

## **Entretien PSI : mode d'emploi**

Lors de l'entretien, chaque domaine est abordé de préférence avec une ou des questions ouvertes. Si cela est nécessaire (personne en difficultés face à des questions ouvertes, personnes avec un faible niveau d'abstraction...) des exemples de questions ciblées sont donnés dans les encadrés (questions tirées de la CASIG, Wallace et al., 2001).

Pour chaque domaine abordé (lieu de vie, entretien du logement, nutrition, hygiène personnelle, gestion de l'argent et des papiers, déplacements, gestion de la santé, diagnostic, symptômes/signes cliniques, traitements, effets secondaires, sommeil, toxiques, fonctionnement cognitif, relations sociales, relations amicales, relations sentimentales, relations familiales, relations professionnelles/scolaires, sexualité, spiritualité, loisirs, formation, emplois) les questions suivantes seront posées afin de pouvoir déterminer les objectifs de réhabilitation.

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant (ex : l'entretien du logement) ..... ?  
Si oui, lesquels ?  
Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?  
Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

### **Références bibliographiques**

Rebelle S., Arnaud I., Melis F. (2018) Plan de suivi individualisé : PSI. Traité de réhabilitation psychosociale, in N. Franck, Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson.

Wallace, C.J, Lecomte, T., Wilde, J. et Liberman, R.P. (2001). CASIG: A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. Schizophrenia Research, vol. 50, p 105-109.

Pour toute question concernant le PSI : sandrine.rebelle74@gmail.com

## **Entretien pour élaborer le plan de suivi individualisé (PSI)**

Date :

Coordonnateur :

Nom :

Prénom :

Age :

Structure adressante :

Médecin :

Infirmier :

Motivation à venir au centre de réhabilitation exprimée par la personne :

---

---

---

---

---

---

## 1. Habiletés de vie quotidienne

### 1.1 Lieu de vie

Quel est votre lieu de vie actuel ?

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant votre lieu de vie ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

### 1.2 Entretien du logement :

Comment faites-vous en ce qui concerne l'entretien du logement et de vos affaires personnelles ?

Comment vous occupez-vous du rangement, du ménage dans votre lieu de vie ?

Comment vous occupez-vous de vos vêtements (rangement, machine...) ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Fait le ménage de votre chambre ou appartement au cours de la dernière semaine ?
- Jeté les objets inutiles et vidé la poubelle au moins une fois au cours de la dernière semaine ?
- Rangé vos vêtements au moins une fois au cours des 3 derniers jours ?
- Lavé vos vêtements au moins une fois au cours des 2 dernières semaines (lave-linge, laverie) ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant l’entretien du logement ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d’aide ?

OUI

NON

**1.3 Nutrition :**

Comment vous organisez-vous pour la gestion des courses et la préparation des repas ?

Comment composez-vous vos menus ? (repas type)

Comment entretenez-vous l’espace dédié à la cuisine ? (vaisselle, nettoyage...) ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Effectué vous-mêmes vos courses ?
- Fait assez de provisions pour ne pas manquer de nourriture ?
- Planifié vos repas de façon équilibrée ? (si diète particulière, est-elle respectée ?)
- Préparé des repas simples (sandwichs, plats congelés...) ?
- Utilisé une cuisinière pour la préparation de vos repas ?
- Nettoyé et rangé la vaisselle et ustensiles au moins une fois tous les 3 jours ?
- Repas type ?

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant l'entretien du logement ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

#### **1.4 Hygiène personnelle :**

Comment prenez-vous soin de vous au niveau de votre hygiène : corporelle, dentaire... ?

Comment faites-vous pour choisir vos vêtements ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Pris une douche ou bain au moins 3 fois au cours de la dernière semaine ?
- Brossé vos dents tous les jours au cours de la dernière semaine ?
- Pris le temps de vous raser au moins une fois au cours des 2 derniers jours (homme) ?
- Brossé ou peigné vos cheveux tous les jours au cours de la dernière semaine ?
- Mis des vêtements propres au moins 3 fois au cours de la dernière semaine ? (vêtements appropriés à l'activité ou à la température ?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant votre hygiène ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

1.5 Gestion de l'argent et des papiers

Actuellement, quelle est la nature de vos ressources (AAH, etc) ?  
Comment faites-vous pour gérer votre budget (mesure de protection, etc) ?  
Comment faites-vous en ce qui concerne vos factures ?  
Comment faites-vous pour gérer vos papiers administratifs ?

- Actuellement, avez-vous une mesure de protection (curatelle, curatelle renforcée, tutelle) ?
  - Actuellement, avez-vous un suivi social ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Fait un budget et évité de faire des dépenses folles afin de ne pas manquer d'argent ?
  - Gardé la plus grande partie de votre argent et résisté à l'envie de le donner ?
  - Utilisé les services d'une banque (retrait au guichet automatique, carte bancaire, chèque, etc.) ?
  - Payé vous-même vos factures dans les délais ?
  - Traité (compris) les documents administratifs reçus ?
  - Géré et classé les documents administratifs reçus ?

NON

---

---

---

---

---

---

Ressources	Freins

NON

Comment vous y prenez-vous pour vous rendre dans un lieu nouveau ?

- un permis de conduire valide ?
- Conduit une voiture (la vôtre ou celle de quelqu'un d'autre ?)
- Utilisé un moyen de locomotion autre (moto, vélo, etc.) ?
- Utilisé les transports en commun sans aide (bus, tramway, train, métro) ?
- Réussi à organiser un nouveau trajet ?

[illegible]

NON

---

---



---



---



---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ? OUI NON

2. Santé

- Médecin traitant : (Dentiste : Gynécologue : )  
 • Médecin psychiatre :  
 • Psychologue :

**2.1 Gestion de la santé (rdv médicaux, etc.) :**

Comment vous organisez-vous pour le suivi de votre santé en général (carte vitale, mutuelle)?  
 Comment vous organisez-vous pour la prise de RDV ?

- Avez-vous en votre possession une carte vitale ?  
 • Savez-vous utiliser votre carte vitale ?  
 • Savez-vous comment fonctionne une mutuelle ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Pris vous-même vos rendez-vous avec votre médecin, travailleur social, etc. ?  
 • Respecté vos rendez-vous sans que quelqu'un vous les rappelle ? (moyens pour gérer les rdv : agenda, tel portable, etc.)  
 • Pris soin de vous lorsque vous avez été un peu malade (ex : grippe) ?

---



---



---



---



---



---



---



---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant la gestion de votre santé ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUINON

2.2 Diagnostic :

Pour quels types de troubles êtes-vous suivi ?

Si diagnostic énoncé : Êtes-vous en accord avec ce diagnostic ? Que pensez-vous de ce diagnostic ?

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant votre maladie (informations, psychoéducation) ?

OUINON

Si oui, lesquels ?

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUINON

### **2.3 Symptômes/signes cliniques :**

Par le passé, quels types de symptômes ont perturbé votre fonctionnement au quotidien ?

Avez-vous des symptômes présents actuellement ? Quels peuvent être les symptômes qui vous gênent le plus ?

Pouvez-vous reconnaître l'apparition de vos symptômes ? Pouvez-vous identifier les signes de rechute ?

Si TSA, Quels sont les signes cliniques de votre trouble ?

### **Symptômes**

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :

- De vous sentir très effrayé, inquiet, nerveux ou anxieux ?
- D'avoir du mal à vous concentrer à certaines tâches parce que vous étiez trop inquiet ou anxieux ?
- Que votre nervosité ou votre anxiété vous empêche de réfléchir ou handicape vos activités ordinaires comme travailler, manger et dormir ?
- De vous sentir très triste, déprimé ou dépressif ?
- Que vos sentiments de tristesse ou de déprime vous empêchent de réfléchir ou vous handicapent dans vos activités ordinaires comme travailler, manger et dormir ?
- De vous sentir si découragé et au bout du rouleau que vous pensiez à vous blesser ?
- Que les choses aillent si mal que vous pensiez souvent à mettre fin à vos jours ?
- De ne pas arriver à vous motiver pour réaliser les tâches de la vie quotidienne ?

### **Symptômes psychotiques**

- De vous sentir exceptionnellement bien, au-dessus de tout, ou comme sur un nuage et cela, sans raison particulière ?
- D'avoir l'impression que vos pensées se bousculent dans votre tête ?
- Que vous avez besoin de moins de sommeil ou que vous parlez plus rapidement que d'habitude ?
- D'entendre ou de voir des choses faisant référence à vous à la télévision, à la radio ou dans les journaux ?
- D'avoir l'impression que les événements ou les choses avaient un sens particulier pour vous non reconnu par les autres ?
- D'avoir l'impression que les gens vous voulaient du mal ?
- D'avoir l'impression que quelqu'un mettait des pensées dans votre tête ?
- D'avoir des délires ou des troubles de la pensée ?
  - De voir, d'entendre ou de sentir des choses que personne d'autre n'avait vues, senties ou entendues ? Si oui, quoi ?
- D'entendre quelqu'un vous parler alors que cette personne n'était pas présente ?
- Que ces phénomènes se produisent seulement avant que vous vous endormiez ?
- D'avoir des hallucinations ?

### **Signes d'aggravation**

- Pouvez-vous sentir quand vos problèmes psychologiques sont sur le point de s'aggraver ou de s'intensifier ?
- Y-a-t-il des changements dans votre pensée ou des sensations qui vous préviennent que vos symptômes vont s'accroître ?
- Y-a-t-il un ou des signes qui vous avertissent que vos symptômes peuvent s'aggraver et rendre vos activités régulières difficiles ? Si oui, quels sont ces signes ?

**Si TSA, signes cliniques :**

- Difficultés de communication
- Difficultés dans les relations sociales
- Motivation
- Idées qui se bousculent/intérêts forts
- Hypersensibilité sensorielle
- Hyposensibilité sensorielle (douleur, recherches sensorielles)
- Difficultés de planification, d'organisation
- Difficultés de flexibilité (passer d'une idée à une autre, changer de point de vue, gérer les imprévus)
- Difficultés autres

[illegible]

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant la gestion des symptômes ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

## 2.4 Traitements

### Quels sont vos traitements actuels ?

*Nom des médicaments :*

*Dosage :*

*Action :*

Que pensez-vous du traitement prescrit ? Quels sont les bénéfices de ce traitement pour vous actuellement ?

## Comment gérez-vous vos traitements de l'achat à la prise ?

Vous arrive-t-il de les oublier ? A quelle fréquence ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Acheté vous-même vos médicaments ?
- Préparé vous-même vos médicaments (utilisation d'un semainier ?)
- Pris vos médicaments tel qu'on vous l'avait indiqué ?
- Les médicaments sont-ils une part importante de votre traitement ?
- Pensez-vous devoir continuer à prendre vos médicaments même si vous vous sentez mieux ?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant la gestion de vos traitements ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

## 2.5 Effets secondaires

Etes-vous gênés par des effets secondaires liés à votre traitement ?

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant la gestion des effets secondaires ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

## 2.6 Sommeil

Comment se passe votre sommeil (quantité, qualité, difficultés d'endormissement, réveils nocturnes)?

Comment se passe le réveil?

Au cours des trois derniers mois :

- Vous endormez-vous facilement ?
- Avez-vous des difficultés à vous réveiller ?
- Vous sentez-vous reposé à votre réveil ?
- Vous est-il difficile de rester éveillé pendant la journée ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant votre sommeil ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

## 2.7 Toxiques

Avez-vous consommé ou consommez-vous des toxiques actuellement ? (tabac, alcool, drogues,...)

Passez-vous beaucoup de temps sur les écrans ?

Jouez-vous à des jeux d'argent ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Consommé du tabac ? Si oui, à quelle fréquence ?
- Consommé de l'alcool ? Si oui, à quelle fréquence ?
- Consommé des drogues ? Si oui, à quelle fréquence ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant votre consommation de toxiques ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

### 3. Fonctionnement cognitif

Dans votre vie quotidienne, rencontrez-vous des difficultés :

- De mémoire ?
- D'attention ?
- D'organisation, de planification ?
- De résolution de problèmes ?

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :

**Mémoire :**

- D'avoir des difficultés à vous rappeler ce que vous deviez faire ?
- D'avoir des difficultés à apprendre de nouvelles choses ?

**Attention :**

- D'avoir des difficultés à vous concentrer sur une tâche plus de quelques minutes ?
- D'être distrait, dans la lune ? Comme par exemple, vous perdez le fil de vos idées pendant une conversation parce que vous êtes distrait ou vous avez du mal à fixer votre esprit sur ce que vous lisez

**Résolution de problèmes :**

- D'avoir des difficultés à résoudre des problèmes auxquels vous étiez confrontés ?
- D'avoir des difficultés à choisir ou à mettre en application la meilleure façon de résoudre un problème ?
- D'avoir des difficultés d'organisation des activités complexes ?

[illegible]

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant votre fonctionnement cognitif ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

## 4. Relations interpersonnelles

### 4.1 Relations sociales

Quelle importance accordez-vous aux relations avec les autres ?

Comment vous y prenez-vous pour maintenir/entretenir des liens avec les autres ?

Comment vous y prenez-vous pour faire de nouvelles rencontres ou entrer en communication avec de nouvelles personnes ?

Comment gérer-vous les conflits/les différends ?

Pouvez-vous demander de l'aide quand vous en avez besoin ?

Au cours des 3 derniers mois :

- Avez-vous établi facilement de nouvelles relations ?
- Vous êtes-vous senti à l'aise d'intégrer un groupe ou une activité ?
- Avez-vous eu des difficultés à maintenir des relations sociales ?
- Avez-vous eu des difficultés à trouver des sujets de conversation ?
- Avez-vous eu des difficultés à régler vos différends ?
- Vous êtes-vous senti à l'aise de demander de l'aide ?
- Avez-vous eu des difficultés à gérer vos émotions (colère et autre) ?
- Avez-vous rencontré régulièrement des proches, des amis ou des connaissances ? (fréquence ?)
- Avez-vous entretenu des relations avec vos voisins ?
- Avez-vous entretenu des relations avec vos collègues (travail, bénévolat...) ?
- Avez-vous eu le sentiment d'avoir des personnes dans votre entourage qui vous soutiennent et qui vous encouragent ?

---

---

---



Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant vos relations amicales ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

4.3 Relations sentimentales

Que pensez-vous de votre vie sentimentale (affective/sexuelle) ?

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant vos relations sentimentales ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

#### 4.4 Relations familiales

Que pensez-vous de vos relations familiales ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Entretenu de bonnes relations avec votre mère ? Si non, pourquoi ?
- Entretenu de bonnes relations avec votre père ? Si non, pourquoi ?
- Entretenu de bonnes relations avec vos frères et sœurs ? (précisez) Si non, pourquoi ?

[illegible]

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant vos relations familiales ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

4.5 Relations professionnelles/scolaires (si étudiant)

Que pensez-vous de vos relations professionnelles/scolaires (si étudiant) ?

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant vos relations professionnelles/scolaires (si étudiant) ?

OUINON

Si oui, lesquels ?

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?OUINON

5. Sexualité

Y-a-t-il des points que vous souhaitez aborder concernant le domaine de la sexualité (vie sexuelle, identité de genre, ....) ?

## 6. Spiritualité

Avez-vous des ressources ou des pratiques spirituelles ?

Si oui, que vous apportent ces ressources et pratiques spirituelles ?

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant le domaine de la spiritualité?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

## 7. Loisirs

Comment occupez-vous votre temps libre ?

Avez-vous le sentiment de pouvoir faire des choses que vous aimez ?

Quels sont les loisirs que vous appréciez ? (sports, activités créatives, culturelles, sorties, détente, jeux ....)

Aimeriez-vous pratiquer certaines activités en particulier ?

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :

- Été satisfait de la façon dont vous occupez vos journées ?
- Pratiqué une ou des activités sportives ? Si oui, lesquelles ?
- Participé à des activités artistiques et/ou culturelles ? Si oui lesquelles ?
- Pratiqué d'autres activités pour vous détendre et/ou occuper votre temps libre? Si oui, lesquelles?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant vos loisirs ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ? OUI NON

8. Formations et situation professionnelle

7.1 Formations

Quelle(s) formation(s) avez-vous suivi (niveau scolaire, diplômes obtenus) ?

- Quel est votre niveau scolaire ?
  - Quels sont les diplômes que vous avez obtenus ?
  - Souhaitez-vous effectuer une formation ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant votre niveau de formation ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON

## 7.2 Situation professionnelle

Quelles sont vos expériences professionnelles (emplois occupés, durée, ...) ?

- Connaissez-vous les démarches à effectuer pour trouver un emploi ?

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous des souhaits (attentes, besoins) concernant votre situation professionnelle ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

Pour atteindre cet objectif, quels sont les ressources et les freins que vous identifiez ?

Ressources	Freins

Pour atteindre cet objectif, avez-vous besoin d'aide ?

OUI

NON