

## Fiche 50 : Petit dictionnaire des mots et concepts utilisés par le RSSS

---

*Ce lexique est issu des documents produits par le MSSS, notamment : le cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (2017), Les activités socioprofessionnelles et communautaires : état de situation et actions convenues pour l'amélioration des services (2014); lignes directrices ministérielles pour l'organisation des activités de jour pour les adultes ayant une DI, un TSA ou une DP; document de travail mai 2018; pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience, gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme juillet 2021*

### **Issu du cadre de référence :**

#### **Architecture des services**

L'activité du système de santé et de services sociaux est encadrée par l'architecture des services. Le secteur de la santé et des services sociaux est organisé **en programmes**. Un programme est un regroupement de services et d'activités. Il en existe **deux types : les programmes-services et les programmes-soutien**.

**Un programme-services** désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.

Un **programme-soutien** désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services.

#### **Collaboration**

La collaboration représente l'ensemble des actions menées conjointement par des intervenants, des gestionnaires ou des dirigeants d'une ou de plusieurs unités de production (établissements ou organismes) en vue d'atteindre un résultat concret, ici la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés.

#### **Continuum de services**

Un continuum de services est un **système intégré**, centré sur la personne qui inclut des services, des mécanismes d'intégration et suit dans le temps les personnes à travers des services de santé et des services sociaux à tous les niveaux d'intensité requis. La notion de **continuum** fait référence à la fois à la **continuité et à la complémentarité** des services

requis par une clientèle. Le continuum de services permet d'assurer chez les principaux acteurs concernés, une compréhension commune des grands ensembles de services que sont : promotion/prévention, repérage/dépistage, évaluation, référence/orientation, traitement, adaptation/réadaptation, maintien et soutien à la participation sociale et soutien en fin de vie. L'application détaillée de ces concepts peut varier selon le profil de besoins. Le continuum peut être soutenu et opérationnalisé par des trajectoires de services suivant certaines problématiques spécifiques.

## **Intégration des soins et des services.**

L'intégration des soins et des services se définit comme un **ensemble cohérent de méthodes, de processus et de modèles organisationnels et cliniques**. Elle suppose une vision partagée des rôles et des responsabilités des acteurs du réseau territorial de service et requiert une collaboration entre ces derniers. L'intégration vise une meilleure réponse aux besoins des usagers et de leurs proches.

Au bénéfice des usagers et de leurs proches, l'intégration des soins et des services vise à :

- Assurer la coordination de l'organisation des soins et des services;
- Favoriser la collaboration entre les différents acteurs du RTS;
- Améliorer la cohérence et la pertinence des soins et des services;
- Accroître la fluidité (accès et continuité) aux soins et aux services;
- Améliorer la qualité des soins et des services;
- Optimiser l'efficacité du système pour les usagers et leurs proches.

**Itinéraire de services** : L'itinéraire de services de l'utilisateur fait référence à son expérience et au cheminement véritablement emprunté par celui-ci à travers les services.

## **Intervenant pivot**

L'intervenant pivot est **responsable de coordonner les services** pour une personne ayant une déficience et sa famille. Il est nécessaire au sein de l'établissement lorsque celui-ci offre à une personne et à ses proches des services donnés par plusieurs intervenants ou programmes, il coordonne alors le PII.

**Intervenant-pivot réseau** : À l'instar de l'intervenant pivot, l'intervenant pivot du réseau s'assure de la **coordination des services lorsque plusieurs établissements sont concernés** dans la prestation de services d'un usager. Il coordonne le PSI (initial et subséquents) et assure la communication de l'information entre la personne et les prestataires de services. À cet effet, il maintient des liens étroits avec les différents partenaires pour coordonner les interventions sous leur responsabilité<sup>48</sup>.

## **Milieu de vie**

Le milieu de vie inclut l'endroit où réside la personne ainsi que les différents lieux où elle exerce ses rôles sociaux et réalise ses habitudes de vie.

## **Participation sociale**

La participation sociale se définit comme étant avant tout un phénomène social résultant d'un **processus complexe fondé sur l'interaction entre une personne et les membres de sa communauté d'appartenance**. La participation sociale implique un échange réciproque, égalitaire, signifiant et de qualité entre la personne et les gens avec qui elle interagit dans ses contextes de vie. Elle atteint son point culminant quand la personne exerce tous ses droits et se perçoit et agit comme l'acteur principal de sa vie.

### **Plan d'intervention (PI)**

Le plan d'intervention détermine les besoins de la personne et de sa famille, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser, la durée prévue des services et précise la date d'évaluation des objectifs. Il assure ainsi la coordination des services offerts par l'établissement (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 102).

### **Plan de services individualisé (PSI)**

Le PSI est une **démarche clinique** établie avec l'utilisateur et son représentant, lorsque c'est requis. Il vise à donner aux intervenants une lecture commune de la situation d'un usager permettant de planifier, de coordonner et de réviser l'ensemble des services dans le cadre de la démarche d'intervention avec l'utilisateur et son représentant. Le PSI se réalise à partir d'une rencontre convoquée par le responsable du PSI (ex. : intervenant pivot réseau) de concert avec les partenaires concernés. Sur le plan légal, deux conditions justifient l'élaboration d'un PSI : la présence d'intervenants qui proviennent d'établissements ou d'organismes différents ainsi que le besoin évalué d'une intervention d'une durée prolongée (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 103). Outre l'établissement qui convoque le PSI, les autres intervenants peuvent provenir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu communautaire, privé, ou encore d'autres secteurs publics d'intervention (ex. : services de garde, milieu scolaire)

**Le terme PSII** (plan de services individualisé intersectoriel) est utilisé pour désigner les PSI élaborés conjointement par le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation.

## **Proximité des services**

La notion de proximité implique d'accroître la disponibilité des services le plus près possible de la population du territoire, mais fait aussi référence à la présence des acteurs et partenaires locaux pour soutenir la concertation, la planification et l'action intersectorielle.

## **Réseau de services intégrés**

Le réseau de services intégrés constitue l'articulation concrète d'un continuum de services pour une clientèle commune. Il s'agit **de l'ensemble des mécanismes et des processus permettant le développement d'une gamme complète et disponible de soins et de services de qualité, organisée et coordonnée sur un territoire donné par un ensemble d'organisations et d'acteurs interreliés et complémentaires**. Ces modalités visent à assurer la mise en place de conditions et d'un environnement favorable à la prestation d'un continuum de services de manière personnalisée, équitable, efficace et efficiente en réponse aux besoins des personnes ayant une déficience, de leur famille et de leurs proches. L'intégration des services doit être considérée comme la résultante des mécanismes d'un réseau de services intégrés et de la nécessaire collaboration pour les mettre en œuvre.

## **Réseau territorial de services (RTS)**

Le territoire d'un centre intégré constitue le RTS de l'établissement (LMRSSS, art. 6). Les RTS sont au nombre de 22 et visent à assurer des services de proximité et leur continuité à la population (LMRSSS, art. 1). Une région sociosanitaire peut compter plusieurs ou un seul RTS. La coordination des services au sein du RTS est assurée par le CISSS ou le CIUSSS. Ce dernier assume les responsabilités d'une instance locale (anciens CSSS) prévues aux articles 99.5 à 99.7 de la LSSSS pour les RLS compris dans son RTS (art. 38 LMRSSS).

## **Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)**

Les RUIS ont été créés afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire. Au nombre de quatre, ces réseaux sont respectivement rattachés aux universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke. Les RUIS sont des territoires de référence au MSSS.

## **Trajectoire de services**

Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires de services s'apparentent à la notion de continuum de services, qui implique une reconnaissance implicite d'une responsabilité commune des établissements ou organismes à l'endroit d'une clientèle. Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de clientèles. Elle vise à améliorer la qualité et l'efficacité des services, tout en maximisant l'utilisation des ressources.

-----

<p><b>Issu de : Les activités socioprofessionnelles et communautaires : état de situation et actions convenues pour l'amélioration des services (2014) et Lignes directrices ministérielles pour l'organisation des activités de jour pour les adultes ayant une DI, un TSA ou une DP; document de travail mai 2018</b></p>
---

## Activités contributives

L'expression « **activités contributives** » est utilisée, dans le cadre des travaux, pour désigner la situation des personnes qui participent à des activités de production de biens ou de services chez un tiers, sous la forme d'un stage ou d'un plateau de travail. Ces personnes sont généralement prestataires du **Programme de solidarité sociale**. Elles reçoivent une **compensation financière**, soit du milieu qui les accueille, soit du CR qui les supervise ou les encadre. Elles ne sont pas rémunérées au sens de la Loi sur les normes du travail et ne disposent pas du statut d'employé.

## Activités de jour

Ensemble varié d'actes coordonnés, plus ou moins structurés, qui permettent à la personne d'avoir des occupations stimulantes et valorisantes en poursuivant un ou plusieurs objectifs de développement ou de maintien des capacités. Activités généralement offertes dans la communauté, et à différents moments de la journée selon les besoins et les disponibilités des personnes. Les activités se déroulent généralement en groupe, mais peuvent aussi prendre la forme d'activités individuelles avec du soutien dans la communauté.

Les activités de jour permettent de poursuivre le développement de l'autonomie ou de maintenir les acquis et d'avoir des contacts sociaux.

## Interface entre les réseaux :

Une « **interface entre les réseaux** » se définit comme le lieu où deux réseaux se rencontrent. Il peut s'agir de la référence d'un réseau à l'autre, de la planification et de la coordination des services d'un ensemble d'acteurs.

## Zone de collaboration :

Une **zone de collaboration** » est la manière par laquelle deux réseaux ou plus communiquent entre eux dans une perspective de continuité et de complémentarité des services. Cela peut se concrétiser par des ententes de collaboration, de réciprocité ou de services, par la participation à des tables de concertation, la désignation d'agents de liaison ou d'intervenants pivots, etc.

**Issu de : Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience; gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme juillet 2021**

**Services de soutien et d'accompagnement à la réalisation des habitudes de vie**

Services de proximité dans les différents milieux de vie de la personne, dans une visée de stabilité pour maintenir l'équilibre de la personne et la réalisation de ses habitudes de vie.

## **Services de développement ou de reprise des habitudes de vie**

Visent l'acquisition ou la récupération d'habiletés, le développement des capacités, la réduction des incapacités et des obstacles.

---

<b>Issu du cadre de référence sur les ressources intermédiaires 2016</b>
--

### **Partenariat, collaboration**

La relation individuelle entre l'établissement et la ressource est d'abord une **relation d'affaires** encadrée par **une entente spécifique ou particulière**. Elle permet à l'établissement de confier un usager à la ressource qui s'engage à l'accueillir et à lui offrir un milieu de vie ainsi que les services de soutien ou d'assistance, conformément au Règlement sur la classification. À la suite de l'évaluation de la ressource, l'établissement convient avec la ressource du type d'usager à lui confier et détermine le nombre de places en fonction des besoins de sa population et de la capacité de la ressource. L'établissement demeure responsable d'offrir les services professionnels à l'usager.

Liés par leurs engagements légaux et contractuels, l'établissement et la ressource développent une collaboration dans l'exercice de leurs responsabilités propres.

La collaboration tient son origine des mots latins *cum laborare* qui signifient « travailler avec ». Elle représente l'action d'un groupe de personnes qui s'associent pour réaliser un ou des objectifs communs. La collaboration implique la coopération et la participation de chacun des acteurs, un souci de complémentarité ainsi que la mise à profit de leur savoir et de leur expérience réciproque pour mettre en œuvre des solutions appropriées. La communication est essentielle à la collaboration.

En ce sens, l'établissement et la ressource sont appelés à collaborer lorsqu'ils agissent l'un envers l'autre dans le cadre du champ d'action qui leur est propre. Dans un esprit de partenariat, l'établissement et la ressource conjuguent leurs efforts et utilisent leur expertise pour offrir à l'usager des services appropriés, sécuritaires et de qualité. Ils échangent sur la situation de l'usager et adaptent leurs méthodes de travail, leur approche et leurs comportements en tenant compte de l'évolution de ses besoins.

La relation individuelle, basée sur la collaboration entre l'établissement et la ressource, crée des conditions favorables à la réussite de leur objectif.

### **Les relations partenariales sont malgré tout aussi dépendantes d'une relation collective :**

L'encadrement du droit d'association et de représentation ainsi que du droit à la négociation collective modifie l'aspect collectif de la relation. Des ententes collectives et nationales ont été conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les associations ou organismes représentatifs. Ces ententes définissent, notamment, les conditions de prestation de services, les modalités de rétribution, les mécanismes de concertation et le règlement des

mésententes. Elles visent à établir et à maintenir des rapports ordonnés entre les établissements et les ressources.

L'établissement et les ressources doivent respecter les modalités convenues collectivement. L'établissement et l'association représentative de ressources doivent participer et apporter une contribution significative aux mécanismes de concertation prévus et visant la résolution des difficultés.

L'empathie, le respect, la confiance en soi, l'authenticité, l'ouverture d'esprit, la créativité, la diplomatie, la flexibilité, la souplesse et la reconnaissance de ses limites représentent des qualités essentielles à l'entretien d'une saine relation.