



Projet « Fusion Liège »  
Projet dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale

***Vade-mecum* pour l'utilisation du Plan de Services Individualisé (PSI) au sein du projet « Fusion Liège »**

## Table des matières

	<b>Page</b>
▪ Préambule.....	3
▪ Définition et objectifs du PSI.....	4
▪ Historique du choix de l'outil PSI au sein du projet « Fusion Liège » et arguments en faveur de celui-ci.....	5
▪ Utilité du PSI pour l'utilisateur, les intervenants, les partenaires et les gestionnaires..	7
▪ Quand mettre en place le PSI ?.....	8
▪ Fonction de référent du PSI : définition et rôle dans la pratique.....	9
▪ Le formulaire PSI et guide de l'utilisateur.....	11
▪ Exemples de PSI remplis.....	14

## Préambule

Ce document a pour objectif de décrire au mieux le fonctionnement du Plan de Services Individualisé (PSI) tel qu'utilisé par les partenaires du projet « Fusion Liège » de façon à ce qu'il soit interprété par chacun de la manière la plus collégiale possible dans la perspective d'une application et d'un partage par tous.

Pour rappel, le choix s'est porté sur le PSI de par son caractère souple, rassembleur et fonctionnel.

Le groupe de travail chargé par le Comité de Réseau du projet de rédiger le présent *vade-mecum* insiste sur le fait qu'il s'agit d'un outil « vivant », évolutif, qui nécessitera des adaptations au regard des expériences rencontrées sur le terrain.

Ce *vade-mecum* a pour but tant d'expliquer le cadre, la philosophie, que l'utilisation concrète de l'outil afin d'en faciliter sa diffusion. Pour ce faire, il se fondera, au-delà de la théorie, sur des exemples concrets.

Il sera procédé à des situations tests pendant le processus de diffusion et de systématisation. Il nous paraît essentiel que l'outil soit testé, critiqué et adapté si nécessaire en fonction des commentaires transmis par les équipes qui l'auront pratiqué et, ce, avant d'en faire une « bonne pratique », avalisée en tant que procédure du projet « Fusion Liège » par le Comité de Réseau.

Le groupe de travail insiste également sur l'importance du soutien et de l'implication active des directions des différents partenaires du projet dans le processus d'implémentation effective de l'outil, afin que sa pratique s'installe dans le fonctionnement quotidien des équipes une fois que l'outil sera formalisé et avalisé par le Comité de Réseau.

Notons que le groupe de travail ayant réalisé le présent *vade-mecum* inclus au moins un représentant d'un partenaire de chacune des 5 fonctions<sup>1</sup> du projet « Fusion Liège », dont des services de première ligne somatique, des services ambulatoires (SSM et CRF), hospitaliers (HP), des équipes mobiles, des services sociaux, des représentants d'associations de familles et/ou de proches, ainsi que la coordination de réseau du projet. Sa conception a également été pensée en articulation avec la concertation autour du patient psychiatrique financée par l'Inami telle que définie par l'Arrêté Royal du 27/03/2012 ; dont l'implémentation revient aux SISD (en l'occurrence au GLS<sup>2</sup>, SISD couvrant le même territoire d'action que le projet « Fusion Liège »). Les deux dispositifs sont donc complémentaires.

Toute information supplémentaire concernant le projet « Fusion Liège » ou le PSI peut être obtenue auprès de la coordination de réseau ou consultée aux coordonnées suivantes :

Didier KAMPFL  
coordinateur de réseau du projet « Fusion Liège »  
quai des Ardennes 24, B-4020 Liège  
Tél : 04/344 68 14  
Fax : 04/344 28 87  
[info@psy107liege.be](mailto:info@psy107liege.be)  
[www.psy107liege.be](http://www.psy107liege.be)

---

<sup>1</sup> Voir *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, pages 10-11, [www.psy107.be](http://www.psy107.be)

<sup>2</sup> Pour toute information : GLS, rue de Chestret 1 à B-4000 Liège. Contact : 04/226 88 64 ou 0473/76 06 31, mail : [glsasbl@skynet.be](mailto:glsasbl@skynet.be)

## Définition et objectifs du PSI

Le PSI a été développé au Québec, où le Ministère de la Santé et des Services Sociaux l'a défini comme suit :

*« Le plan de services individualisé est une démarche qui, par la participation active de la personne et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation concertée des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale, tout en assurant sa protection »*

Ainsi, le PSI a pour objectifs<sup>3</sup> :

- D'assurer l'adhésion et la participation de la personne et de ses proches à toutes les étapes de la démarche du PSI
- D'assurer à la personne la complémentarité et la continuité des interventions cliniques et d'en diminuer les duplications
- De favoriser l'adaptation des services aux valeurs, besoins et attentes exprimés par la personne et ses proches
- De mettre en commun l'information recueillie lors des diverses évaluations afin de dégager une vision commune, objective et professionnelle de la situation de la personne
- De préciser les mandats et les rôles des différents partenaires
- D'identifier un intervenant pour assurer la coordination et la révision du PSI (réfèrent)

---

<sup>3</sup> « Au cœur du PSI : la personne et ses proches », 3<sup>ème</sup> révision adoptée par la Table de Coordination du Réseau de la santé des services d'Estrée (TCRE), 19 juin 2009

## Historique du choix de l'outil PSI au sein du projet « Fusion Liège » et arguments en faveur de celui-ci :

Le comité de fonction 1 (relative aux activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic) a proposé le choix de l'outil PSI comme moyen de collaboration interservices. Il a été soumis aux autres comités de fonction<sup>4</sup> ainsi qu'au comité de réseau qui a avalisé la création d'un outil commun.

Il se veut être une «bonne pratique» dans le concept de la réforme qui nous occupe en facilitant la structuration des collaborations par son intégration dans le réseau des ressources existantes, dans le but de maintenir autant que possible les personnes dans leur milieu de vie.

Il nous paraît effectivement important pour la réussite de cette réforme de mettre en collaboration toutes les ressources entrant en ligne de compte, à savoir le logement, la santé, la culture, la formation, les loisirs, l'emploi... (nous nous inscrivons aussi dans une dynamique de travail avec le réseau naturel de la personne).

Cette démarche se veut positive et constructive. Il s'agit de mettre l'accent sur l'intégrité et les forces de la personne plutôt que sur la maladie. L'approche est globale, holistique et doit permettre l'accès à la citoyenneté.

Il s'agit, de par l'implémentation de cet outil d'augmenter la pertinence et l'efficacité future de nos actions au profit de l'utilisateur et de son intégration dans notre société.

Les arguments que nous pouvons mettre en avant plaidant en faveur de cet outil sont notamment :

- il recense les services impliqués et leurs coordonnées
- il s'agit d'un outil de communication et de concertation entre toutes les parties, y compris les proches, intervenant dans l'intérêt de l'utilisateur
- il concrétise et systématisé le partenariat existant
- il réduit les appréhensions et les préjugés des différentes parties
- il définit en termes clairs une finalité d'intervention et des objectifs opérationnels intermédiaires personnalisés (nous insistons sur cette notion afin d'éviter des objectifs trop flous du type « trouver un travail », « trouver un logement », ...)
- il détermine la coopération au sujet des moyens mis en œuvre, des tâches, des ressources de chacun et facilite la compréhension de ce que font les autres partenaires
- il coordonne, formalise et planifie les interventions complexes par la réponse aux besoins de l'utilisateur requérant de multiples services (qu'ils soient de nature sanitaire, éducative, psychosociale, psychologique ou professionnelle)
- il ne comprend pas d'informations confidentielles de nature à en restreindre la diffusion potentielle
- il est élaboré avec l'utilisateur et consigne les objectifs de chaque institution/service
- il est évolutif, modulable et souple
- il définit et priorise des objectifs pragmatiques propres à chaque intervenant par rapport à la demande ou en accord avec l'utilisateur (dynamique de co-construction)

---

<sup>4</sup> Voir *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, pages 10-11, [www.psy107.be](http://www.psy107.be)

-il est prévu pour être évalué périodiquement et adapté jusqu'à ce que la finalité d'intervention soit rencontrée. Il détermine ainsi des échéances et des moments de réévaluations

-il interpelle les services manquants en fonction des besoins

-il amène les partenaires à négocier leurs divergences d'opinion pour faire apparaître les complémentarités et aboutir à un consensus

-la caractéristique fondamentale du partenariat est son caractère transdisciplinaire. Chacun accepte d'être apprenant de l'autre en considérant ses arguments et en s'autorisant à les critiquer en vue d'arriver à une décision qui sied à tout le monde

-l'utilisateur n'est pas un simple consommateur d'aide mais le partenaire central dans l'élaboration de ses projets et de leur mise en œuvre

-la confiance partagée entre professionnels peut également être transmise aux usagers

Tous ces éléments font du PSI un outil permettant de concrétiser le travail en réseau et, par-là, correspond pleinement à la logique de la réforme.

## Utilité du PSI pour l'utilisateur, les intervenants, les partenaires et les gestionnaires<sup>5</sup>

De façon plus systémique, le PSI est utile :

### **a) D'abord à l'utilisateur**

Car il favorise l'expression de ses besoins et attentes en lien avec ses aspirations et son projet de vie, suscite sa participation et sa responsabilisation, et facilite l'accès aux soins et services requis. L'engagement mutuel entre la personne et ses dispensateurs de soins et services est ainsi concrétisé par une entente formalisée.

### **b) Aux intervenants et aux partenaires concernés**

Car cette démarche favorise la concertation, la communication, la complémentarité et le partenariat. L'élaboration du PSI permet également aux intervenants et aux partenaires de préciser et de mieux cibler les objectifs généraux, les mandats et les activités à réaliser et de déterminer l'orientation des services. Le PSI favorise l'émergence de solutions créatives adaptées et personnalisées aux besoins d'une personne.

### **c) Aux gestionnaires et aux établissements**

L'analyse des PSI permet de connaître les besoins de la clientèle, d'ajuster l'offre de service, de pondérer la charge de travail des intervenants. L'élaboration de PSI peut aussi constituer une des normes de qualité pour un établissement.

### **Principes qui sous-tendent la préparation du plan de Services Individualisé<sup>6</sup>**

Le PSI doit être basé sur un partage de valeurs communes véhiculées par les établissements et les partenaires, soit dans leurs plans d'organisation, leurs missions, leurs codes d'éthique, leurs approches cliniques mais aussi les codes de déontologie professionnels, etc.

Au-delà des procédures et des instruments qui lui donneront sa forme, le PSI n'aura de sens que s'il est construit à partir d'une approche-client (centrée sur l'utilisateur). La démarche relative au PSI s'inscrit dans un processus clinique bien défini et partagé par l'ensemble des partenaires qui y contribuent selon ces valeurs et principes de base suivants :

- la participation active de l'utilisateur et sa reconnaissance comme partenaires à part entière dans l'élaboration du PSI
- la présomption de compétence de la personne dans l'affirmation de ses valeurs, besoins et attentes, et son pouvoir sur son PSI
- une approche personnalisée qui respecte les besoins de la personne, ses capacités, ses aspirations ainsi que l'environnement dans lequel elle évolue
- l'engagement et la collaboration des partenaires, incluant les proches choisis par la personne
- le partage des responsabilités et des pouvoirs entre tous les partenaires du PSI

Le PSI est fondé sur une démarche d'accompagnement de la personne, lui donnant une place prépondérante dans les décisions qui la concerne. Contrairement à une approche de prise en charge, le PSI met l'accent sur les compétences de la personne plutôt que ses limites. Le PSI d'une personne évolue également au rythme de ses besoins.

---

<sup>5</sup> D'après « Au cœur du PSI : la personne et ses proches », TCRE, 19 juin 2009

<sup>6</sup> Ibid.

## **Quand mettre en place le PSI ?**

- Quand il y a besoin de concertation et qu'au-moins deux services sont concernés
- Quand une coordination des actions est indiquée. Autrement dit ce sont les objectifs à poursuivre qui déterminent l'opportunité de l'utilisation de l'outil. Par conséquent, son utilisation n'est pas systématique
- A chaque nouvelle concertation, il est actualisé. Rappelons qu'il est prévu pour être évalué périodiquement et adapté jusqu'à ce que la finalité d'intervention soit rencontrée. Il détermine ainsi des échéances et des moments de réévaluations

Il n'est plus opportun soit lorsque les objectifs sont atteints, soit lorsque les critères d'indication ne sont plus rencontrés.

## Fonction de Référent du PSI : définition et rôle dans la pratique

La pérennité d'un tel outil dans le décours d'une prise en charge passe nécessairement par la présence d'un garant, d'un référent.

### Définition :

La notion de référent s'inscrit dans une dynamique de travail qui vise la responsabilisation de chaque professionnel dans le décours de la prise en charge globale.

Il veille à l'utilisation intégrée dans une même démarche, des différentes ressources disponibles dans le réseau, afin d'optimiser les services rendus aux bénéficiaires.

Il est le pivot de la coordination et de sa formalisation lors de concertations associant l'utilisateur et les structures intervenant dans la situation.

### Concrètement, le référent :

- a une position de fil conducteur et de relais
- s'assure du consentement éclairé de l'utilisateur concernant le partage de l'information
- organise les rencontres et invite les différents partenaires
- s'assure de la logistique (lieu, accueil,...)
- veille à la bonne compréhension du PSI par l'utilisateur, ses proches et les différents partenaires (professionnels et autres)
- est le «gardien du temps» de la réunion
- donne et garantit une place centrale à l'utilisateur
- s'assure que les objectifs des professionnels rencontrent bien les objectifs de l'utilisateur
- met en mots les différents objectifs ratifiés par les partenaires
- met en forme le PSI et le transmet aux différents acteurs
- invite les différents partenaires à se réunir dans le cadre d'une réévaluation (échéance)

### Qui peut être référent du PSI ?

Tout d'abord, il convient de préciser qu'il est bien question ici uniquement de la notion de référent spécifique à l'outil PSI et des tâches (décrites *supra*) y afférentes, pas de l'ensemble de la trajectoire d'une personne.

Lors de la première réunion pour établir le premier PSI, il s'agit le plus souvent de la personne qui a sollicité la concertation.

- Toute personne participant à la concertation peut être désignée comme référent. Celui-ci peut changer dans le décours de la prise en charge
- Le référent est reconnu par l'utilisateur, avec qui il a une relation de confiance, et son choix est validé par les participants à la concertation



4. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

Objectifs (définir sous forme d'un comportement attendu de l'utilisateur)	Ressources	Echéance de réévaluation	Evaluation des objectifs	Commentaires

4bis.

Dispositions en cas de crise :

5. PROCHAIN P.S.I. : .....

Pour une utilisation aisée, un formulaire vierge se trouve juste avant les exemples de PSI remplis et est également téléchargeable sur le site : [www.psy107liege.be](http://www.psy107liege.be)

➤ **Guide de l'utilisateur Page #1 :**

- **A la description de la situation** (ex : désinsertion socio-professionnelle), nous associons des hypothèses explicatives que sont **les facteurs constitutifs de la problématique** (ex : consommation produits illicites, anxiété massive, isolement et pauvreté du réseau de support social...). Il importe d'identifier également les points positifs de la personne et/ou de la situation.

Pour rappel, ceci se construit dans le cadre d'une réflexion transdisciplinaire à laquelle participe tous les acteurs présents lors du PSI (chacun s'approprie la problématique général). Il s'agit donc d'une réflexion générale sur base des éléments dont on dispose

- **1: A la problématique générale** (ex : désinsertion socio-professionnelle) correspond la **finalité** de l'intervention : nous proposons, par souci pratique, quatre items à cocher, à savoir : amélioration de la santé - insertion sociale - insertion à caractère professionnel - autres.
- **2: Aux facteurs constitutifs** (ex : consommation, anxiété, isolement social..) correspondent les **objectifs généraux** (ex : promouvoir l'abstinence, améliorer gestion des émotions, assurer une stabilité thymique, développement d'un réseau de support social...)
- **3: Les objectifs généraux** seront déclinés, priorisés sous forme d'**objectifs intermédiaires**. (page 2 du PSI)

Ces objectifs intermédiaires constituent en quelque sorte des phases ou des étapes qui mènent à un objectif général. Ils sont écrits sous forme de verbes, d'actions quantifiables et en termes de comportements (ex : Mr utilisera seul les transports en commun, Mr s'inscrira dans un club sportif, Mr prendra des rendez vous réguliers auprès de sa psychologue, Mr fréquentera régulièrement le service « XY »)

**Attention à la confusion des moyens et des objectifs !**

Il est essentiel de comprendre qu'un objectif atteint (ex : trouver un psychiatre traitant) devient un moyen (travailler la compliance au traitement) et ainsi de suite (ex : la compliance au traitement va permettre l'intégration dans un service d'insertion sociale, etc...). Ainsi, l'objectif atteint devient une ressource sur le chemin du rétablissement.

Rappelons que les objectifs retenus seront finalement répartis entre les différents partenaires. Ils existent sur base des besoins de la personne, de ses forces et des ressources disponibles.

➤ **Guide de l'utilisateur Page # 2 :**

Cette réunion d'opérationnalisation doit permettre à chacun d'avoir une vue claire des objectifs et de la finalité du PSI, des moyens mis en œuvre, des échéances et des responsabilités, de s'entendre sur les attitudes de chacun, les horaires et le planning des réunions suivantes.

**De façon plus détaillée pour le point 4:**

- Dans la première colonne (objectifs), il est important que les objectifs soient définis sous forme de verbes relatifs à un comportement attendu de l'utilisateur (ex : Mr prendra ses médicaments quotidiennement). Il est important, dans la mesure du possible de préciser davantage en y ajoutant le cadre, les circonstances, des critères, des précisions... (ex. : chaque matin, après avoir pris sa douche, Mr prendra ses médicaments)
- Dans la deuxième colonne (ressources), apparaissent les services, prestataires ou personnes qui œuvrent à l'atteinte de l'objectif. Il est intéressant de spécifier le type

d'activité proposé. Il est également recommandé d'identifier les éventuelles ressources communautaires, de proximité et les services à mobiliser pour rencontrer les objectifs de la première colonne (ex : une maison médicale se trouve à 100 mètres du domicile de M. X, celle-ci pourrait accompagner la prise de médicaments)

-La troisième colonne (échéance de réévaluation) correspond à la date envisagée de la concrétisation de l'objectif

-La quatrième colonne (évaluation de l'objectif) permet de voir si les objectifs fixés en réunion d'opérationnalisation sont atteints (il faut donc évaluer tous les objectifs fixés). Si oui, par quels objectifs sont-ils remplacés ou bien le programme peut-il être considéré comme terminé ? Si non, pourquoi les objectifs ne sont-ils pas couverts ?; sont-ils pertinents ?; faut-il les remplacer ou les poursuivre, de la même façon ou par d'autres moyens ? Cette colonne est sans objet lors du premier PSI.

-La cinquième colonne (commentaires) permet un complément d'information à la colonne précédente ; elle permet de mentionner d'éventuelles remarques et nuances utiles en lien avec l'objectif en question

- **4bis Dispositions en cas de crise :**

Il s'agit de tout renseignement concret utile (procédure, personne de contact, contre-indication, ...) permettant d'optimiser la gestion de la situation en cas de crise. Ainsi, la crise se définit comme l'incapacité pour l'utilisateur de réagir à une rupture d'équilibre compromettant la poursuite de son parcours (détérioration de la situation, aggravation de la symptomatologie, ...).

Notons toutefois que lorsque la concertation peut être validée dans le cadre du dispositif géré par le GLS (cadre Inami, voir page 3 à ce sujet), ce champ doit impérativement être rempli.

- **5 Prochain PSI :**

Il s'agit là d'une réunion de mise à jour ; elle rassemble les mêmes personnes que la réunion d'opérationnalisation et vise à examiner avec l'utilisateur son évolution dans les différentes dimensions de la prise en charge. Plus précisément, la révision permet :

- de s'enquérir de la satisfaction de l'utilisateur au regard de la mise en œuvre du PSI : services rendus, objectifs poursuivis, résultats obtenus
- d'apprécier l'impact des actions posées par chacun des partenaires du PSI
- de décider, avec l'utilisateur, de la pertinence de fixer de nouveaux objectifs
- d'ajuster les actions en fonction de l'évolution des besoins.

D'autres personnes peuvent se joindre ou se retirer du groupe en fonction de l'évolution des objectifs.

L'idéal est de consacrer les 15 dernières minutes de la rencontre à mettre en mots ce qui a été décidé, d'écrire ensemble le PSI de façon à être d'accord sur le contenu de celui-ci.

## Exemples de PSI remplis

Les exemples de PSI qui suivent sont strictement fictifs, toute ressemblance avec des personnes et/ou services existants serait pure coïncidence.

Par ailleurs, il importe de souligner que les exemples repris dans le présent *vade-mecum* ne représentent nullement une illustration d'une trajectoire de soins idéale ou supposée telle, mais servent uniquement à illustrer la logique d'utilisation de l'outil qu'est le PSI.

Pour la bonne compréhension des exemples qui suivent, il convient de savoir que ceux-ci se fondent sur un exemple fictif, celui de Jean Dupont, dont le parcours imaginé est celui d'une décompensation psychotique entraînant un séjour en hôpital psychiatrique. Le groupe de travail a imaginé qu'à ce moment, M Dupont serait chercheur d'emploi. Ensuite une trajectoire menant M Dupont vers une IHP avec un suivi en CRF a été retenue, pour évoluer vers une intégration d'un logement individuel avec un processus de réhabilitation incluant les domaines professionnel, des soins, sociaux et des loisirs. Bien entendu, les trajectoires réelles observées dans la clinique quotidienne peuvent être beaucoup plus complexes ; mais il faut rappeler que les présents exemples ne servent qu'à illustrer la technique d'utilisation de l'outil. Toute information supplémentaire par rapport à ces exemples peut être demandée auprès de la coordination de réseau du projet « Fusion Liège » (coordonnées : voir page 4)

Voici les exemples dans l'ordre chronologique :

### Plan de Services individualisé

Les informations contenues dans le PSI sont couvertes par le secret professionnel. Le partage d'informations est nécessaire par la seule poursuite des objectifs élaborés dans celui-ci

DATE : 06/04/2012

### Identité de l'utilisateur: (\* voir bas de page)

Nom, prénom : DUPONT JEAN

Date de naissance : 01/01/1980

Représentants légaux :

Référent PSI : PATRICK DURAND

(convoque et anime la réunion, rédige le PSI)

Date 1<sup>er</sup> PSI : 06/04/2012

### Identification des services et des personnes concernées (y compris l'utilisateur et les proches) :

Dénomination	Personne de contact et fonction	Adresse de contact du service	Téléphone/mail	Disponibilités	Présent
Usager	Jean Dupont	Rue de la liberté 4, 4020 Liège	0479/555 31 32 <a href="mailto:Jean.dupont@gmail.usa">Jean.dupont@gmail.usa</a>		Oui
Famille	Marie Dupont, mère	Rue de la liberté 4, 4020 Liège	04/555 21 34 0479/555 29 34		Oui
Hôpital Psychiatrique (HP)	Patrick Durand, infirmier	Rue du chantier 1, 4000 Liège	04/555 00 12 <a href="mailto:Patrick.durand@hopital.be">Patrick.durand@hopital.be</a>	En matinée	Oui
Hôp Psy (HP)	Henry Lebrun, psychiatre	Rue du chantier 1, 4000 Liège	04/555 00 01 <a href="mailto:Henry.lebrun@hopital.be">Henry.lebrun@hopital.be</a>	Lundi et mardi	Non
Hôp Psy (HP)	Julie Vanluik, assistante sociale	Rue du chantier 1, 4000 Liège	04/555 00 24 <a href="mailto:Julie.vanluik@hopital.be">Julie.vanluik@hopital.be</a>	Lundi au vendredi (sauf mercredi après-midi)	Oui
SPAD	Julien Blanc, psychologue	Rue des platanes 266, 4040 Herstal	04/555 69 69 <a href="mailto:Julien.Blanc@spad.be">Julien.Blanc@spad.be</a>	Lundi – mercredi - vendredi	Oui
Médecin généraliste	Louis Petit	Place des peupliers 30, 4000 Liège	0479/555 82 72 <a href="mailto:Docteur.petit@cabinet.com">Docteur.petit@cabinet.com</a>	8h-9h et 17h-19h	Non

1. **DESCRIPTION DE LA SITUATION ET DES FACTEURS CONSTITUTIFS** (état des lieux pragmatique - points positifs et négatifs - sans élément de type diagnostic médical)

La mère de M. Dupont et le Dr Petit ont suggérés un séjour à l'HP, auquel il consent, suite aux inquiétudes liées à divers éléments qui les ont alarmés (hygiène corporelle dégradée, hallucinations visuelles, repli sur soi, s'enferme dans sa chambre, consommation d'alcool, rythme de vie perturbé car reste en permanence devant son ordinateur, irritabilité et agressivité envers ses proches). M. Dupont a 7 années d'expérience dans l'horeca et souhaite collaborer à la prise en charge pour aller mieux. Il est passionné d'automobiles.

2. **FINALITÉ** (résultats attendus de l'intervention commune, envisagés sur le long terme)

X amélioration de la sante

X insertion sociale

X insertion a caractère professionnel

O autre : .....

3. **OBJECTIFS GÉNÉRAUX** (en regard des facteurs constitutifs et déclinables en objectifs intermédiaires)

Améliorer l'hygiène de vie

Renouer avec un réseau social

Réduire ou arrêter la consommation d'alcool

Mieux gérer le temps consacré à l'ordinateur

Apaiser les relations familiales

Traiter les hallucinations

\* La gestion de la confidentialité concernant l'identité de l'utilisateur incombe à chaque service partenaire

4. **OBJECTIFS INTERMEDIAIRES**

Objectifs (définir sous forme d'un comportement attendu de l'utilisateur)	Ressources	Echéance de réévaluation	Evaluation des objectifs	Commentaires
M Dupont rétablira un rythme veille/sommeil approprié (levé entre 7h00 et 9h00 et une nuit de 8 heures de sommeil en moyenne)	Equipe infirmière HP	15 jours		
M Dupont prendra une douche quotidienne	Module hygiène du service de l'HP	15 jours		Attirer l'attention sur l'intérêt d'une bonne hygiène corporelle
M Dupont connaîtra sa maladie, de façon à mieux la gérer	Module psychoéducation donné par le psychologue en HP	2 mois		
M Dupont prendra une médication adaptée	Entretiens individuels et de famille avec le psychiatre	1 mois		En coordination avec le médecin traitant de M Dupont
	Le psychiatre de l'HP	Prochain PSI		
M Dupont visitera des IHP pour prendre connaissance du type d'accompagnement proposé en vue d'une autonomisation future	L'assistante sociale et une équipe SPAD	Prochain PSI		
M Dupont régularisera sa situation administrative	L'assistante sociale			

5. **PROCHAIN P.S.I.** : .....06/06/2012.....

### Plan de Services individualisé

Les informations contenues dans le PSI sont couvertes par le secret professionnel. Le partage d'informations est nécessaire par la seule poursuite des objectifs élaborés dans celui-ci

DATE : 06/06/2012

### Identité de l'utilisateur: (\* voir bas de page)

Nom, prénom : DUPONT JEAN  
Date de naissance : 01/01/1980  
Représentants légaux :

Référent PSI : PATRICK DURAND  
(convoque et anime la réunion, rédige le PSI)  
Date 1<sup>er</sup> PSI : 06/04/2012

### Identification des services et des personnes concernées (y compris l'utilisateur et les proches) :

Dénomination	Personne de contact et fonction	Adresse de contact du service	Téléphone/mail	Disponibilités	Présent
Usager	Jean Dupont	Rue de la liberté 4, 4020 Liège	0479/555 31 32 <a href="mailto:Jean.dupont@gmail.com">Jean.dupont@gmail.com</a>		Oui
Famille	Marie Dupont, mère	Rue de la liberté 4, 4020 Liège	04/555 21 34 0479/555 29 34		Non
Hôpital Psychiatrique (HP)	Patrick Durand, infirmier	Rue du chantier 1, 4000 Liège	04/555 00 12 <a href="mailto:Patrick.durand@hopital.be">Patrick.durand@hopital.be</a>	En matinée	Oui
Hôp Psy (HP)	Henry Lebrun, psychiatre	Rue du chantier 1, 4000 Liège	04/555 00 01 <a href="mailto:Henry.lebrun@hopital.be">Henry.lebrun@hopital.be</a>	Lundi et mardi	Oui
Hôp Psy (HP)	Julie Vanluik, assistante sociale	Rue du chantier 1, 4000 Liège	04/555 00 24 <a href="mailto:Julie.vanluik@hopital.be">Julie.vanluik@hopital.be</a>	Lundi au vendredi (sauf mercredi après-midi)	Non
IHP du Coin	Jacqueline Charlier, coordinatrice	Rue du Coin 58, 4100 Seraing	04/555 96 47 <a href="mailto:info@ihpcoin.be">info@ihpcoin.be</a>	10h00 – 12h00	Oui
Médecin généraliste	Louis Petit	Place des peupliers 30, 4000 Liège	0479/555 82 72 <a href="mailto:Docteur.petit@cabinet.com">Docteur.petit@cabinet.com</a>	8h-9h et 17h-19h	Non
CRF	Julien Petit, psychologue	Rue de l'Eglise 44, 4030 Grivegnée	04/555 87 45 ou 0475/55 58 57 <a href="mailto:j.petit@crfsympa.be">j.petit@crfsympa.be</a>	9h-11h et 14h-16h les lundi-mardi-jeudi	Oui

#### 1. DESCRIPTION DE LA SITUATION ET DES FACTEURS CONSTITUTIFS (état des lieux pragmatique - points positifs et négatifs - sans élément de type diagnostic médical)

Depuis son arrivée à l'hôpital, M Dupont a retrouvé un bon dynamisme, a tissé des liens positifs avec d'autres patients, mais les relations familiales restent compliquées, ce qui exclut un retour immédiat à domicile. Le traitement pharmacologique mis en place apaise et réduit les hallucinations.

#### 2. FINALITÉ (résultats attendus de l'intervention commune, envisagés sur le long terme)

X amélioration de la santé

X insertion sociale

X insertion à caractère professionnel

O autre : .....

#### 3. OBJECTIFS GÉNÉRAUX (en regard avec les facteurs constitutifs et déclinables en objectifs intermédiaires)

Améliorer l'hygiène de vie

Intégrer un logement adapté

Renouer avec un réseau social

Développer des loisirs

Réduire ou arrêter la consommation d'alcool

Elaborer un projet professionnel réaliste

Mieux gérer le temps consacré à l'ordinateur

Apaiser les relations familiales

Traiter les hallucinations

\* La gestion de la confidentialité concernant l'identité de l'utilisateur incombe à chaque service partenaire

#### 4. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

Objectifs (définir sous forme d'un comportement attendu de l'utilisateur)	Ressources	Echéance de réévaluation	Evaluation des objectifs	Commentaires
Rythme veille/sommeil	Equipe infirmière HP	15 jours	OK	Objectif atteint après 6 semaines au lieu des 2 prévues  Un rappel régulier reste nécessaire  Les entretiens de famille ont permis aux parents de M Dupont d'intégrer une association de proches  M Dupont marque une préférence pour un appartement supervisé de l'IHP du Coin  M Dupont a désormais le statut OMNIO
M Dupont prendra une douche quotidienne	Module hygiène du service de l'HP	15 jours	OK	
M Dupont connaîtra sa maladie, de façon à mieux la gérer	Module psychoéducation donné par le psychologue en HP	2 mois	En cours	
M Dupont prendra une médication adaptée	Entretiens individuels et de famille avec le psychiatre	1 mois	OK	
M Dupont visitera des IHP pour prendre connaissance du type d'accompagnement proposé en vue d'une autonomisation future	Le psychiatre de l'HP	Prochain PSI	OK	
M Dupont régularisera sa situation administrative	L'assistante sociale et une équipe SPAD	6 mois	OK	
M Dupont clarifiera un projet professionnel, améliorera ses compétences sociales (relations interpersonnelles, se présenter à un employeur, demander de l'aide efficacement)	L'assistante sociale	7 jours		
M Dupont intégrera l'IHP	Ergothérapeute du CRF, l'agent d'insertion	2 mois		
M Dupont listera ses loisirs en lien avec sa passion automobile		6 mois		
M Dupont travaillera pour son autonomie résidentielle (cuisine, ménage, linge, courses)	IHP du Coin	6 mois		
M Dupont évaluera sa consommation d'alcool et le temps consacré à l'ordinateur	L'assistante sociale du CRF	1 mois		
M Dupont prendra un premier rendez-vous auprès d'un service spécialisé en assuétudes	Educateur de l'IHP			
	Psychiatre traitant et groupe d'entraide et de soutien			
	Le service spécialisé en assuétudes			

#### 5. PROCHAIN P.S.I. : ...l'agent d'insertion du CRF reprend le rôle de référent de M Dupont / 06/12/2012....

### Plan de Services individualisé

Les informations contenues dans le PSI sont couvertes par le secret professionnel. Le partage d'informations est nécessaire par la seule poursuite des objectifs élaborés dans celui-ci

DATE : 06/12/2012

### Identité de l'utilisateur: (\* voir bas de page)

Nom, prénom : DUPONT JEAN  
Date de naissance : 01/01/1980  
Représentants légaux :

Référent PSI : Géraldine Beauf  
(convoque et anime la réunion, rédige le PSI)  
Date 1<sup>er</sup> PSI : 06/04/2012

### Identification des services et des personnes concernées (y compris l'utilisateur et les proches) :

Dénomination	Personne de contact et fonction	Adresse de contact du service	Téléphone/mail	Disponibilités	Présent
Usager	Jean Dupont	Rue de la liberté 4, 4020 Liège	0479/555 31 32 <a href="mailto:Jean.dupont@gmail.com">Jean.dupont@gmail.com</a>		Oui
Famille	Maire Dupont, mère	Rue de la liberté 4, 4020 Liège	04/555 21 34 0479/555 29 34		Non
IHP du Coin	Jacqueline Charlier, coordinatrice	Rue du Coin 58, 4100 Seraing	04/555 96 47 <a href="mailto:info@ihpcoin.be">info@ihpcoin.be</a>	10h00 – 12h00	Oui
CRF	Géraldine Beauf, assistante sociale et agent d'insertion	Rue de l'Eglise 44, 4030 Grivegnée	04/555 87 45 ou 0475/55 58 57 <a href="mailto:gbeauf@crfsympa.be">gbeauf@crfsympa.be</a>	9h-11h et 14h-16h les lundi-mardi-jeudi	Oui
Médecin généraliste	Louis Petit	Place des peupliers 30, 4000 Liège	0479/555 82 72 <a href="mailto:Docteur.petit@cabinet.com">Docteur.petit@cabinet.com</a>	8h-9h et 17h-19h	Oui
EFT	Joséphine Boulay, directrice	Place Eternelle 1, 4500 Huy	0478/55 67 82 <a href="mailto:eft@federation.be">eft@federation.be</a>	9h-12h et 13h-17h les lundi - mercredi-vendredi	Oui
SSM Le Proche	Dr Julien Pierre, psychiatre	Chemin Faisant 99, 4000 Liège	04/555 41 23 <a href="mailto:Dir.med@ssmproche.be">Dir.med@ssmproche.be</a>	Mardi et jeudi	Non

1. **DESCRIPTION DE LA SITUATION ET DES FACTEURS CONSTITUTIFS** (état des lieux pragmatique - points positifs et négatifs - sans élément de type diagnostic médical)

L'installation dans l'IHP s'est bien déroulée, la consommation d'alcool est stabilisée et n'est plus problématique, les relations familiales sont apaisées. M Dupont n'a pas pu préciser de projet professionnel, ni de loisirs et éprouve à nouveau quelques difficultés à arriver à l'heure au CRF

2. **FINALITÉ** (résultats attendus de l'intervention commune, envisagés sur le long terme)

X amélioration de la santé

X insertion sociale

X insertion a caractère professionnel

O autre : .....

3. **OBJECTIFS GÉNÉRAUX** (en regard avec les facteurs constitutifs et déclinables en objectifs intermédiaires)

Améliorer l'hygiène de vie

Intégrer un logement autonome

Renouer avec un réseau social

Developper des loisirs

Réduire ou arrêter la consommation d'alcool

Concrétiser un projet professionnel

Mieux gérer le temps consacré à l'ordinateur

maintenir les acquis (traitement, autonomie résidentielle,

Apaiser les relations familiales

hygiene, ....)

Traiter les hallucinations

\* La gestion de la confidentialité concernant l'identité de l'utilisateur incombe à chaque service partenaire

4. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

Objectifs (définir sous forme d'un comportement attendu de l'utilisateur)	Ressources	Echéance de réévaluation	Evaluation des objectifs	Commentaires
M Dupont clarifiera un projet professionnel, améliorera ses compétences sociales (relations interpersonnelles, se présenter à un employeur, demander de l'aide efficacement)	Ergothérapeute du CRF, l'agent d'insertion	6 mois	OK	Un module d'orientation d'une semaine en CFP a permis d'ancrer le choix professionnel. M Dupont souhaite à présent travailler dans le secteur de la mécanique automobile  M Dupont a pu acquérir un degré d'autonomie qui permet d'envisager la recherche d'un logement individuel  La piste du rallye-auto n'a pas aboutie car elle ne rencontrait pas les attentes de M Dupont. Par contre, il a intégré un club de modélisme au sein duquel il s'épanouit  L'objectif est pleinement atteint et M Dupont est une fée du logis et cuisine d'excellentes lasagnes  M Dupont travaille encore cette question lors des entretiens avec son psychiatre et fréquente régulièrement son groupe de soutien  M Dupont n'a pas pris de rendez-vous. Après un échange à ce sujet, il est réticent et préfère en parler avec son médecin généraliste
M Dupont intégrera l'IHP	IHP du Coin	7 jours	OK	
M Dupont listera ses loisirs en lien avec sa passion automobile	L'assistante sociale du CRF	2 mois	OK	
M Dupont travaillera son autonomie résidentielle (cuisine, ménage, linge, courses)	Educateur de l'IHP	6 mois	OK	
M Dupont évaluera sa consommation d'alcool et le temps consacré à l'ordinateur	Psychiatre traitant et groupe d'entraide et de soutien	6 mois	En cours	
M Dupont prendra un premier rendez-vous auprès d'un service spécialisé en assuétudes	Le service spécialisé en assuétudes	1 mois	Non atteint	
M Dupont recherchera une location dans les limites de son budget	Educateur de l'IHP du Coin	4 mois		
M Dupont s'inscrira à une formation en mécanique automobile	L'agent d'insertion du CRF	1 mois		
M Dupont maintiendra les acquis précédents	Educateur de l'IHP du Coin	Prochain PSI		
	Dr Petit, médecin généraliste Mme Dupont, sa mère			

5. PROCHAIN P.S.I. : ...04/04/2013....

Editeur responsable :  
Didier Kampf, coordinateur de réseau  
quai des Ardennes 24,  
B-4020 Liège  
Tél : 04/344 68 14  
Fax : 04/344 28 87  
[info@psy107liege.be](mailto:info@psy107liege.be)