de la situation actuelle. Ainsi, la connaissance des habitudes de vie et de leurs conditions de réalisation permettra à l'équipe de saisir le caractère unique et distinct de l'usager. À cet effet, des questions ouvertes peuvent être utiles, telles que : Que savez-vous de la maladie identifiée? Que comprenez-vous de la blessure subie? Qu'est-ce que les incapacités actuelles vous empêchent de faire? En quoi la situation actuelle nuit-elle à la réalisation de vos activités habituelles ou attendues? Qu'est-ce que cette situation signifie pour vous et vos proches au quotidien? De la même façon, il sera important d'amener l'usager et ses proches à identifier leurs compétences et leurs forces au quotidien. Ces éléments pourront servir de facilitateurs tout au long du processus de réadaptation et par le fait même nourrir la motivation et l'implication de l'usager et de ses proches.

De la connaissance et de la perception de l'usager et de ses proches découlent leurs attentes au regard de la réadaptation. Cette portion de l'autoévaluation permet à l'usager et à ses proches d'identifier les activités qu'il leur importe de réaliser afin de trouver un équilibre personnel, social, scolaire ou professionnel satisfaisant. L'expression par l'usager de sa perception de son évolution personnelle lui permettra de moduler ses attentes et d'encourager son autodétermination tout au long du processus de réadaptation. De plus, elles fourniront à l'équipe de l'information sur l'espoir, le cheminement, les priorités et les échéanciers anticipés par l'usager et ses proches. Enfin, les attentes constituent un levier de mobilisation pour l'usager, ses proches et l'équipe.

4.1.2 Évaluations disciplinaires

Les évaluations sont réalisées par chaque intervenant impliqué dans le processus de réadaptation de l'usager. Tout en respectant la spécificité de son champ d'action, l'intervenant s'appuiera sur le modèle du PPH, pour documenter les habitudes de vie perturbées ou à développer. Les évaluations comprendront l'analyse et l'interprétation des informations obtenues afin d'en dégager une impression clinique. Le résultat de cette analyse aidera à documenter les éléments du PII en prévision de la rencontre interdisciplinaire.

4.1.3 Identification des changements significatifs

Les changements significatifs traduisent globalement chez l'usager les modifications quant à l'intégrité de ses systèmes organiques, de ses capacités, de ses connaissances et de ses

comportements. Ces modifications doivent avoir un impact réel sur la réalisation des habitudes de vie pour être considérées comme étant significatives. Les changements peuvent être observés entre le moment de l'évaluation et celui de la rencontre du plan d'intervention initial ou révisé. Ils permettent de documenter l'évolution vers les pronostics établis. Ils appuient le maintien ou les modifications de ceux-ci, et par le fait même des objectifs interdisciplinaires.

4.1.4 Mise en commun des résultats

La mise en commun des résultats consiste à faire le bilan de l'autoévaluation, des évaluations disciplinaires et des changements significatifs afin de dégager un portrait global des compétences, des problèmes et des attentes de l'usager en relation avec les habitudes de vie perturbées ou à développer. Les compétences seront considérées dans une perspective de reconnaissance des forces de l'usager et de leur sollicitation future.

Exemples :

- Compétence : Paule démontre de la détermination et le soutien de l'entourage est adéquat. Problème : Cependant, elle ne peut réaliser les repas du midi et du soir en raison de la diminution de la concentration et de l'attention, de la fatigue, d'une diminution de la mobilité articulaire de l'épaule droite;
- Compétence : Jonathan a un tempérament joyeux et il accepte les apprentissages par le jeu. Les parents sont concertés dans leurs actions auprès de l'enfant. Problème : Il est incapable de boire au verre sans aide en raison d'un manque de coordination et de force;
- Compétence : Roger est reconnu pour être persévérant et positif. Problèmes : En raison d'une perte progressive d'audition, Roger a de la difficulté à participer activement aux réunions de service dans le cadre de son travail.

4.2 Concertation (s'entendre pour agir de concert)

4.2.1 Pronostics de participation sociale

4.2.1.1 Définition

Le pronostic de participation sociale est la prévision par une équipe interdisciplinaire du niveau probable d'autonomie personnelle, sociorésidentielle et sociocommunautaire et sur le plan de l'intégration scolaire, professionnelle et socio-occupationnelle après une période prévue de réadaptation. Il découle d'un raisonnement appuyé sur les évaluations, le jugement clinique des intervenants et l'évolution de l'usager. Il se discute dès le plan d'intervention initial en tenant compte des compétences, des problèmes, des attentes de l'usager et des changements significatifs observés en relation avec les habitudes de vie antérieures ou à développer.

Le pronostic de participation sociale s'arrime au pronostic médical et lui est complémentaire. Il s'inscrit dans un processus de prévision de la participation sociale de l'usager en tenant compte des facteurs personnels et environnementaux susceptibles d'influencer ses habitudes et son projet de vie. Il peut donc être influencé par des changements inattendus pouvant survenir tout au long de la réadaptation.

4.2.1.2 Processus d'élaboration

Le fondement premier est l'identification du plein potentiel de réadaptation afin que l'utilisateur développe ou réalise à la mesure de ses capacités l'ensemble des habitudes de vie significatives pour lui, sur le plan personnel, sociorésidentiel et communautaire, scolaire et professionnel.

Le pronostic devrait contenir, le cas échéant, trois énoncés décrivant, en matière de comportements observables, ce que l'individu devrait réaliser sur le plan :

- De son autonomie personnelle;
- De son autonomie sociorésidentielle et sociocommunautaire;
- De son intégration scolaire, professionnelle et socio-occupationnelle.

Ces comportements observables décrivent la réalisation prévisible des habitudes de vie dans le milieu naturel, en tenant compte des différentes capacités requises nécessaires à leur accomplissement. Par exemple, un comportement d'habillement est une habitude de vie qui implique, entre autres, les capacités suivantes : la motricité grossière, la motricité fine, le jugement et la séquence idéomotrice. Autre exemple, l'accomplissement du rôle parental est une habitude de vie qui implique différentes capacités comme le contrôle de l'impulsivité, le jugement, l'empathie, la continuité dans les actions, la gestion de l'énergie, l'organisation et la planification.

Le pronostic se distingue de l'objectif interdisciplinaire. Il est formulé pour faire ressortir son caractère de probabilité et n'inclut pas de critère de mesure de résultat. L'énoncé doit être formulé au conditionnel et positivement. Il doit être simple, court, direct et traduit en habitudes de vie. Toutefois, dans les situations où des limitations sont prévues, l'énoncé doit faire ressortir les éléments problématiques, en insistant sur les conditions de soutien nécessaires à un fonctionnement optimal de la personne dans son milieu naturel, par exemple, en citant les modes compensatoires requis.

Exemples de pronostic :

- *Autonomie personnelle*
Monsieur Gélinas devrait réaliser son hygiène personnelle avec des aides optiques et non optiques telles qu'un éclairage adapté et un miroir grossissant.
- *Autonomie sociorésidentielle et sociocommunautaire*
Monsieur devrait être en mesure de demeurer à domicile avec le soutien de sa conjointe pour les activités de la vie domestique.
- *Autonomie professionnelle et socio-occupationnelle*
Monsieur devrait réintégrer ses fonctions de maître de poste du village avec des aides compensatoires telles que télévisionneuse, loupe, éclairage adapté. Il devrait également être autonome pour ses activités de loisir en utilisant des aides compensatoires. Il devrait reprendre son activité de marche dans le village en utilisant les circuits recommandés.

4.2.1.3 Révision des pronostics

Les pronostics de participation sociale sont revus lors des PII révisés en fonction des changements significatifs observés et de la mise à jour des compétences, des problèmes et des attentes de l'utilisateur. Ils doivent tenir compte des modifications des facteurs personnels et

environnementaux. Les pronostics peuvent donc être confirmés, précisés ou modifiés selon l'évolution de la condition de l'utilisateur. Les modifications aux pronostics devront à leur tour avoir un impact sur les objectifs poursuivis.

Exemples :

- Monsieur Gélinas devrait être en mesure de se déplacer en marchant dans son quartier avec un accessoire à la marche;
- Madame Leclerc devrait préparer tous ses repas de façon autonome avec les adaptations proposées;

Dans le cas des enfants, la projection de participation sociale s'effectuera progressivement, en tenant compte de l'évolution et du processus de développement. Avant l'âge de cinq ans, le pronostic s'appuie davantage sur le développement des capacités fonctionnelles que sur les habitudes de vie. Avec le temps, les équipes pourront se prononcer sur la possibilité d'autonomie au point de vue personnel, sociorésidentiel, sociocommunautaire, scolaire, professionnel et socio-occupationnel.

Exemple :

- Simon devrait être en mesure d'intégrer l'école avec des mesures de soutien sur le plan de l'autonomie personnelle.

4.2.2 Cibles prioritaires d'intervention

L'identification des cibles prioritaires d'intervention consiste à explorer, avec l'utilisateur et les proches, les habitudes de vie qu'il leur importe d'acquérir ou de réaliser à nouveau et de les classer par priorités. Une discussion éclairée et objective entre l'utilisateur, ses proches et l'équipe vise à déterminer des priorités d'intervention réalistes.

4.2.3 Objectifs interdisciplinaires

4.2.3.1 Formulation des objectifs

Les objectifs découlent de la finalité envisagée dans les trois énoncés du pronostic en tenant compte de l'identification des compétences, des problèmes et des attentes de l'utilisateur. Ils doivent être formulés selon des critères définis de qualité et généralement reposer sur des habitudes de vie.

L'objectif interdisciplinaire traduit un résultat mesurable à atteindre, en ce qui concerne les connaissances, les attitudes, les comportements et les activités généralement en rapport avec les habitudes de vie de la personne. L'énoncé doit être personnalisé et correspondre à la situation de l'utilisateur ainsi qu'à son milieu de vie. Bien que peu souhaitable, il n'est pas exclu que certains énoncés soient standardisés. Toutefois, l'objectif doit demeurer porteur de sens et satisfaisant pour l'utilisateur. Il doit inclure une durée prévisible pour sa réalisation ainsi que le degré d'atteinte anticipé. La notion d'interdisciplinarité n'implique pas forcément que l'objectif doive être poursuivi par plus d'un intervenant. En effet, un objectif peut être d'intérêt interdisciplinaire même s'il est travaillé par un seul intervenant.

La formulation de l'objectif doit, dans son libellé, inclure :

- QUI (l'acteur visé par le changement)
- QUOI (le changement recherché)
- QUAND (l'échéancier)
- COMMENT (les moyens)

4.2.3.2 Les sept qualités d'un objectif interdisciplinaire mesurable

Schut et Stam (1994) ont précisé les qualités de base nécessaires à la rédaction des objectifs.

Tableau 1

Les sept qualités d'un objectif interdisciplinaire mesurable

1.	L'objectif est pertinent et motivant pour l'utilisateur.
2.	L'objectif exprime ce qui doit être accompli.
3.	L'objectif est formulé d'une manière positive.
4.	L'objectif comporte une habitude de vie ou des comportements observables chez l'utilisateur.
5.	L'objectif est compréhensible pour l'ensemble des acteurs.
6.	L'objectif peut être atteint et peut se planifier à l'intérieur d'un échéancier réaliste.
7.	Les objectifs incluent des conditions de réalisation de l'habitude de vie ou du comportement permettant de traduire un résultat mesurable, par : <ul style="list-style-type: none">• la description• l'intensité• la fréquence• le délai d'apparition

En début d'adaptation-réadaptation et chez les enfants, le contexte de l'intervention peut obliger les intervenants à formuler leurs objectifs en fonction des systèmes organiques ou des capacités plutôt que des habitudes de vie. Dans ces situations, il est recommandé de spécifier l'habitude de vie ciblée en rapport avec la capacité (exemple : améliorer l'équilibre pour préparer la marche à l'intérieur de la maison; améliorer l'équilibre pour préparer les transferts fauteuil roulant-lit chez les personnes tétraplégiques). La référence à l'habitude de vie tend à favoriser une action concrète par l'utilisateur.

4.2.3.3 Identification des moyens

Les moyens sont les actions, les stratégies ou les activités qui sont mises en œuvre par l'équipe en vue de produire les changements souhaités. Le choix des moyens est dicté par un souci d'efficacité et d'efficience. En effet, les moyens décrits dans le cadre du PII illustrent les choix d'action de l'équipe (incluant l'utilisateur et ses proches) susceptibles de contribuer à une progression de l'utilisateur.

L'exercice d'identifier les moyens est plus important qu'il n'y paraît à première vue. Tout d'abord, pour l'utilisateur, il s'agit d'une information importante qui permet de concrétiser les intentions de l'équipe en matière d'actions à son égard ou à l'égard de son environnement. Une identification claire des moyens améliorera sa compréhension des enjeux du PII et favorisera du même coup sa participation aux décisions et son implication dans la poursuite des objectifs visés.

Pour les membres de l'équipe, l'identification des moyens dans le PII deviendra le point de rencontre entre les objectifs unidisciplinaires contenus dans leurs PIU et les objectifs interdisciplinaires. En effet, les interventions unidisciplinaires concernent fréquemment des objectifs sur le plan des capacités et de l'environnement. Concrètement, l'identification des moyens unidisciplinaires dans le PII précise la contribution de chaque discipline à l'atteinte de l'objectif interdisciplinaire et permet ainsi de faire le pont avec les PIU. L'énoncé des moyens, même s'il doit décrire les modalités cliniques, peut regrouper des actions de plusieurs intervenants. Par exemple, le renforcement musculaire réalisé en physiothérapie et en éducation physique pourrait apparaître sous le vocable « exercices de renforcement musculaire ».

4.2.3.4 Exemples

Lors de la rencontre du PII, l'objectif est élaboré, les moyens et l'échéancier prévus sont identifiés. Lors du PII révisé ou du PII révisé final, le degré d'atteinte de l'objectif est évalué par l'utilisateur, ses proches et l'équipe. Les tableaux suivants fournissent des exemples selon le formulaire du PII de l'établissement.

Tableau 2

OBJECTIFS INTERDISCIPLINAIRES		HABITUDES DE VIE
Statut (S) A : Atteint PA : Partiellement atteint NA : Non atteint	OrientatOrientation (O) P : Poursuivre M : Modifier S : Suspendre A : Abandonner	Niveau de réalisation <ul style="list-style-type: none"> • Sans aide • Aide technique • Aménagement (tâche et/ou environnement) • Aide humaine ponctuelle • Aide humaine intense • Non applicable

Tableau 3

QUI	QUOI	QUAND	S	O
Madame Morin	Préparera ses trois repas par jour de façon autonome et sécuritaire.	Avant le 12/12/20__	PA	P
Moyens :	Exploration, identification et apprentissage de moyens compensatoires pour la lecture; recommandations pour l'éclairage, l'adaptation des ustensiles de cuisine et des appareils ménagers			
Degré de réalisation	Aides techniques et aide humaine ponctuelle			

Tableau 4

QUI	QUOI	QUAND	S	O
Jonathan	Réalisera ses soins personnels et son habillage avec supervision de façon sécuritaire.	Avant le 12/08/20__	A	
Moyens	Entraînement à la chambre, endurance à l'effort, coordination, aides techniques, régulation du comportement			
Degré de réalisation	Seul avec supervision			

Tableau 5

QUI	QUOI	QUAND	S	O
M. Dupuis	Connaîtra les techniques pour gérer sa douleur dans une perspective de confort au travail.	Avant le 31/08/20__	A	M
Moyens	Enseignement, exercices, soutien psychologiques			
Degré de réalisation	Sans aide			

Tableau 6

QUI	QUOI	QUAND	S	O
Amélie	Exprimera oralement ses besoins en utilisant au moins deux éléments à la garderie et à la maison.	Avant le 12/12/20__	PA	P
Moyens :	Entraînement des habiletés auditives et de communication, enseignement et suggestion d'activités aux parents, intégration au centre de stimulation deux jours par semaine, soutien aux intervenants du milieu de garde			
Degré de réalisation :	Aide humaine ponctuelle			

Tableau 7

QUI	QUOI	QUAND	S	O
Mme Leclerc	Réalisera les opérations courantes de son budget hebdomadaire de façon autonome.	Avant le 12/07/20__	NA	
Moyens :	Entraînement aux aides visuelles et au guichet, planification, agenda, stimulation de la confiance en soi			
Degré de réalisation :	Aide humaine intense			

4.3 Mise en œuvre du PII

La participation active de l'utilisateur est essentielle à la réalisation de son plan d'intervention interdisciplinaire. L'utilisation de moyens valables et compréhensibles pour l'utilisateur favorise une implication optimale de sa part. Une rétroaction continue entre l'utilisateur et l'équipe permet les ajustements nécessaires tant sur le plan des facteurs personnels qu'environnementaux.

4.3.1 Actions de l'équipe

À la suite de l'adhésion de l'utilisateur et de l'équipe au plan d'intervention interdisciplinaire élaboré, celui-ci est mis en œuvre par les moyens proposés initialement et par d'autres modalités qui peuvent s'ajouter ultérieurement selon l'évolution de la situation.

CONCLUSION

La mise à jour du guide apporte une clarification dans une perspective de cohérence, sans pour autant modifier les principes de base établis lors de sa première édition. Le plan d'intervention demeure un outil axé sur la participation de l'utilisateur à son processus de réadaptation.

Le guide se veut un document de référence pour les intervenants, les animateurs de plans d'intervention et les gestionnaires des programmes cliniques. Il sera un document d'accompagnement à la formation des nouveaux employés, formation prévue au calendrier de l'établissement. Il continuera également d'être utilisé avec les partenaires lors des formations réseau et sur mesure.

Le dynamisme des équipes cliniques, leur expérience dans l'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires, celle des usagers et de leurs proches, font évoluer les façons de faire. Des projets de recherche prometteurs sont amorcés. Nul doute que ce guide est encore appelé à évoluer, témoignant de l'évolution de la qualité des services à notre clientèle.

LEXIQUE

APPROCHE ÉCOSYSTÉMIQUE

L'approche écosystémique permet de comprendre le mode interactif de la personne avec son environnement, afin d'obtenir une vision élargie de sa participation sociale ainsi que de ses situations de handicap. L'approche écosystémique se fonde sur la volonté, les intérêts, les désirs et les objectifs de la personne, dans une optique d'autodétermination. En effet, la personne sera souvent la mieux placée pour utiliser les facilitateurs, identifier les obstacles présents dans son environnement et trouver des solutions. Les intervenants peuvent la soutenir dans ces démarches et l'aider à développer son pouvoir d'agir.

AUTODÉTERMINATION

Agir en tant qu'agent causal principal de sa vie, faire des choix et prendre des décisions concernant sa qualité de vie, libre d'influence externe exagérée ou d'interférence (Wehmeyer, 1994, *Self-determination and the empowerment of people with disabilities* [traduction libre]).

Concepts associés à la définition : appropriation, liberté de choix, vie autonome.

AUTONOMIE PERSONNELLE

Correspond aux habitudes de vie reliées à la prise de repas, à la condition corporelle, aux soins personnels, à la communication orale et aux déplacements restreints.

AUTONOMIE SOCIORÉSIDENTIELLE ET SOCIOCOMMUNAUTAIRE

Correspond aux habitudes de vie reliées à la préparation des aliments, à la gestion de l'alimentation, à la communication écrite, à la télécommunication, à la signalisation, à l'habitation, aux déplacements dans la communauté, à l'utilisation des moyens de transport, aux responsabilités financières, civiles et familiales, aux relations interpersonnelles, à la vie communautaire et aux loisirs.

AUTONOMIE SCOLAIRE, PROFESSIONNELLE OU SOCIO-OCCUPATIONNELLE

Correspond aux habitudes de vie reliées à l'éducation et au travail rémunéré ou non rémunéré.

DISCUSSION CLINIQUE

Rencontre clinique permettant l'échange d'informations concernant l'utilisateur. La discussion favorise le maintien de la concertation établie lors du PII et le raffinement des stratégies d'intervention. Elle peut avoir lieu avant le plan d'intervention initial ou entre les PII. Dans les situations où la discussion amène des changements sur le plan des pronostics et des objectifs, la discussion clinique se transforme en PII ou entraîne la planification d'un PII.

Termes équivalents : échange clinique, réunion clinique, discussion de cas, rencontre préscolaire, présentation de cas, pré plan d'intervention.

ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

Regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches (Hébert, 1997).

HABITUDE DE VIE

Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence (RIPPH, 1998).

PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII)

Le plan d'intervention interdisciplinaire est un outil de planification et de concertation par lequel un organisme ou un établissement, en fonction de sa mission ou de son mandat et avec la participation active de la personne ou de son représentant, fixe les objectifs à atteindre et gère les interventions nécessaires pour répondre à des besoins reliés à des facteurs personnels ou environnementaux déterminant la réalisation des habitudes de vie de cette personne.

PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE INITIAL

Premier plan d'intervention d'un usager ayant franchi les étapes du processus de demande de services dans un programme donné. Il fait suite aux évaluations initiales des intervenants impliqués. Il permet la mise en commun des informations disponibles, une première réflexion sur les pronostics de participation sociale et la mise en priorité des cibles d'intervention. Il inclut la durée prévisible des interventions.

PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE RÉVISÉ

Plan d'intervention faisant suite à un PII initial. Il permet l'échange des informations pertinentes sur les changements significatifs. Il conduit à la révision de l'ensemble des éléments du PII, y compris la durée prévisible des interventions. Plusieurs révisions dans un même épisode de services sont possibles.

PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISÉ

« Le plan de services individualisés est un outil élaboré à partir de l'évaluation des besoins d'un usager et avec la participation active de ce dernier et de ses proches. Cet outil permet la planification et la coordination des services offerts par l'Institut, en collaboration avec d'autres établissements ou organismes. Il détermine les besoins, les orientations, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront être fournis. Cette démarche vise l'intégration et le maintien de la personne dans son milieu et dans ses rôles sociaux, et s'étend sur une période prolongée. L'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation

entre eux, doit élaborer le plus tôt possible un PSI. Le coordonnateur du PSI a le mandat de coordonner les actions de tous les établissements et organismes impliqués. » (Politique sur les plans d'intervention - PIU/PII/PSI).

RELANCE

« La relance est une intervention planifiée qui vise à vérifier l'évolution de l'utilisateur dans son intégration et à prendre les actions qui s'imposent, s'il y a lieu (réévaluation, réadmission, référence à certaines ressources, programmes d'exercices, conseils, etc.). La relance est faite par un membre ou des membres de l'équipe multidisciplinaire de la programmation où l'utilisateur avait été admis ou inscrit. La relance se fait soit par téléphone, par correspondance ou par entrevue individuelle. » (Politique et procédures de gestion du dossier de l'utilisateur 2006). La relance peut donner lieu à une collaboration à un PSI, une intervention unidisciplinaire, un PII/PSI initial ou révisé ou une fermeture définitive de la demande de service. Plusieurs relances peuvent être prévues si la situation de l'utilisateur l'exige.

Terme équivalent : contrôle, suivi

RÉFÉRENCES

BLOUIN, Maurice, Caroline Bergeron et all. *Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : termes techniques d'évaluation*, Québec, Les Publications du Québec, 1995, p. 52.

RIPPH/SCCIDIH. *Classification québécoise – Processus de production du handicap*, 1998.

RIPPH. *Intégration du cadre conceptuel du PPH à la démarche des plans d'intervention individualisés*, septembre 2002.

SAAQ. *Guide d'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire*. Comité-conseil SAAQ de réadaptation en neurotraumatologie, mars 2000.

DSP-2002-32. *Politique sur les plans d'intervention (PIU/PII/PSI)*.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux. 1972.

DSP-1998-14 (révisée 2008 02 27). *Politique et procédures de gestion du dossier de l'usager*.