

Orientations relatives aux standards
d'accès, de continuité, de qualité,
d'efficacité et d'efficience

**SERVICES SOCIAUX
GÉNÉRAUX**
OFFRE DE SERVICE

PROGRAMME-SERVICES
SERVICES GÉNÉRAUX
ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE



**SERVICES SOCIAUX
GÉNÉRAUX**
OFFRE DE SERVICE

Les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide ont été élaborées par la Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de :

SYLVAIN GAGNON, sous-ministre associé, Direction générale des services sociaux

MARIO FRÉCHETTE, directeur, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

Coordination des travaux

PATRICIA DUMAS, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

GINETTE MARTEL, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

Rédaction de la version finale

PATRICIA DUMAS, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

Soutien administratif

MARTINE BÉRUBÉ, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

LES REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation des orientations relatives à l'Offre de services sociaux généraux. Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance aux nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration des présentes orientations. Que ce soit par leur participation aux divers comités ou lors des différentes consultations et visites des milieux. La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Merci également à toutes les personnes que nous aurions pu oublier par inadvertance.

Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-66511-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-66510-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2013

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 5

INTRODUCTION 6

PARTIE I

CONTEXTE 8

Contexte 8

Principes 8

Rôles et responsabilités 9

Réseau local de services 11

Projet clinique et organisationnel 11

Ententes de service et de collaboration 12

PARTIE 2

PRÉSENTATION DE LA CLIENTÈLE ET DES SERVICES SOCIAUX DU PROGRAMME-SERVICES

SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 14

Clientèle visée 14

Définition des services sociaux du programme-services,
services généraux – activités cliniques et d'aide 14

Principaux constats et enjeux 15

PARTIE 3

ORIENTATIONS DES SERVICES SOCIAUX DU PROGRAMME-SERVICES

SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 18

Orientations ministérielles 18

Interfaces avec les autres programmes-services
et les partenaires 19

Approches 19

PARTIE 4

TRAJECTOIRE 20

Trajectoire des services 20

PARTIE 5

SERVICES 22

Services 22

FICHE 1 Accueil, analyse, orientation et référence 23

FICHE 2 Consultation téléphonique psychosociale 24/7
(Info-Social) 27

FICHE 3 Intervention de crise dans le milieu 24/7 32

FICHE 4 Consultation sociale 36

FICHE 5 Consultation psychologique 40

FICHE 6 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile 45

CONCLUSION 49

RÉFÉRENCES 50

LISTE DES LOIS ET RÈGLEMENTS 52

LISTE DES COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES 53

ANNEXE I

SOMMAIRE DU CADRE LÉGAL ET MINISTÉRIEL DU VOLET PSYCHOSOCIAL EN CONTEXTE DE SÉCURITÉ CIVILE 56

ANNEXE II

SYNTHÈSE DES ORIENTATIONS RELATIVES AUX STANDARDS D'ACCESSIBILITÉ, DE QUALITÉ, DE CONTINUITÉ, D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE DES SERVICES SOCIAUX DU PROGRAMME-SERVICES – SERVICES GÉNÉRAUX-ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 58

ANNEXE III

LISTE DES ACRONYMES 66

PRÉAMBULE

Les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide¹ résultent d'une importante démarche de consultation. En 2007, une version préliminaire² de ces orientations a été soumise à la consultation auprès des agences de la santé et des services sociaux et des partenaires du réseau. Cette consultation a permis d'identifier des difficultés concernant la compréhension commune de la définition et de la nature des services sociaux généraux, des interfaces avec les services offrant des programmes spécifiques et de la faisabilité de leur mise en œuvre.

À la lumière des commentaires recueillis lors de cette consultation, il est apparu nécessaire de poursuivre plus à fond la réflexion. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donc entrepris une démarche en ce sens en étroite collaboration avec ses partenaires. Ainsi, les orientations ont fait l'objet d'une validation dans six régions du Québec (milieu urbain, semi-urbain, rural ou éloigné, avec ou sans le service Info-Santé et Info-Social – Volet social déployé). Les régions de Québec, de Montréal, de l'Outaouais, de la Montérégie, de l'Estrie et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont été ciblées à cet effet. Les répondants régionaux des services sociaux généraux des agences de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires provenant des centres de santé et des services sociaux (CSSS) ciblés ont été conviés à dresser le portrait des services sociaux généraux de leur territoire respectif et à alimenter la réflexion sur les enjeux, les leviers et les conditions pour favoriser leur mise en œuvre.

À cet effet, trois comités ministériels ont été mis en place afin de valider et de bonifier les orientations. Ces comités avaient également pour but de favoriser la continuité et l'arrimage dans l'organisation des services offerts dans les CSSS, de favoriser l'uniformité du langage et l'harmonisation des concepts avec les programmes-services spécifiques, de préciser les balises des services sociaux généraux et d'établir la trajectoire des services qui y est reliée.

Cette démarche permet aujourd'hui de déposer un document bonifié, fruit d'un important travail collectif. L'implantation des présentes orientations devra s'inscrire dans la continuité des services et se faire dans la concertation entre les différents partenaires, cela dans le respect des dynamiques régionales. De plus, elle devra demeurer à l'affût de l'avancement des connaissances et donner une place de choix à l'intégration des meilleures pratiques. Telle est l'ampleur du défi que posent les orientations au regard des services sociaux généraux.

1 Afin de simplifier le texte, la terminologie « services sociaux généraux » est utilisée pour désigner les services sociaux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide. Elle doit être comprise dans son sens large, incluant l'ensemble des activités accomplies dans le cadre des services sociaux généraux pour répondre aux besoins psychologiques et sociaux des individus, des couples et des familles qui s'adressent au CSSS pour demander de l'aide. Les services généraux recourent la notion de « services courants » utilisée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, art.80. L.R.Q., c.S-42.

2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Offre de services. Services psychosociaux généraux- 2007-2012*, Document de consultation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2006, 21 p.

INTRODUCTION

Le MSSS présente ses orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour les services sociaux généraux. Ces services font référence à la partie sociale des activités cliniques et d'aide du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide. En ce sens, ils s'inscrivent dans une approche plus large qui vise à répondre à l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population.

Les orientations présentées ici s'inscrivent dans la volonté gouvernementale d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Elles précisent l'offre de services sociaux généraux visée pour la population de tous les territoires. Les présentes orientations donnent corps aux responsabilités du MSSS inscrites dans l'article 431 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), lesquelles consistent, notamment, à :

- + établir les politiques de santé et de services sociaux;
- + voir à leur mise en œuvre, à leur application par les agences et à leur évaluation;
- + diffuser, auprès des agences et des établissements, les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience.

Ces orientations donnent corps également aux responsabilités du MSSS inscrites dans les articles 99.5, 105 et 105.1 de la même loi qui établit les rôles respectifs de l'instance locale et des établissements partenaires dans la définition du projet clinique et organisationnel.

Cela se traduit notamment par les responsabilités dévolues aux CSSS, auxquels a été confié le mandat d'organiser, de concert avec leurs partenaires, les services de santé et les services sociaux sur leur territoire respectif, de manière à répondre aux besoins de toute la population qui s'y trouve. En ce sens, l'analyse des besoins faite par les CSSS s'ajoutera aux standards ministériels d'accessibilité, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience dans la détermination des choix et des priorités au moment où ils élaboreront ou réviseront les projets cliniques et organisationnels en collaboration avec leurs partenaires du réseau local de services ainsi qu'avec les établissements spécialisés à vocation régionale.

Les orientations relatives à ces standards prennent appui sur les orientations ministérielles fixées dans le *Plan stratégique 2010-2015* du MSSS. Elles tiennent également compte des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Finalement, elles respectent l'architecture des services de santé et des services sociaux adoptée par le MSSS.

L'application des orientations proposées dans ce document doit tenir compte de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines³. Elle doit également tenir compte de la nécessité d'adapter les services aux caractéristiques des différentes clientèles du territoire local, notamment les personnes d'expression anglaise⁴, les personnes issues des communautés autochtones et des communautés ethnoculturelles, dont les réfugiés et les demandeurs d'asile⁵, les personnes ayant des limitations fonctionnelles et les personnes de minorités sexuelles⁶⁻⁷.

De plus, conformément aux engagements gouvernementaux, elle doit prendre en considération les politiques et orientations suivantes : la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*⁸; les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*⁹ et leur plan d'action respectif¹⁰⁻¹¹.

Enfin, l'analyse différenciée selon le sexe doit aussi s'inscrire aux différentes étapes de la conception et de l'offre des services et des programmes, de sorte que les services soient adaptés selon le genre¹².

3 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, L.Q., 2009, c. 28.

4 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 37 p.

5 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Une passerelle vers un avenir en santé - La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile: évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir - Orientations ministérielles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 35 p.

6 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*, Québec, 2009, 44 p.

7 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016*, Québec, 2011, 17 p.

8 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, 77 p.

9 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, 2001, 90 p.

10 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, 2004, 35 p.

11 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, Québec, 2008, 71 p.

12 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Analyse différenciée selon les sexes*. Cahier de formation générale, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 61 p.

PARTIE 1

CONTEXTE

CONTEXTE

Sanctionnée le 18 décembre 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1) a conduit à la création d'un modèle d'organisation des services sur une base territoriale locale. Celui-ci est devenu l'assise d'un projet visant à mieux intégrer les services.

C'est dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services qu'ont été mis en place les réseaux locaux de services (RLS). Cette nouvelle organisation confie au CSSS, qui est au cœur d'un RLS, la responsabilité de coordonner les services pour la population de son territoire. Ainsi, chaque CSSS doit définir un projet organisationnel et clinique et s'assurer de la participation des partenaires concernés.

PRINCIPES

Deux principes sont à la base de l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il s'agit de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services.

Responsabilité populationnelle

La notion de responsabilité populationnelle implique que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit en :

- + rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible;
- + assurant la prise en charge de la demande de services et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux;
- + favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population¹³.

13 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services sociaux. Résumé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, p. 5.

Cette responsabilité populationnelle se traduit par une reconnaissance explicite de l'appartenance à un territoire local de la clientèle visée par les services sociaux généraux. Cette reconnaissance doit se refléter dans le projet organisationnel et clinique.

Hiérarchisation des services

La hiérarchisation des services vise à faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, et ce, en suivant des mécanismes de référence entre les dispensateurs de services¹⁴.

Elle permet de définir les degrés de responsabilité et d'imputabilité. Au préalable, trois niveaux de services sont reconnus et définis par le MSSS, soit les services de première ligne (les services généraux et les services spécifiques), les services de deuxième ligne (les services spécialisés), et les services de troisième ligne (les services surspécialisés). Cette configuration traduit la complexité des interventions nécessaires pour répondre à un besoin de santé ou à un besoin social ou psychologique. Ainsi, la hiérarchisation des services vise à assurer à la personne l'accès au bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée.

Des mécanismes bidirectionnels prévoient autant le recours aux services spécialisés et surspécialisés que la planification des services généraux et spécifiques offerts à la personne lorsqu'elle retourne dans son milieu de vie¹⁵. Par ailleurs, la subsidiarité, comme autre principe organisationnel, assure la souplesse nécessaire à la hiérarchisation en permettant d'offrir des services de première ligne au palier régional. Cependant, ce dernier principe doit favoriser la déconcentration de ces services au sein des RLS.

L'action à un palier régional se justifie si elle remplit les critères suivants pour l'application du principe de subsidiarité :

- + Les objectifs de l'action proposée ne peuvent être réalisés, de manière suffisante, par l'instance locale. Ici, il s'agit du CSSS (critère de nécessité).
- + Ces objectifs peuvent être atteints de meilleure manière par une action d'envergure régionale ou suprarégionale. Cette action relève alors de l'établissement spécialisé (critère d'efficacité).

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

En ce qui a trait au projet clinique et organisationnel, les rôles respectifs des CSSS, des établissements partenaires et des agences sont précisés dans les articles 99.5, 100, 105.1 et 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux¹⁶ (LSSSS).

14 Ibid.

15 Ibid., p. 6.

16 L.R.Q., c. S-4.2, Site Web – <http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca>

Centres de santé et de services sociaux

Les CSSS sont responsables de recevoir toute personne qui requiert ses services et d'évaluer ses besoins; de dispenser eux-mêmes les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lesquels ils ont conclu une entente de service visée à l'article 108 de la LSSSS; de veiller à ce que les services qu'ils dispensent le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de leur région respective et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir; de diriger les personnes à qui ils ne peuvent dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services¹⁷.

Les CSSS constituent les instances locales désignées pour définir un projet clinique et organisationnel en conformité avec les orientations ministérielles et régionales. Le projet clinique et organisationnel doit intégrer les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience fixés dans les orientations des services sociaux généraux du MSSS, et désigner les ressources disponibles.

Autres établissements de santé et de services sociaux

Les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont également pour fonction d'assurer la prestation de services de santé et de services sociaux de qualité, qui sont continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes, et qui visent à réduire ou à résoudre les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des divers groupes de la population. Ils contribuent, significativement, à la définition du projet clinique et organisationnel entrepris par le CSSS et précisent à l'agence concernée leur offre de service au palier local, régional ou suprarégional. Ils concluent avec le CSSS les ententes nécessaires pour permettre à cette instance d'assurer la coordination des services requis pour la population du territoire du RLS.

Autres partenaires du réseau local de services

Quant aux autres partenaires du RLS, ils contribuent au projet clinique, notamment par leur participation à la prestation, à l'amélioration et au développement des services offerts aux personnes habitant le territoire. La définition de cette contribution s'effectue souvent à l'intérieur de tables de concertation, d'ententes de collaboration ou d'entente de service.

Agences de la santé et des services sociaux

Les agences ont comme fonctions de faciliter le développement et la gestion des RLS de leur région, de soutenir les établissements dans l'organisation des services, de favoriser l'établissement de corridors de services et la conclusion d'entente de service visant à répondre aux besoins de la population, de préciser la contribution attendue de chaque établissement et de s'assurer que les mécanismes de liaison et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels. Elles sont responsables de l'allocation des budgets aux établissements et aux organismes communautaires de leur région.

17 L.R.Q., c. S-4.2 article 101.

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

Le modèle du RLS repose sur l'existence, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de liaison et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième ligne¹⁸.

Le découpage territorial des RLS tient compte des dynamiques locales et des habitudes de consommation des services de santé et des services sociaux de la population.

Le territoire local devient le lieu d'échanges intersectoriels qui contribuent au développement social et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Les RLS fournissent le plus de services possible (services de santé publique, services généraux, services spécifiques et certains services spécialisés) à proximité des individus¹⁹.

Le CSSS agit comme assise du RLS. À cet effet, il doit susciter et animer les collaborations avec les intervenants du milieu et instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires offrant des services à la population relevant de sa compétence.

PROJET CLINIQUE ET ORGANISATIONNEL

Le projet clinique et organisationnel réfère à une démarche²⁰ qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulées entre eux et qui englobent une large gamme de services, allant de la promotion-prévention de la santé et du bien-être au soutien en fin de vie. Le projet clinique tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs.

Le projet clinique et organisationnel traduit l'organisation des services de santé et des services sociaux souhaitée pour la clientèle du territoire du réseau local de services. Il définit, pour le RLS, les éléments suivants²¹ :

- + les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- + les objectifs poursuivis en ce qui concerne l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- + l'offre de service nécessaire pour satisfaire les besoins et tenir compte des particularités de la population;
- + les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Les CSSS constituent l'instance locale désignée pour définir un projet clinique et organisationnel. Celui-ci doit s'inscrire en conformité avec les orientations ministérielles et régionales dans le respect des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience fixés ainsi que des ressources disponibles.

18 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associés à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2004, p. 9.

19 Ibid, p.11.

20 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services sociaux*, Document principal, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, p.12.

21 L.R.Q., c. S-4.2 article 99.5.

Pour ce faire, les CSSS mobilisent les établissements offrant des services de santé et des services sociaux et favorisent la participation libre et volontaire des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des ressources privées et des intervenants des autres secteurs d'activité ayant une incidence sur les services de santé et les services sociaux.

Sans qu'il s'agisse d'une obligation quant au découpage des projets cliniques et organisationnels, la nomenclature des programmes-services sert de base dans la majorité des cas en y apportant à l'occasion une portée plus grande, en ciblant des problématiques particulières ou encore en faisant référence à une partie de l'ensemble du programme-service. L'essentiel étant ici que l'élaboration du ou des projets cliniques tienne compte de la continuité sans égard au découpage des programmes-services²².

ENTENTES DE SERVICE ET DE COLLABORATION

Dans le contexte de l'élaboration des projets cliniques, les CSSS et leurs partenaires ont recours à différents moyens pour préciser les modalités de coordination mises en place au sein du RLS. Lorsque les partenaires conviennent qu'il est pertinent de formaliser des modalités de collaboration ou de confirmer des engagements relatifs à la prestation de services, ou lorsque cela est prescrit par la loi, ils ont recours à une modalité qu'on désigne sous le nom d'« entente ».

La notion d'« entente » s'applique notamment aux ententes entre établissements permettant d'assurer la continuité des services à chacun des niveaux d'accès et entre les différents niveaux, conformément aux principes de continuum et de hiérarchisation des services. Ces ententes peuvent également être conclues entre des établissements et des organismes communautaires ou d'autres partenaires sectoriels et intersectoriels.

Le *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, publié en mai 2006²³ par le MSSS, précise qu'il existe deux types d'ententes, soit celles portant sur une collaboration particulière et celle portant sur la prestation de services et des mécanismes qui y sont associés.

Les ententes de collaboration s'adressent généralement à des partenaires dont les activités ou les services, réalisés dans le cadre de leur mission respective, peuvent nécessiter la formalisation de mécanismes de coordination à mettre en place entre les établissements de santé ou de services sociaux ainsi que les organismes du territoire. Ces ententes permettent de formaliser des mécanismes d'accueil, de référence, de liaison, de suivi conjoint des usagers, de modalités de collaboration et, lorsque permis, de partage de renseignements en conformité avec les règles de confidentialité prévues par la loi.

À titre d'exemple, mentionnons :

- + les activités des organismes communautaires reliées à leur mission de base;
- + les services des établissements de santé et de services sociaux pour lesquels l'entente vise exclusivement des modes de collaboration;
- + les mécanismes de liaison avec des partenaires intersectoriels, etc.

Ces ententes de collaboration n'impliquent généralement pas de financement spécifique ni d'engagements relatifs à des volumes de services à rendre à la clientèle visée par l'entente. La pertinence, le contenu et la forme de ces ententes de collaboration sont, dans tous les cas, convenus entre les partenaires.

22 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Programme-services Santé publique*, Document de travail, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2006, p.11.

23 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, 15 p.

Les ententes de prestation de services concernent principalement des partenaires dont les activités ou les services, réalisés dans le cadre de leur mission respective ou dans le cadre d'un mandat spécifique, nécessitent, en plus des mécanismes de coordination et des dispositions relatives au partage de renseignements, un accord sur les clientèles visées, les services requis et, le cas échéant, les ressources qui y sont associées. Ce type d'entente permet de déterminer les usagers à desservir, d'identifier les services à dispenser, de préciser les volumes d'activités, les modalités de prestation attendues, le partage de responsabilités et, s'il y a lieu, la durée de l'entente relativement à un client. Ce type d'entente permet également d'établir, le cas échéant, le niveau de financement requis, de convenir de modalités de collaboration, de référence, de suivi conjoint et, lorsque pertinent et en conformité avec les règles de confidentialité prévues dans la loi, le partage d'informations nécessaires au suivi.

À titre d'exemple, mentionnons :

- ✦ les services dispensés par les CSSS, les établissements régionaux et suprarégionaux ou les établissements privés conventionnés, services pour lesquels il y a lieu de confirmer un engagement quant à leur prestation;
- ✦ les services dispensés par des ressources de la communauté en fonction d'une entente spécifique;
- ✦ les services des groupes de médecine familiale (GMF), des cliniques-réseaux et des autres cliniques médicales du territoire.

Les ententes de service convenues avec un groupe de partenaires peuvent prendre la forme d'une entente-cadre signée collectivement par les partenaires.

Les ententes conclues avec les organismes communautaires doivent en outre respecter les termes de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire²⁴, les principes directeurs et les modalités définies dans le document intitulé *Organismes communautaires : les ententes à convenir avec les instances locales*, publiées en juin 2004, de même que, lorsque cela s'applique, ceux définis dans le document *Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec*²⁵.

Dans le même sens, les ententes conclues avec les collègues publics du Québec doivent s'inscrire dans les termes du cadre de référence publié par le MSSS en 2010, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport²⁶. Ce document vise à faciliter la conclusion d'ententes locales afin d'assurer des services de santé et des services sociaux aux étudiantes et aux étudiants des collèges publics.

24 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, septembre 2001, 59 p.

25 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 17 p.

26 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux et les collèges publics du Québec*, Québec, 2010, 27 p.

PARTIE 2

PRÉSENTATION DE LA CLIENTÈLE ET DES SERVICES SOCIAUX DU PROGRAMME-SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

CLIENTÈLE VISÉE

La clientèle des services sociaux généraux est constituée de l'ensemble de la population qui éprouve un problème social ou psychologique ou qui a des questions à cet égard et qui s'adresse au CSSS pour obtenir une réponse à son besoin. Les personnes qui présentent des problèmes généralement ponctuels ou de courte durée, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible, de même que les personnes sinistrées en contexte de sécurité civile en constituent la clientèle dominante.

DÉFINITION DES SERVICES SOCIAUX DU PROGRAMME-SERVICES, SERVICES GÉNÉRAUX — ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Dans l'architecture des services de santé et des services sociaux²⁷, les services généraux constituent la porte d'entrée principale du CSSS pour l'ensemble de la population. Ainsi, à ce titre, les services sociaux généraux ont la responsabilité de répondre à toute personne qui s'adresse au CSSS pour obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et de l'orienter vers les services appropriés. À cet effet, ils doivent comprendre le service suivant :

- + accueil, analyse, orientation et référence (AAOR).

Par ailleurs, dans l'architecture des services de santé et des services sociaux, les services sociaux généraux ont également la responsabilité de répondre aux personnes qui présentent des problèmes généralement ponctuels ou de courte durée, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. À cet effet, les services sociaux généraux doivent comprendre les services suivants :

- + consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social);
- + intervention de crise dans le milieu 24/7;
- + consultation sociale;
- + consultation psychologique.

27 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 30 p.

En outre, dans le cadre du *Plan national de sécurité civile du Québec*²⁸, qui découle de la Loi sur la sécurité civile²⁹ (2001), la mission « Santé »³⁰ a la responsabilité d'offrir les services de santé et de services sociaux à la population sinistrée. Le volet psychosocial est sous la responsabilité des services sociaux généraux et s'inscrit dans un cadre légal et ministériel brièvement décrit à l'annexe 1. À ce titre, les services sociaux généraux comprennent le service suivant :

- + volet psychosocial en contexte de sécurité civile.

Les services sociaux généraux contribuent également à l'atteinte des objectifs de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*³¹; des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*³² et de leur Plan d'action³³⁻³⁴ respectif. Pour ces clientèles, les services sociaux généraux doivent s'assurer de l'accessibilité aux services requis soit en CSSS ou par le biais d'entente de service ou de collaboration.

PRINCIPAUX CONSTATS ET ENJEUX

À titre de porte d'entrée principale du CSSS en matière de services sociaux, les services sociaux généraux s'adressent à l'ensemble de la population. En ce sens, on comprendra que les services doivent être adaptés à une diversité de problèmes sociaux et psychologiques allant des problèmes courants jusqu'aux problèmes sévères en passant par les situations à risque et les situations de crise.

En ce qui a trait aux problèmes que l'on retrouve dans les services sociaux généraux, il est observé que les données manquent pour tracer un portrait global de ces problèmes à l'échelle de la population. Les informations disponibles, quoique éclairantes, ne sont pas encore suffisantes pour permettre de saisir l'importance relative de chacun de ces problèmes et d'orienter l'adaptation des services sociaux généraux non seulement en fonction des besoins actuels, mais aussi en fonction de leur évolution. Le MSSS entend donc continuer à favoriser l'amélioration progressive des données disponibles à cet égard.

Il en est de même pour les clientèles ayant recours aux services sociaux généraux. Par exemple, le système d'information I-CLSC permet d'obtenir des données pertinentes et comparables à propos des clientèles ayant recours aux services du CSSS (mission CLSC). Toutefois, les données qui peuvent être extraites de ce système ne permettent pas à ce jour de dégager un portrait uniforme de la clientèle desservie et de suivre son évolution. Le MSSS entend donc poursuivre des travaux qui permettront d'adapter le cadre normatif I-CLSC³⁵ et l'application I-CLSC aux présentes orientations ainsi qu'aux besoins informationnels des différentes instances. Néanmoins, en 2010-2011, il est possible de confirmer que 223 552 interventions en services psychosociaux généraux ont été réalisées dans l'ensemble des CSSS (mission CLSC) du Québec, et ce, auprès de 61 333 usagers différents. Au niveau de l'AAOR (social), 184 358 demandes de service ont été colligées pour 178 300 usagers différents.

28 MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *Plan national de sécurité civile*, Québec, ministère de la Sécurité publique, février 2008, 295 p.

29 Loi sur la sécurité civile, L.R.Q., chapitre S-2-s, 2001.

30 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mission « Santé » Annexe 3 du Plan national de sécurité civile, approuvé le 13 mars 2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2012, 9 p.

31 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, 77 p.

32 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, 2001, 90 p.

33 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, 2004, 35 p.

34 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, Québec, 2008, 71 p.

35 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre normatif : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 447 p.

Par ailleurs, divers rapports^{36- 37-38-39- 40} ont posé un diagnostic sur l'organisation des services offerts à la population. Le manque d'accessibilité des services de base à proximité des milieux de vie au moment opportun, l'absence de clarté dans les mécanismes d'accès, une continuité parfois déficiente, sont des lacunes maintes fois soulignées dans le contexte de ces différents travaux. C'est le cas par exemple du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) et du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, qui demeure incomplet dans certains territoires du Québec. C'est également le cas des liens qui sont à préciser entre les services sociaux généraux et les autres services du CSSS ou encore avec les services des groupes de médecine familiale (GMF), des cliniques-réseaux et des autres cliniques médicales du territoire.

Ces constats amènent à la conclusion qu'il faut poursuivre les efforts en vue de consolider les services sociaux généraux pour assurer un accès rapide aux services sociaux du CSSS, une intervention efficace lors de problèmes ponctuels ou de courte durée et, le cas échéant, une référence vers les services appropriés pour ainsi prévenir la détérioration des problèmes sociaux et psychologiques.

Toutefois, pour que ces efforts donnent les résultats souhaités, ils devront notamment s'accompagner d'actions qui permettront :

- + de s'assurer que les services sociaux généraux nécessaires pour répondre efficacement aux problèmes sociaux et psychologiques généralement ponctuels ou situationnels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible, sont disponibles, de manière équitable, sur l'ensemble du territoire québécois;
- + de s'assurer que la population de toutes les régions du Québec peut accéder, de façon claire, simple et rapide, aux services sociaux généraux au moment où elle a besoin de ces services;
- + d'améliorer la cohésion et la continuité de l'intervention en resserrant la coordination et la concertation;
- + d'améliorer les données nécessaires pour dégager un portrait d'ensemble des problèmes sociaux et psychologiques, de saisir l'importance relative de chacun et de penser l'adaptation des services sociaux généraux non seulement en fonction des besoins actuels, mais aussi en fonction de leur évolution;
- + d'assurer l'augmentation, le transfert et l'application des connaissances dans le contexte des services sociaux généraux.

36 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 13.

37 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Info-Social régional Urgence-Détresse – Portrait des modèles régionaux d'organisation du service*, Direction de l'évaluation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 130 p.

38 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les solutions émergentes, rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000, 410 p.

39 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Avis concernant l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 20 p.

40 PROTECTEUR DU CITOYEN. *Rapport du Protecteur du citoyen sur les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : de l'engagement gouvernemental à la réalité*, Québec, Protecteur du citoyen, 2012, 144 p.

À cet effet, le MSSS prévoit mener différents travaux qui permettront de disposer de moyens supplémentaires pour soutenir l'actualisation des orientations au regard des services sociaux généraux. Parmi ces travaux se trouvent ceux portant sur les besoins suivants :

- + l'alimentation en données permettant de dégager un portrait d'ensemble des problèmes sociaux, de saisir l'importance relative de chacun et de penser l'adaptation des services sociaux généraux non seulement en fonction des besoins actuels, mais aussi en fonction de leur évolution;
- + l'alimentation en données permettant de dégager un portrait complet et fiable de la clientèle desservie par les services sociaux généraux et de suivre son évolution;
- + la connaissance de l'efficacité des interventions de courte durée suivant le problème en cause, dans le contexte des services sociaux généraux;
- + la réflexion sur la responsabilité des services sociaux généraux en ce qui a trait aux services complémentaires à l'intervention de crise dans le milieu 24/7, comme le suivi de crise de courte durée, le suivi étroit, l'hébergement temporaire, l'arrimage avec l'intervention de crise auprès des personnes suivies par les services spécifiques, etc.;
- + l'identification des balises d'arrimage entre les services sociaux et les services de santé généraux incluant ceux offerts dans la communauté par les GMF, les cliniques-réseaux et les autres cliniques médicales du territoire.

PARTIE 3

ORIENTATIONS DES SERVICES SOCIAUX DU PROGRAMME-SERVICES SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Le *Plan stratégique 2010-2015*⁴¹ du MSSS précise qu'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise et lui offrir des services de santé et des services sociaux accessibles, continus et de qualité sont autant de défis à relever pour le MSSS et l'ensemble du réseau. Il traduit ces défis majeurs par une vision et des objectifs clairs et concrets et indique les priorités qui devront faire l'objet d'un effort particulier.

En découpant l'activité du système de santé et de services sociaux en programmes-services, le MSSS veut favoriser une façon optimale d'intervenir. Dans ce contexte, l'orientation ministérielle privilégiée pour les services sociaux généraux consiste à assurer un accès rapide aux services sociaux du CSSS, à intervenir sur les problèmes ponctuels ou de courte durée et, le cas échéant, à orienter les personnes vers les services appropriés pour ainsi prévenir la détérioration des problèmes sociaux et psychologiques.

L'orientation privilégiée pour les services sociaux généraux se traduit par une gamme de services et de standards ministériels qui leur sont associés. Les standards sont regroupés sous cinq attributs de services, soit les standards d'accessibilité, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Le prochain chapitre décrit de façon détaillée chacun des services et des standards fixés.

41 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 52 p.*

INTERFACES AVEC LES AUTRES PROGRAMMES-SERVICES ET LES PARTENAIRES

Comme il a été précisé précédemment, chaque projet clinique doit prévoir et rendre opérationnelles les interfaces avec les autres programmes-services, en vue, notamment, d'assurer l'accessibilité et la continuité des services.

Des interfaces doivent également être prévus avec les partenaires du RLS dont les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les médecins exerçant en GMF et les cliniques médicales, les organismes communautaires, l'intersectoriel, etc. Cela se traduit notamment par l'application des standards d'accessibilité et de continuité énoncés pour chacun des services de la gamme des services sociaux généraux.

APPROCHES

Les interventions faites dans le contexte des services décrits dans le présent document sont des interventions individuelles, de couple, familiales ou de groupe. Ces interventions sont de courte durée et reposent sur des approches reconnues dans le domaine de l'intervention sociale et psychologique. Dans ce contexte, les connaissances sur les catégories de problèmes pour lesquels l'intervention de courte durée est la plus efficace doivent être bonifiées, et ce, tant au niveau des pratiques cliniques que de l'organisation des services. De concert avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), le MSSS a engagé des travaux à cet effet.

En outre, il importe que les intervenants possèdent des compétences professionnelles diversifiées et des outils leur permettant d'intervenir dans un contexte de problèmes sociaux et psychologiques variés.

PARTIE 4

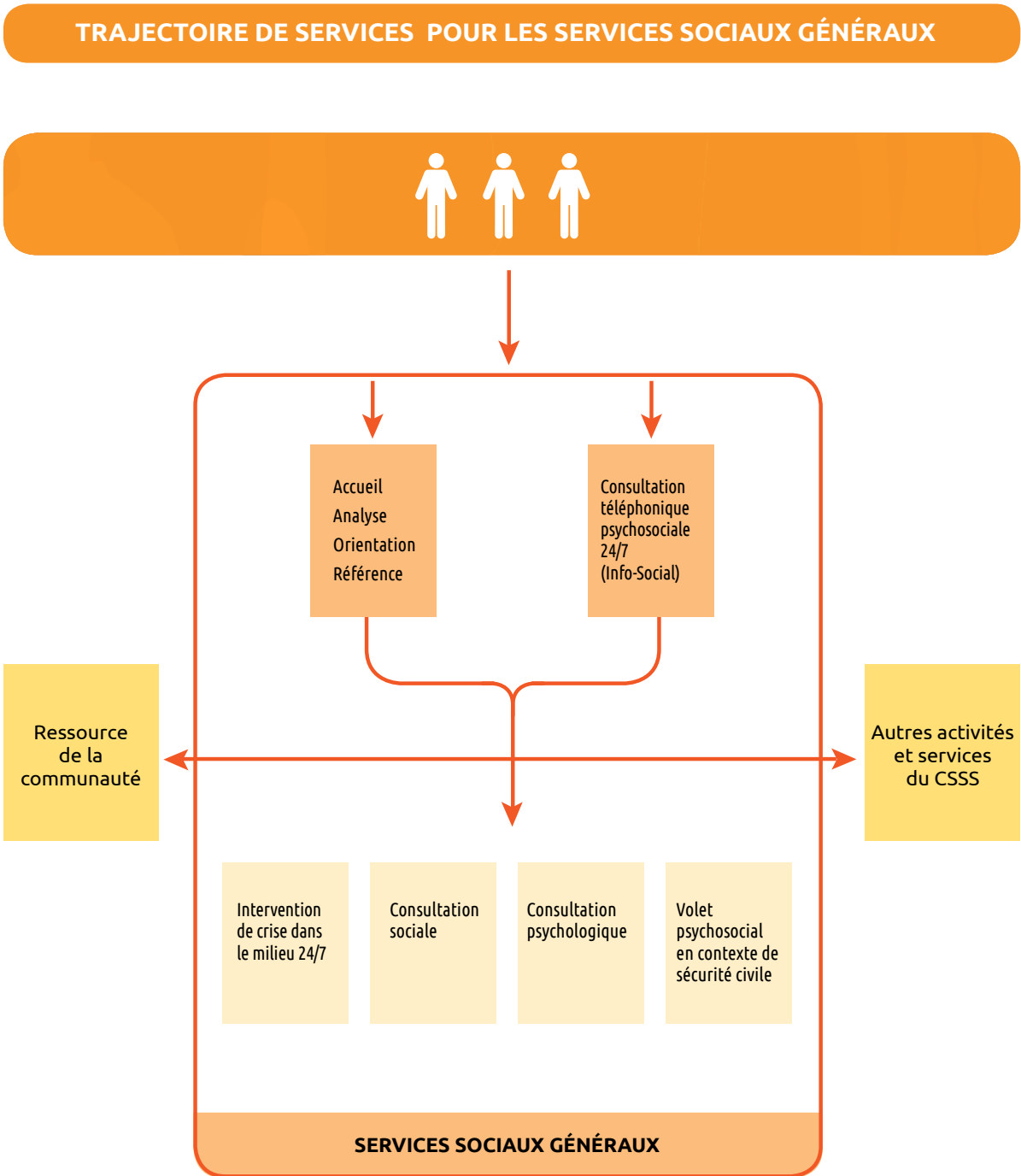
TRAJECTOIRE

TRAJECTOIRE DES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

Conformément au diagramme présenté ci-après, lorsque la personne s'adresse au CSSS, la demande est analysée au service d'AAOR. S'il s'agit d'un besoin de service ponctuel ou de courte durée, la demande est traitée immédiatement ou elle est dirigée vers l'un ou l'autre des autres services sociaux généraux. S'il s'agit d'une situation de crise, l'AAOR s'assure de la mise en place immédiate d'un processus d'intervention de crise par le biais du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ou d'un autre service selon le besoin. Les personnes peuvent aussi être orientées vers un des autres services généraux du CSSS, vers les activités de santé publique ou vers une autre ressource de la communauté. Lorsqu'il s'agit d'un besoin de service de moyenne ou de longue durée, la demande est acheminée vers les services spécifiques du CSSS.

Les partenaires peuvent également recommander une personne aux services sociaux généraux du CSSS en s'adressant à l'AAOR. Certains partenaires ciblés par les programmes spécifiques peuvent toutefois contacter directement les services spécifiques dans le cadre d'entente de service.

En outre, une personne peut s'adresser au CSSS par le biais de la ligne de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) pour obtenir une réponse téléphonique ponctuelle liée à un besoin d'information, d'intervention, de référence-orientation, d'avis professionnels ou de conseils en matière de services sociaux. Ce service peut également intervenir dans un contexte de crise et donner lieu à des interventions dans le milieu.



PARTIE 5

SERVICES

SERVICES

Cette partie présente la description de chacun des six services composant l'ensemble des services sociaux généraux, soit l'AAOR, la consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), l'intervention de crise dans le milieu 24/7, la consultation sociale, la consultation psychologique et le volet psychosocial en contexte de sécurité civile. La description de chacun de ces services comprend également l'énoncé des différents standards fixés pour chacun d'eux.

FICHE 1

ACCUEIL, ANALYSE, ORIENTATION ET RÉFÉRENCE

RESPONSABILITÉ

CSSS

Description du service

Le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) constitue la porte d'entrée principale du CSSS en ce qui a trait aux demandes de service de nature sociale ou psychologique. Il est offert avec ou sans rendez-vous de jour et de soir en semaine et certaines heures la fin de semaine. Il est accessible 70 heures par semaine par des rencontres en personne ainsi que 70 heures semaine par téléphone. Il est offert dans les locaux du CSSS. Il fait généralement suite à une demande présentée directement par la personne concernée ou par un proche. Il peut également faire suite à une référence d'un autre service du CSSS, d'un autre établissement ou d'une ressource du milieu.

Il comprend l'accueil, l'analyse des informations, l'orientation et la référence des personnes qui requièrent des services sociaux.

Par l'accueil, l'intervenant assure la prise de contact avec la personne qui fait appel au service et la collecte des informations relatives à la situation problématique, aux attentes et aux forces de la personne et de son milieu, aux raisons et aux circonstances de la demande, etc.

L'analyse des informations consiste à chercher le sens et la signification à accorder aux informations recueillies dans le but de circonscrire la nature des problèmes et des besoins de la personne et de clarifier sa demande. Elle comprend notamment l'appréciation du degré d'urgence, la vérification de critères d'obtention de services et la détermination des services que le CSSS peut offrir en fonction des besoins identifiés.

L'analyse permet également d'identifier des facteurs de risque pouvant mener à des problèmes plus importants. Ce volet du service se fonde sur la collaboration avec les autres services du CSSS qui assurent un rôle de soutien.

L'orientation sert à explorer avec la personne des stratégies d'aide appropriées et des pistes de solution en fonction de sa situation et de ses besoins et à répondre à ses questions. L'orientation consiste aussi à lui fournir l'information factuelle nécessaire sur les services disponibles au sein du CSSS, dans la communauté ou dans tout autre établissement sociosanitaire lorsque le recours à ces services est jugé approprié.

De plus, s'il s'agit d'un problème pouvant être résolu par un nombre minimal de rencontres (maximum de trois rencontres), elle peut être effectuée dans le cadre du service d'AAOR (ex. : intervention de crise).

Lorsque la personne est dirigée vers d'autres services, l'intervenant doit s'assurer qu'elle a la capacité de faire elle-même les démarches auprès des services identifiés. S'il y a un doute à cet égard, il est de la responsabilité de l'intervenant d'offrir à la personne les mesures appropriées afin de s'assurer qu'elle puisse accéder au service requis. Ces mesures peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.

La référence est une mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. Elle est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique ou d'une communication téléphonique faite à un intervenant exerçant la fonction d'accueil. La référence peut se situer dans un contexte de crise et exiger, le cas échéant, la mise en place immédiate d'un processus d'intervention de crise par le biais des services d'intervention en situation de crise, notamment le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ou toute autre ressource appropriée.

Objectifs

- + Permettre l'accès facile et rapide aux services sociaux du CSSS.
- + Identifier les problématiques sous-jacentes pour diriger les personnes vers les services appropriés.

Clientèle visée

Toute personne qui éprouve un problème de nature sociale ou psychologique ou ayant des questions à cet égard et qui s'adresse au CSSS afin d'obtenir une réponse à son besoin.

Standards fixés pour ce service

Accessibilité

Accessibilité géographique

- + Le service d'AAOR est accessible à la population de l'ensemble du territoire.
- + Le service d'AAOR est accessible dans les locaux du CSSS.
- + Le service d'AAOR est accessible par téléphone et par des rencontres en personne.
- + Le service d'AAOR est accessible dans plusieurs installations.

Accessibilité temporelle

- + Le service d'AAOR est accessible par téléphone au moins 70 heures par semaine.
- + Le service d'AAOR est accessible par des rencontres en personne au moins 70 heures par semaine.
- + Le service d'AAOR est accessible, par téléphone et par des rencontres en personne, de jour, de soir en semaine et un certain nombre d'heures les fins de semaine.

Accessibilité professionnelle

- + Le service d'AAOR est accessible avec ou sans rendez-vous.
- + Le premier contact que l'intervenant établit avec la personne qui présente une demande de rencontre en personne est effectué dans un délai n'excédant pas 2 heures.
- + Le retour d'appel, à la suite d'une demande formulée par téléphone, est effectué dans un délai n'excédant pas 24 heures.
- + L'analyse de la demande est complétée dans les 10 jours suivant sa réception (téléphonique ou en personne).
- + Toute situation considérée urgente est traitée de façon immédiate ou au plus tard dans les 24 heures selon le degré d'urgence.

Qualité

Pratiques cliniques

- + Des approches cliniques reconnues efficaces sont utilisées.
- + Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention (ex. : guide d'intervention, protocole d'intervention médicosociale pour les victimes d'agressions sexuelles, etc.) sont utilisés.

Formation et mise à jour des compétences

- + Un programme structuré de formation du nouveau personnel est en vigueur.
- + Un programme structuré de formation continue et d'activités de mise à jour des compétences axées sur les différents problèmes rencontrés au service d'AAOR et les nouveaux modes de pratiques est en vigueur.

Encadrement clinique

- + La supervision des intervenants en période probatoire est mise en œuvre par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La supervision des intervenants demeure en œuvre après la période probatoire par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La consultation clinique est accessible aux intervenants suivant les besoins du contexte d'intervention du service d'AAOR.

Outils et instruments de travail

- + Le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS), actualisé régulièrement, est mis à la disposition des intervenants de l'AAOR.
 - + Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention de l'AAOR sont mis à la disposition des intervenants (guides d'intervention, protocole d'intervention médicosociale pour les victimes d'agressions sexuelles, etc.).
 - + L'offre de service des différents programmes du CSSS et des partenaires du réseau de même que les politiques et procédures pertinentes sont mises à la disposition des intervenants.
 - + L'équipement technologique adéquat est mis en place (informatique, téléphonie, etc.).
-

Continuité

Arrimage

- + Des critères et des modalités de référence, établis avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté, suivant les besoins du contexte d'intervention de l'AAOR, sont appliqués.
- + Des modalités permettant de s'assurer que la personne puisse accéder au service requis sont établies et appliquées. Ces modalités peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.
- + Des modalités de communication et de liaison établies entre les partenaires sont appliquées.

Communication de renseignements

- + Les modalités permettant de protéger les renseignements personnels et de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont établies selon l'application des articles 17 et 27.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)⁴² et appliquées.
- + Des outils permettant de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont utilisés et conformes aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁴³.

Coordination

- + Des ententes de service, conformes à l'article 108 de la LSSSS⁴⁴ et au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁴⁵, sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention de l'AAOR et mises à jour régulièrement.
- + Des ententes de collaboration et de partenariat conformes au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁴⁶ sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention de l'AAOR et mises à jour régulièrement.
- + Les ententes conclues avec les organismes communautaires sont en outre conformes aux principes et aux modalités énoncées dans le document ministériel *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*⁴⁷ et à la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire⁴⁸.
- + Des moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités sont mis en œuvre (ex. : table de concertation, comité de suivi, etc.).

Efficacité et efficience

- + Les délais prescrits sont respectés.
- + Les ententes de service ou de collaboration et de partenariat sont respectées.
- + Le service de l'AAOR s'inscrit de façon cohérente avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CSSS.

42 L.R.Q., c. S-4.2 articles 17 et 27.3.

43 Ibid.

44 Ibid., art.108.

45 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, 15 p.

46 Ibid.

47 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2004, 5 p.

48 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, septembre 2001, 59 p.

FICHE 2

CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (Info-Social)

RESPONSABILITÉ

CSSS

Description du service

Le *Plan stratégique 2010-2015* du MSSS⁴⁹ prévoit que toutes les régions offriront à leur population, d'ici 2015, un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) est accessible par le numéro 8-1-1. Il comprend des activités d'intervention psychosociale, des activités psychosociales en contexte de sécurité civile et des activités de soutien aux intervenants.

Les interventions psychosociales téléphoniques comprennent les types d'intervention suivants⁵⁰ :

+ L'intervention de type « information »

L'intervention de type « information » consiste à donner de l'information diverse de nature psychosociale à la personne et à son entourage et à adresser les personnes vers des ressources appropriées.

+ L'intervention de type « prévention-éducation »

L'intervention de type « prévention-éducation » vise à prévenir l'apparition ou l'aggravation de problèmes psychosociaux. Elle cherche à éviter qu'un déséquilibre temporaire affecte le fonctionnement de la personne au quotidien.

+ L'intervention de type « crise »

L'intervention de crise consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins⁵¹.

Lorsqu'il y a risque pour l'intégrité ou la sécurité de la personne ou celle d'un tiers, des mesures contraignantes, comme le prévoit la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (c. P-38.001)⁵², peuvent être mises en place.

49 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 52 p.

50 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultations téléphoniques 24 heures, 7 jours, à l'échelle du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, p. 8.

51 *Projet de règlement, Code des professions* (L.R.Q., c. C-26), dans Gazette officielle du Québec, 5 octobre 2011, 143^e année, N° 40.

52 Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (c. P-38.001).

Lorsque la personne qui s'adresse au service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) est dirigée vers d'autres ressources, le professionnel doit s'assurer qu'elle a la capacité de faire elle-même les démarches auprès des services identifiés. S'il y a doute à cet égard, il est de la responsabilité du professionnel d'offrir à la personne les mesures appropriées afin de s'assurer qu'elle puisse accéder au service requis. Ces mesures peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.

La référence est une mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. Elle est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique ou d'une communication téléphonique faite à un intervenant exerçant la fonction d'accueil.

+ La consultation téléphonique psychosociale en contexte de sécurité civile

En contexte de sécurité civile, le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) assure également l'accès téléphonique rapide et direct à une consultation en matière de services psychosociaux par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, et ce, jusqu'à 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) apporte également du soutien aux intervenants qui ont besoin, pour leur intervention auprès des usagers, d'une information quant à la disponibilité des ressources, d'un conseil, d'une orientation, d'une référence ou d'une discussion de cas dans le cadre d'une intervention particulière, selon les situations.⁵³

Objectif

- + Permettre l'accès téléphonique continu, rapide et direct à une consultation psychosociale.

Clientèle visée

- + Toute personne ayant un besoin d'information, d'intervention, d'orientation et de référence vers les ressources appropriées, d'avis professionnels ou de conseils en matière de services sociaux. Toute personne touchée par un sinistre dans le cadre du volet psychosocial.
- + Les intervenants qui ont besoin, pour leur intervention auprès des usagers, d'une information quant à la disponibilité des ressources, d'un conseil, d'une orientation, d'une référence ou d'une discussion de cas dans le cadre d'une intervention particulière, selon les situations.

53 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphoniques 24 heures, 7 jours, à l'échelle du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 40 p.

Standards fixés pour ce service

Accessibilité

Accessibilité géographique

- + D'ici 2015, le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) sera accessible à la population de l'ensemble du territoire.
- + Le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) est accessible par le numéro 8-1-1.

Accessibilité temporelle

- + Le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par année.

Accessibilité professionnelle

- + D'ici 2015, 90 % des appels devront obtenir une réponse dans un délai de 4 minutes ou moins.

Qualité

Pratiques cliniques

- + Des approches cliniques reconnues efficaces sont utilisées.
- + Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention téléphonique psychosociale notamment les *Guides d'intervention Info-Social* (GIIS) sont utilisés.
- + La durée moyenne d'un appel au service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) est de 25 minutes.

Formation et mise à jour des compétences

- + Un programme structuré de formation du nouveau personnel est en vigueur.
- + Un programme structuré de formation continue et d'activités de mise à jour des compétences axées sur les différents problèmes rencontrés au service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) et les nouveaux modes de pratiques est en vigueur.
- + Les professionnels au service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) participent au programme provincial de formation.

Encadrement clinique

- + La supervision des professionnels en période probatoire est mise en œuvre par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La supervision des professionnels demeure en œuvre après la période probatoire par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La consultation clinique psychosociale est accessible aux professionnels 24/7.

Outils et instruments de travail

- + Le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS), actualisé régulièrement, est mis à la disposition des professionnels au service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social).
- + Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention au service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) sont mis à la disposition des professionnels, notamment les *Guides d'intervention Info-Social* (GIIS).
- + L'offre de service des différents programmes du CSSS et des partenaires du réseau de même que les politiques et procédures pertinentes sont mises à la disposition des professionnels.
- + L'équipement technologique adéquat est mis en place (informatique, téléphonie, etc.).

Continuité

Arrimage

- + Des critères et des modalités de référence, établis avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté, sont appliqués. Ces critères et modalités suivent les besoins du contexte d'intervention du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social).
- + Des modalités permettant de s'assurer que la personne puisse accéder au service requis sont établies et appliquées. Ces modalités peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.
- + Des modalités de communication et de liaison entre les partenaires sont établies et appliquées.

Communication de renseignements

- + Les modalités permettant de protéger les renseignements personnels et de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont établies selon l'application des articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁵⁴ et appliquées.
- + Des outils permettant de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont utilisés et conformes aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁵⁵.

54 L.R.Q., c. S-4.2 articles 17 à 27.3.

55 Ibid.

Coordination

- + Des ententes de service, conformes à l'article 108 de la LSSSS⁵⁶ et au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁵⁷, sont conclues suivant les besoins du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) et mises à jour régulièrement.
- + Des ententes de collaboration et de partenariat conformes au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁵⁸ sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) et mises à jour régulièrement.
- + Les ententes conclues avec les organismes communautaires, notamment ceux dont la mission vise la prévention du suicide, l'écoute téléphonique et l'intervention de crise, sont en outre conformes aux principes et aux modalités énoncés dans les documents ministériels *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*⁵⁹ et *Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec*⁶⁰ et à la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire⁶¹.
- + Des moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités sont mis en œuvre (ex. : table de concertation, comité de suivi, etc.).

Efficacité et efficience

- + Les délais prescrits sont respectés.
- + Les ententes de service ou de collaboration et de partenariat sont respectées.
- + Le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) s'inscrit de façon cohérente avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CSSS.
- + Le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) s'inscrit de façon cohérente avec le *Plan stratégique 2010-2015*⁶² du MSSS.

56 Ibid., art.108.

57 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, 15 p.

58 Ibid.

59 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2004, 5 p.

60 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 17 p.

61 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, septembre 2001, 59 p.

62 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 52 p.

FICHE 3

INTERVENTION DE CRISE DANS LE MILIEU 24/7

RESPONSABILITÉ

CSSS

Description du service

Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offert sans rendez-vous, 24 heures par jour, sept jours par semaine. Il se réalise à domicile ou dans un autre lieu approprié. Il fait généralement suite à une référence effectuée par le service d'AAOR ou par le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social). Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 peut aussi faire suite à une référence d'un partenaire qui a une entente à cet effet avec le CSSS.

Le service peut être appelé à partager certaines responsabilités conformément aux modes d'organisation de services adoptés sur le plan régional, notamment à titre de service d'aide en situation de crise, désigné par l'agence, pour l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)⁶³.

Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est rendu par un intervenant du CSSS ou d'un organisme communautaire dans le cadre d'entente. Dans cette situation, le CSSS s'assure que l'organisme répond aux critères d'accessibilité, de qualité et de continuité convenus dans le cadre de l'entente.

L'intervention de crise consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement humain en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins⁶⁴. Selon la nature des problèmes présentés, la référence peut être immédiate vers les ressources appropriées ou se faire en fonction de l'application de protocoles existants. Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 peut également assurer l'application de différents protocoles (violence conjugale, agression sexuelle, etc.).

Lorsque la personne est dirigée vers d'autres services, l'intervenant doit s'assurer qu'elle a la capacité de faire elle-même les démarches auprès des services identifiés. S'il y a doute à cet égard, il est de la responsabilité de l'intervenant d'offrir à la personne les mesures appropriées afin de s'assurer qu'elle puisse accéder au service requis. Ces mesures peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.

Des travaux viendront préciser la responsabilité des services sociaux généraux à l'égard des services complémentaires à l'intervention de crise dans le milieu, notamment le suivi de crise de courte durée, le suivi étroit, l'hébergement temporaire et l'arrimage avec l'intervention de crise auprès des personnes suivies par les services spécifiques.

63 Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001).

64 *Projet de règlement, Code des professions* (L.R.Q., c. C-26), dans Gazette officielle du Québec, 5 octobre 2011, 143^e année, N° 40.

Objectifs

- + Rendre disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine une intervention directe et immédiate à toute personne de la population générale en situation de crise et qui nécessite une intervention en face à face.
- + Désamorcer la crise et évaluer les risques et la dangerosité de la situation.
- + Prévenir la détérioration de la situation et soutenir la personne par une réponse rapide.
- + Protéger la personne et ses proches.
- + Retrouver un équilibre fonctionnel antérieur à la crise.
- + Éviter le recours non essentiel aux urgences hospitalières.

Clientèle visée

Toute personne de la population générale qui est en situation de crise et pour laquelle une intervention dans le milieu est jugée nécessaire par le service de l'AAOR, le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) ou par un partenaire du milieu qui a une entente à cet effet avec le CSSS.

Par ailleurs, les personnes qui présentent des situations de crises et qui reçoivent des services dans les programmes-services spécifiques (épisode de service actif) sont généralement dirigées vers ces programmes pour l'intervention de crise à moins d'une entente à ce sujet.

Standards fixés pour ce service

Accessibilité

Accessibilité géographique

- + Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est accessible à la population de l'ensemble du territoire.
- + Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offert au domicile ou dans tout autre lieu approprié.

Accessibilité temporelle

- + L'accès au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est assuré 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par année.

Accessibilité professionnelle

- + Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offert à la suite d'une référence interne ou externe.
- + Toute situation considérée urgente est traitée de façon immédiate.

Qualité

Qualité de la réponse

- + Des approches cliniques reconnues efficaces sont utilisées.
- + Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention de crise dans le milieu 24/7 sont utilisés.

Formation et mise à jour des compétences

- + Un programme structuré de formation du nouveau personnel est en vigueur.
- + Un programme structuré de formation continue et d'activités de mise à jour des compétences axées sur les différents problèmes rencontrés au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et les nouveaux modes de pratiques est en vigueur.

Encadrement clinique

- + La supervision des intervenants en période probatoire est mise en œuvre par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La supervision des intervenants demeure en œuvre après la période probatoire par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La consultation clinique est accessible aux intervenants 24/7.

Outils et instruments de travail

- + Le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS), actualisé régulièrement, est mis à la disposition des intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.
- + Des outils cliniques validés et adaptés au contexte d'intervention de crise dans le milieu 24/7 sont mis à la disposition des intervenants.
- + L'offre de service des différents programmes du CSSS et des partenaires du réseau de même que les politiques et procédures pertinentes sont mises à la disposition des intervenants.
- + L'équipement technologique adéquat est mis en place (informatique, téléphonie, etc.).

Continuité

Arrimage

- + Des critères et des modalités de référence, établis avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté, sont appliqués. Ces critères et modalités suivent les besoins du contexte d'intervention, du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.
- + Des modalités permettant de s'assurer que la personne puisse accéder au service requis sont établies et appliquées. Ces modalités peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.
- + Des modalités de communication et de liaison avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté sont établies et appliquées, notamment avec les services d'urgences (policiers, techniciens ambulanciers, premiers répondants, etc.) et avec les autres ressources d'intervention en situation de crise (centres jeunesse, ressources d'hébergement de crise, urgences hospitalières, centres désignés en matière d'agressions sexuelles, maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale, etc.).

Communication de renseignements

- + Les modalités permettant de protéger les renseignements personnels et de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont établies selon l'application des articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁶⁵ et appliquées.
- + Des outils permettant de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont utilisés et conformes aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁶⁶.

Coordination :

- + Des ententes de service, conformes à l'article 108 de la LSSSS⁶⁷ et au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁶⁸, sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et mises à jour régulièrement.
- + Des ententes de collaboration et de partenariat conformes au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁶⁹ sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et mises à jour régulièrement.
- + Les ententes conclues avec les organismes communautaires sont en outre conformes aux principes et aux modalités énoncées dans le document ministériel *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*⁷⁰ et à la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire⁷¹.
- + Des moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités sont mis en œuvre (ex. : table de concertation, comité de suivi, etc.).

Efficacité et efficience

- + Les délais prescrits sont respectés.
- + Les ententes de service ou de collaboration et de partenariat sont respectées.
- + Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 s'inscrit de façon cohérente avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CSSS.

65 L.R.Q., c. S-4.2 articles 17 à 27.3.

66 Ibid.

67 L.R.Q., c. S-4.2 art. 108.

68 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, 15 p.

69 Ibid.

70 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2004, 5 p.

71 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, septembre 2001, 59 p.

FICHE 4

CONSULTATION SOCIALE

RESPONSABILITÉ

CSSS

Description du service

Ce service est offert par des professionnels sur rendez-vous, de jour et de soir en semaine et un certain nombre d'heures les fins de semaine. Il se réalise au CSSS, au domicile de la personne ou dans un autre milieu approprié. Il fait généralement suite à une référence effectuée par le service d'AAOR, le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), ou un autre service du CSSS. Il peut aussi faire suite à une référence d'un autre établissement ou d'un partenaire qui a une entente à cet effet avec le CSSS.

Le service de consultation sociale est offert aux personnes qui présentent des problèmes ponctuels et situationnels de fonctionnement social ou de la dynamique des systèmes relationnels conjugaux et familiaux et qui requièrent des services sociaux généraux en contexte individuel, de couple, familial ou de groupe.

Le service de consultation sociale comprend des activités d'intervention sociale et des activités d'intervention conjugale et familiale.

L'intervention sociale vise l'amélioration du fonctionnement social des personnes (individu, couple, famille) par l'atteinte de leurs objectifs de changement et dans la réponse à leurs besoins sociaux et communautaires. Elle est un processus qui comprend plusieurs activités planifiées, dont la prise de contact, l'évaluation de la situation, la planification d'une intervention sociale, sa réalisation et son évaluation.

L'intervention familiale et conjugale vise l'amélioration des modes de communication dans le but de favoriser chez la personne de meilleures relations conjugales et familiales. Ici, l'intervention porte sur le système conjugal et familial et s'effectue à travers une perspective dynamique, c'est-à-dire en portant attention aux forces qui en maintiennent ou en compromettent l'équilibre ainsi qu'à celles susceptibles de les remettre en mouvement. Elle comprend l'évaluation, la détermination d'un plan de traitement et d'intervention et un ensemble d'activités visant l'atteinte des objectifs fixés.

Les approches prescrites dans le cadre des services sociaux généraux sont des approches de courte durée (maximum de 12 rencontres). Occasionnellement, au-delà du terme initialement convenu dans le plan d'intervention, il peut être pertinent de prolonger l'intervention. Le plan d'intervention est alors révisé et modifié en conséquence. Des travaux ultérieurs seront réalisés dans le but de préciser les balises reliées aux approches prescrites.

L'intervention en groupe est considérée comme une pratique dont les effets bénéfiques sont reconnus. En ce sens, les activités réalisées dans le cadre du service de consultation sociale demeurent une démarche individuelle qui peut être réalisée au sein d'un groupe. Les personnes engagées dans ces groupes vivent des problèmes semblables.

Lorsque le recours à d'autres ressources est jugé approprié, la personne est dirigée vers ces ressources. L'intervenant doit s'assurer qu'elle a la capacité de faire elle-même les démarches auprès des ressources identifiées. S'il y a doute à cet égard, il est de la responsabilité de l'intervenant d'offrir à la personne les mesures appropriées afin de s'assurer qu'elle puisse accéder au service requis. Ces mesures peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.

La référence est une mesure personnalisée qui consiste à procéder à une recommandation directe de la personne auprès de la ressource la plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. Elle est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique ou d'une communication téléphonique faite à un intervenant faisant fonction d'accueil.

Objectifs

- + Assurer une réponse aux personnes qui présentent des problèmes ponctuels et situationnels de fonctionnement social ou de la dynamique des systèmes relationnels conjugaux et familiaux et qui requièrent des services sociaux généraux en contexte individuel, de couple, familiale ou de groupe.
- + Prévenir la détérioration de la situation.
- + Réduire les conséquences des problèmes de la personne, du couple et de la famille.

Clientèle visée

Toute personne qui présente un problème ponctuel ou situationnel de fonctionnement social ou de la dynamique des systèmes relationnels conjugaux et familiaux et qui requiert des services sociaux généraux en contexte individuel, conjugal, familial ou de groupe.

Standards fixés pour ce service

Accessibilité

Accessibilité géographique

- + Le service de consultation sociale est accessible à la population de l'ensemble du territoire.
- + Le service de consultation sociale est accessible dans les locaux du CSSS, à domicile ou dans un autre lieu approprié.
- + Le service de consultation sociale est accessible dans plusieurs installations.

Accessibilité temporelle

- + Le service de consultation sociale est accessible de jour et de soir en semaine et un certain nombre d'heures les fins de semaine.

Accessibilité professionnelle

- + Le service de consultation sociale est accessible sur rendez-vous.
- + Le professionnel établit un premier contact avec la personne dans un délai qui n'excède pas 7 jours suivant l'acceptation de la demande de service dans le cadre des services sociaux généraux.
- + Le professionnel amorce le suivi dans un délai n'excédant pas 30 jours suivant l'acceptation de la demande de service dans le cadre des services sociaux généraux.
- + Toute situation considérée urgente est traitée de façon immédiate ou au plus tard dans les 24 heures selon le degré d'urgence.

Qualité

Pratiques cliniques

- + Des approches cliniques reconnues efficaces sont utilisées.
- + Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte du service de consultation sociale sont utilisés.
- + Une évaluation est effectuée et disponible au dossier.
- + Un plan d'intervention (PI) est disponible au dossier pour chaque personne.
- + La durée des interventions prévue au service de consultation sociale est d'un maximum de 12 rencontres.

Formation et mise à jour des compétences

- + Un programme structuré de formation du nouveau personnel est en vigueur.
- + Un programme structuré de formation continue et d'activités de mise à jour des compétences axées sur les différents problèmes rencontrés au service de consultation sociale et les nouveaux modes de pratiques est en vigueur.

Encadrement clinique

- + La supervision des professionnels en période probatoire est mise en œuvre par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La supervision des professionnels demeure en œuvre après la période probatoire par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La consultation clinique sociale est accessible aux professionnels suivant les besoins du contexte d'intervention du service de consultation sociale.

Outils et instruments de travail

- + Le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS), actualisé régulièrement, est mis à la disposition des professionnels du service de consultation sociale.
- + Des outils cliniques validés et adaptés au contexte d'intervention du service de consultation sociale sont mis à la disposition des professionnels (guide d'intervention, protocole d'intervention médicosociale pour les victimes d'agressions sexuelles, etc.).
- + L'offre de service des différents programmes du CSSS et des partenaires du réseau de même que les politiques et procédures pertinentes sont mises à la disposition des professionnels.
- + L'équipement technologique adéquat est mis en place (informatique, téléphonie, etc.).

Continuité

Arrimage

- + Des critères et des modalités de référence, établis avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté, sont appliqués. Ces critères et modalités suivent les besoins du contexte d'intervention, du service de consultation sociale.
- + Des modalités permettant de s'assurer que la personne puisse accéder au service requis sont établies et appliquées. Ces modalités peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.
- + Un plan de service individualisé (PSI) est élaboré dans les situations qui l'exigent. Des modalités de communication et de liaison avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté sont établies et appliquées.

Communication de renseignements

- + Les modalités permettant de protéger les renseignements personnels et de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont établies selon l'application des articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁷² et appliquées.
- + Des outils permettant de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont utilisés et conformes aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁷³.

Coordination

- + Des ententes de service, conformes à l'article 108 de la LSSSS⁷⁴ et au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁷⁵, sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention du service de consultation sociale et mises à jour régulièrement.
- + Des ententes de collaboration et de partenariat conformes au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁷⁶ sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention du service de consultation sociale et mises à jour régulièrement.
- + Les ententes conclues avec les organismes communautaires sont en outre conformes aux principes et aux modalités énoncées dans le document ministériel *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*⁷⁷ et à la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire⁷⁸.
- + Des moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités sont mis en œuvre (ex. : table de concertation, comité de suivi, etc.).

Efficacité et efficience

- + Les délais prescrits sont respectés.
- + Les ententes de service ou de collaboration et de partenariat sont respectées.
- + Le service de consultation sociale s'inscrit de façon cohérente avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CSSS.

72 L.R.Q., c. S-4.2 articles 17 à 27.3.

73 Ibid.

74 L.R.Q., c. S-4.2 art. 108.

75 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, 15 p.

76 Ibid.

77 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2004, 5 p.

78 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, septembre 2001, 59 p.

FICHE 5

CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE

RESPONSABILITÉ

CSSS

Description du service

Le service de consultation psychologique est offert sur rendez-vous, de jour et de soir en semaine et un certain nombre d'heures les fins de semaine. Il est offert au CSSS, au domicile de la personne ou dans un autre milieu approprié. Il fait généralement suite à une référence effectuée par le service d'AAOR ou le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), ou un autre service du CSSS. Il peut aussi faire suite à une référence d'un autre établissement ou d'un partenaire qui a une entente à cet effet avec le CSSS.

Le service de consultation psychologique est offert aux personnes présentant un problème ponctuel ou situationnel du fonctionnement psychologique et qui requiert des services sociaux généraux en contexte individuel, de couple, familial ou de groupe.

Le service de consultation psychologique comprend des activités de psychothérapie et d'interventions cliniques. Le PL N° 21 réserve la pratique de la psychothérapie aux psychologues et aux médecins. Par ailleurs, la psychothérapie peut être exercée par les membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation, des ergothérapeutes, des infirmières et infirmiers, des psychoéducateurs et psychoéducatrices, des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux qui détiennent un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec⁷⁹.

Le PL N° 21 définit la psychothérapie comme étant « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien »⁸⁰.

La psychothérapie se caractérise par les éléments suivants⁸¹ :

- 1° un processus interactionnel structuré avec le client;
- 2° une évaluation initiale rigoureuse;
- 3° des modalités thérapeutiques basées sur la communication;
- 4° une utilisation de modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.

79 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, L.Q., 2009, c. 28.

80 Ibid.

81 Ibid.

En outre, les professionnels du service de consultation psychologique peuvent offrir d'autres formes d'interventions cliniques qui ne constituent pas de la psychothérapie, mais qui s'en rapprochent. Ces interventions seront définies par règlement de l'Office des professions⁸².

Les approches prescrites dans le cadre des services sociaux généraux sont des approches de courte durée (maximum de 12 rencontres). Occasionnellement, au-delà du terme initialement convenu dans le plan d'intervention, il peut être pertinent de prolonger l'intervention. Le plan d'intervention est alors révisé et modifié en conséquence. Des travaux ultérieurs seront réalisés dans le but de préciser les balises reliées aux approches prescrites.

La psychothérapie en groupe est considérée comme une pratique dont les effets bénéfiques sont reconnus. En ce sens, une psychothérapie demeure une démarche individuelle qui peut être réalisée au sein d'un groupe.

Lorsque le recours à d'autres ressources est jugé approprié, la personne est dirigée vers ces ressources. Le professionnel doit s'assurer qu'elle a la capacité de faire elle-même les démarches auprès des ressources identifiées. S'il y a doute à cet égard, il est de la responsabilité du professionnel d'offrir à la personne les mesures appropriées afin de s'assurer qu'elle puisse accéder au service requis. Ces mesures peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.

La référence est une mesure personnalisée qui consiste à procéder à une recommandation directe de la personne auprès de la ressource la plus apte à l'aider à résoudre les problèmes avec lesquelles elle est aux prises. Elle est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique ou d'une communication téléphonique faite à un intervenant exerçant la fonction d'accueil.

Objectifs

- + Assurer une réponse à des problèmes psychologiques généralement ponctuels ou situationnels.
- + Prévenir la détérioration de la situation.
- + Réduire les conséquences des problèmes de la personne, du couple et de la famille.

Clientèle visée

Toute personne qui présente, de façon ponctuelle et situationnelle, un problème de fonctionnement psychologique.

82 *Projet de règlement, Code des professions* (L.R.Q., c. C-26), dans Gazette officielle du Québec, 5 octobre 2011, 143^e année, N° 40.

Standards fixés pour ce service

Accessibilité

Accessibilité géographique

- + Le service de consultation psychologique est accessible à la population de l'ensemble du territoire.
- + Le service de consultation psychologique est accessible dans les locaux du CSSS, à domicile ou dans un autre lieu approprié.
- + Le service de consultation psychologique est accessible dans plusieurs installations.

Accessibilité temporelle

- + Le service de consultation psychologique est accessible de jour, de soir en semaine et un certain nombre d'heures les fins de semaine.

Accessibilité professionnelle

- + Le service de consultation psychologique est accessible sur rendez-vous.
- + Le professionnel établit un premier contact avec la personne dans un délai qui n'excède pas 7 jours suivant l'acceptation de la demande de service dans le cadre des services sociaux généraux.
- + Le professionnel amorce le suivi dans un délai n'excédant pas 30 jours suivant l'acceptation de la demande de service dans le cadre des services sociaux généraux.
- + Toute situation considérée urgente est traitée de façon immédiate ou au plus tard dans les 24 heures selon le degré d'urgence.

Qualité

Pratiques cliniques

- + Des approches cliniques reconnues efficaces sont utilisées.
- + Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte du service de consultation psychologique sont utilisés.
- + Une évaluation est effectuée et disponible au dossier.
- + Un plan d'intervention (PI) est disponible au dossier pour chaque personne.
- + La durée des interventions prévue au service de consultation psychologique est d'un maximum de 12 rencontres.

Formation et mise à jour des compétences

- + Un programme structuré de formation du nouveau personnel est en vigueur.
- + Un programme structuré de formation continue et d'activités de mise à jour des compétences axées sur les différents problèmes rencontrés au service de consultation psychologique et les nouveaux modes de pratiques est en vigueur.

Encadrement clinique

- + La supervision des professionnels en période probatoire est mise en œuvre par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La supervision des professionnels demeure en œuvre après la période probatoire par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La consultation clinique psychologique est accessible aux professionnels suivant les besoins du contexte d'intervention du service de consultation psychologique.

Outils et instruments de travail

- + Le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS), actualisé régulièrement, est mis à la disposition des professionnels du service de consultation psychologique.
- + Des outils cliniques validés et adaptés au contexte d'intervention du service de consultation psychologique sont mis à la disposition des professionnels (guide d'intervention, protocole d'intervention médicosociale pour les victimes d'agressions sexuelles, etc.).
- + L'offre de service des différents programmes du CSSS et des partenaires du réseau de même que les politiques et procédures pertinentes sont mises à la disposition des professionnels.
- + L'équipement technologique adéquat est mis en place (informatique, téléphonie, etc.).

Continuité

Arrimage

- + Des critères et des modalités de référence, établis avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté, sont appliqués. Ces critères et modalités suivent les besoins du contexte d'intervention, du service de consultation psychologique.
- + Des modalités permettant de s'assurer que la personne puisse accéder au service requis sont établies et appliquées. Ces modalités peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.
- + Un PSI est élaboré dans les situations qui l'exigent.
- + Des modalités de communication et de liaison avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté sont établies et appliquées.

Communication de renseignements

- + Les modalités permettant de protéger les renseignements personnels et de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont établies selon l'application des articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁸³ et appliquées.
- + Des outils permettant de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont utilisés et conformes aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁸⁴.

83 L.R.Q., c. S-4.2 articles 17 à 27.3.

84 Ibid.

Coordination

- + Des ententes de service, conformes à l'article 108 de la LSSSS⁸⁵ et au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁸⁶, sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention du service de consultation psychologique et mises à jour régulièrement.
- + Des ententes de collaboration et de partenariat conformes au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁸⁷ sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention du service de consultation psychologique et mises à jour régulièrement.
- + Les ententes conclues avec les organismes communautaires sont en outre conformes aux principes et aux modalités énoncées dans le document ministériel *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*⁸⁸ et la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire⁸⁹.
- + Des moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités sont mis en œuvre (ex. : table de concertation, comité de suivi, etc.).

Efficacité et efficience

- + Les délais prescrits sont respectés.
- + Les ententes de service ou de collaboration et de partenariat sont respectées.
- + Le service de consultation psychologique s'inscrit de façon cohérente avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CSSS.

85 Ibid.art.108.

86 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, 15 p.

87 Ibid.

88 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2004, 5 p.

89 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, septembre 2001, 59 p.

FICHE 6

VOLET PSYCHOSOCIAL EN CONTEXTE DE SÉCURITÉ CIVILE

RESPONSABILITÉ

CSSS

Description du service

Ce service constitue le volet psychosocial de la mission « Santé » en sécurité civile⁹⁰. Il s'inscrit en cohérence avec le *Plan national de sécurité civile du Québec*⁹¹ et avec les autres volets de la mission « Santé » en sécurité civile.

Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile s'adresse aux personnes sinistrées, à leurs proches et à la population indirectement touchée par le sinistre⁹². Il est offert par des intervenants psychosociaux formés à l'intervention psychosociale en sécurité civile.

Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile est accessible par des rencontres en personne jusqu'à 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans les lieux appropriés aux besoins du contexte. Il peut être accessible notamment dans les centres de services aux sinistrés, à domicile et dans le milieu. Selon les besoins du contexte, l'accès téléphonique à une consultation en matière de services psychosociaux est aussi assuré, jusqu'à 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social).

Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile comprend quatre activités spécifiques, soit le repérage, l'évaluation et le suivi psychosocial, la consultation téléphonique et les activités de conseils.

Par le repérage, l'intervenant établit le contact avec les personnes sinistrées, leurs proches et la population indirectement touchée par l'événement et identifie les personnes nécessitant une évaluation de leurs besoins psychosociaux en raison de leur vulnérabilité.

L'évaluation et le suivi consistent à apprécier les impacts psychosociaux et à effectuer le suivi requis ou à orienter les personnes sinistrées vers la ressource la plus apte à les aider. Le suivi inclut l'intervention psychosociale immédiate (ex. : restaurer les sentiments de sécurité et de confort), l'intervention psychosociale transitoire, soit l'intervention dans les jours et semaines qui suivent le sinistre ou la tragédie (ex. : les activités d'information psychosociale, la prise en charge des personnes sinistrées, le soutien psychosocial aux intervenants mobilisés), et l'intervention psychosociale en phase de rétablissement (ex. : les activités de soutien et d'information).

La consultation téléphonique consiste à offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) jusqu'à 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ce, tout au long du sinistre et de la période de rétablissement.

La quatrième activité consiste à conseiller et à sensibiliser les ressources de la communauté et les partenaires quant aux impacts psychosociaux inhérents au sinistre afin que ces impacts soient pris en compte dans leurs décisions et leurs actions.

90 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mission « Santé » Annexe 3 du Plan national de sécurité civile, approuvé le 13 mars 2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2012, 9 p.

91 MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ CIVILE. *Plan national de la sécurité civile*, Québec, ministère de la Sécurité publique, février 2008, 295 p.

92 Dans le cas d'événements tragiques, des interventions qui s'inspirent du volet psychosocial en contexte de sécurité civile peuvent être utilisées. La mise à profit de ces interventions est indiquée lorsque les impacts de l'événement font en sorte que les ressources ou les modes de fonctionnement habituels sont dépassés.

Les activités du volet psychosocial en contexte de sécurité civile s'inscrivent dans un processus continu et dynamique impliquant tous les acteurs éventuellement appelés à intervenir en cas de sinistre et à restaurer les conditions de vie des personnes et des communautés touchées.

Objectifs

- + Repérer les besoins psychosociaux des personnes sinistrées, de leurs proches et de la population indirectement touchée par le sinistre.
- + Mettre en place les services psychosociaux appropriés afin de minimiser les impacts psychosociaux du sinistre chez les personnes touchées directement ou indirectement par le sinistre.
- + Faciliter un retour progressif à la vie normale des personnes touchées directement ou indirectement par le sinistre.

Clientèle visée

Les services psychosociaux en contexte de sécurité civile sont accessibles aux personnes sinistrées, à leurs proches et à la population indirectement touchée par le sinistre. Ils sont également disponibles pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Standards fixés pour ce service

Accessibilité

Accessibilité géographique

- + Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile est accessible à la population de l'ensemble du territoire.
- + Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile est accessible dans les locaux du CSSS, les centres de services aux sinistrés, à domicile ou dans tout autre lieu approprié.
- + Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile est accessible par téléphone et en face à face.
- + Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile est accessible dans plusieurs installations selon les besoins.

Accessibilité temporelle

- + Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile est offert en face à face jusqu'à 24 heures par jour, 7 jours par semaine, selon les besoins.
- + Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile doit s'assurer de l'accès à une consultation téléphonique rapide en matière de services psychosociaux jusqu'à 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ce, tout au long du sinistre et de la période de rétablissement.

Accessibilité professionnelle

- + Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile est offert aux personnes concernées à partir du moment du sinistre jusqu'à la phase de rétablissement.
- + Toute situation considérée urgente est traitée de façon immédiate.

Qualité

Pratiques cliniques

- + Des approches cliniques reconnues efficaces sont utilisées.
- + Des outils cliniques reconnus et adaptés au volet psychosocial en contexte de sécurité civile sont utilisés.
- + L'intensité et la durée des interventions du volet psychosocial en contexte de sécurité civile sont adaptées au contexte du service.

Formation et mise à jour des compétences

- + Un programme structuré de formation du nouveau personnel est en vigueur.
- + Un programme de formation continue et d'activités de mise à jour des compétences axées sur les différents problèmes rencontrés au volet psychosocial en contexte de sécurité civile et les nouveaux modes de pratiques est en vigueur.
- + Les intervenants du volet psychosocial en contexte de sécurité civile participent au programme provincial de formation.

Encadrement clinique

- + La supervision des intervenants en période probatoire est mise en œuvre par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La supervision des intervenants demeure en œuvre après la période probatoire par une personne habilitée à exercer les activités professionnelles qu'elle supervise.
- + La consultation clinique psychosociale est accessible aux intervenants, suivant les besoins du contexte d'intervention, jusqu'à 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Outils et instruments de travail

- + Le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS), actualisé régulièrement, est mis à la disposition des intervenants du volet psychosocial en contexte de sécurité civile.
- + Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention du volet psychosocial en contexte de sécurité civile sont mis à la disposition des intervenants.
- + L'offre de service des différents programmes du CSSS et des partenaires du réseau de même que les politiques et procédures pertinentes sont mises à la disposition des intervenants.
- + L'équipement technologique adéquat est mis en place (informatique, téléphonie, etc.).

Continuité

Arrimage

- + Des critères et des modalités de référence, établis avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté, sont appliqués. Ces critères et modalités suivent les besoins du contexte d'intervention, du volet psychosocial en contexte de sécurité civile.
- + Des modalités permettant de s'assurer que la personne puisse accéder au service requis sont établies et appliquées. Ces modalités peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.
- + Des modalités de communication et de liaison avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté sont établies et appliquées.

Communication de renseignements

- + Les modalités permettant de protéger les renseignements personnels et de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont établies selon l'application des articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁹³ et appliquées.
- + Des outils permettant de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont utilisés et conformes aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS⁹⁴.

Coordination

- + Des ententes de service, conformes à l'article 108 de la LSSSS⁹⁵ et au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁹⁶ sont conclues suivant les besoins du volet psychosocial en contexte de sécurité civile et mises à jour régulièrement.
- + Des ententes de collaboration et de partenariat conformes au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*⁹⁷ sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention du volet psychosocial en contexte de sécurité civile et mises à jour régulièrement.
- + Les ententes conclues avec les organismes communautaires sont en outre conformes aux principes et aux modalités énoncées dans le document ministériel *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*⁹⁸ et la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire⁹⁹.
- + Des moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités sont mis en œuvre (ex. : table de concertation, comité de suivi, etc.).

Efficacité et efficience

- + Les délais prescrits sont respectés.
- + Les ententes de service ou de collaboration et de partenariat sont respectées.
- + Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile s'inscrit de façon cohérente avec le *Plan national de sécurité civile du Québec* et les autres volets de la mission santé en sécurité civile.

93 L.R.Q., c. S-4.2 articles 17 à 27.3.

94 Ibid.

95 Ibid., art.108.

96 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, 15 p.

97 Ibid.

98 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2004, 5 p.

99 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, septembre 2001, 59 p.

CONCLUSION

Le présent document décrit les premières orientations en matière de services sociaux généraux. Bien qu'elles soient en continuité avec les actions menées à ce jour, ces orientations entraîneront des changements qui pourront s'opérer graduellement.

C'est par leur implantation que les présentes orientations joueront le rôle structurant attendu. Bien qu'elles ne fournissent pas les réponses à toutes les questions soulevées lors de la démarche de consultation, elles constituent néanmoins une première étape qui vise à mobiliser tous les acteurs autour d'objectifs communs. La deuxième étape consiste à animer leur actualisation.

Afin d'assurer l'actualisation des services sociaux généraux, le MSSS entend notamment mettre en place une table formée de répondants régionaux des services sociaux généraux des agences. Cette table aura pour but premier de fournir un lieu d'échanges et de discussion quant à la mise en œuvre des orientations, à l'identification des difficultés éprouvées et à la détermination des solutions à mettre de l'avant et des améliorations à apporter. Elle aura, en ce sens, à proposer des chantiers pour favoriser l'évolution de services sociaux généraux et devra collaborer aux travaux déjà prévus à cet effet.

Pour certaines régions, l'application de ces orientations demandera que soient mobilisées différemment les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. Les régions ne possèdent pas toutes les mêmes possibilités de réaménagements. Cependant, la table est dressée pour faciliter la réflexion autour des actions à poser pour assurer une gamme de services sociaux généraux qui répondent aux besoins sociaux et psychologiques de la population de chacune des régions du Québec.

RÉFÉRENCES

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, 2001, 90 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016*, Québec, 2011, 17 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, 2004, 35 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, Québec, 2008, 71 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, 77 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*, Québec, 2009, 44 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Analyse différenciée selon les sexes. Cahier de formation générale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Avis concernant l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 20 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 17 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 37 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphoniques 24 heures, 7 jours, à l'échelle du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 40 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, 15 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre normatif : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 447 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Info-Social régional Urgence-Détresse – Portrait des modèles régionaux d'organisation du service, Direction de l'évaluation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 130 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2004, 26 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Programme-service Santé publique*, Document de travail, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2006, 48 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2004, 179 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les solutions émergentes, rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000, 410 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Offre de services Services psychosociaux généraux- 2007-2012*, Document de consultation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2006, 21 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Organismes communautaires – Les ententes à convenir avec les instances locales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2004, 5 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services sociaux*, Document principal, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services sociaux. Résumé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, 23 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 124 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 66 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Mission « Santé » Annexe 3 du Plan national de sécurité civile, approuvé le 13 mars 2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2012, 9 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 18 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Une passerelle vers un avenir en santé - La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile: évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir - Orientations ministérielles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Plan national de sécurité civile*, Québec, ministère de la Sécurité publique, février 2008, 295 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux et les collèges publics du Québec*, Québec, 2010, 27 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, septembre 2001, 59 p.

PROTECTEUR DU CITOYEN. *Rapport du Protecteur du citoyen sur les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : de l'engagement gouvernemental à la réalité*, Protecteur du citoyen, Québec, mai 2012, 144 p.

LISTE DES LOIS ET RÈGLEMENTS

Code civil du Québec, L.Q., 1991, c. 64.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, L.Q., 2009, c. 28.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui L.R.Q., c. P-38.001.

Loi sur la sécurité civile, L.R.Q., chapitre S-2.3, 2001.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

Projet de règlement, Code des professions (L.R.Q., c. C-26), dans Gazette officielle du Québec, 5 octobre 2011, 143^e année, N° 40.

LISTE DES COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES

Les travaux ayant mené à l'élaboration de ces orientations ont exigé un partage de connaissances et d'expertise ainsi que du temps de la part de nombreuses personnes.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ces collaboratrices et collaborateurs qui ont, à un moment où l'autre, participé à l'un des comités de travail ou apporté leur contribution à l'une ou l'autre des étapes de production de l'Offre de services sociaux généraux.

Merci également à toutes les personnes que nous aurions pu oublier par inadvertance.

COMITÉ AVISEUR

Mario Fréchette	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Ginette Martel	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Nicole Lemieux	Direction des services sociaux généraux, de la jeunesse et du communautaire
Anik Simard	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Patricia Dumas	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
France Laverdière	Direction des services sociaux, de la jeunesse et du communautaire
Kathie Robitaille	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Jacques Fillion	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Daniel Garneau	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Lynda Périgny	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Christian Gagné	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Judith Daoust	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Connie Jacques	Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
Angéline Godin	Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
Claire Pagé	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Richard Deschamps	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Sylvie Lafrance	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Louise Massicotte	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

COMITÉ DE SUIVI

Mario Fréchette	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Ginette Martel	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Anik Simard	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Kathie Robitaille	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Patricia Dumas	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
France Laverdière	Direction des services sociaux, de la jeunesse et du communautaire
Daniel Garneau	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
France Leblanc	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Audrey Anne Simard	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Lucie Labarre	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Murielle Leduc	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Manon Barnabé	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Danick Jean-Verret	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Sarah De Carufel	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Paul-André Aubin	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Julie Filion	Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
Diane Reed	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Carmen Rouleau	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Francine Brochu	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Caroline White	Centre de santé et de services sociaux Québec-Nord, secteur Haute-Saint-Charles

Christiane Delamarre	Centre de santé et de services sociaux Québec-Nord, secteur Haute-Saint-Charles
Marie-France Beauregard	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Chantal Dupont	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Pierre Noël	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Robert Dubuc	Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
Jean-Pierre Dubé	Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
Dominique Charland	Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
Alain Godmaire	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Diane Beauchamp	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Serge Dutrisac	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Micheline Malette	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
France Duguay	Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé
Mireille Duguay	Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé
Bruno Leblanc	Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé
Sylvain Nadeau	Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé
François Rabeau	Centre de santé et de services sociaux du Suroît
André Mandeville	Centre de santé et de services sociaux du Suroît
Philippe Lelièvre	Centre de santé et de services sociaux du Suroît
Christine Lessard	Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville
Françoise Richard	Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville
Diane Lévesque	Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville
Ruth Sanssouci	Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville

GROUPE CONSULTATIF INTERPROGRAMMES

Direction générale des services sociaux

Mario Fréchette	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Ginette Martel	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Christian Barrette	Direction des services sociaux, de la jeunesse et du communautaire
Anik Simard	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Chantal Maltais	Direction des jeunes et des familles
Louise April	Direction des jeunes et des familles
Jean-Paul Ouellet	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie
Danielle Benoît	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie
Robert Faulkner	Service des toxicomanies et des dépendances
Jocelyne Bélanger	Service des personnes handicapées
Patricia Dumas	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Kathie Robitaille	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
France Émond	Direction générale des services sociaux
France Laverdière	Direction des services sociaux, de la jeunesse et du communautaire
Josette Chouinard	Direction des personnes ayant une déficience
Lynne Duguay	Direction des dépendances et de l'itinérance
Christian Gagné	Direction générale adjointe des personnes âgées
Claire Piché	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

Direction générale des services de santé et de médecine universitaire

Yolaine Galarneau	Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés
André Delorme	Direction nationale de la santé mentale
Josée Lepage	Direction nationale de la santé mentale
Jeannine Auger	Direction des services médicaux généraux préhospitaliers et traumatologie
François Dubé	Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés

Direction générale de la santé publique

Marthe Hamel	Unité de développement, d'adaptation et d'intégration sociale
--------------	---

Parallèlement, des séances spéciales de consultation portant sur des réalités particulières ont aussi été menées. Les organismes suivants y ont répondu :

Sites pilotes

Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
 Centre de santé et de services sociaux Québec-Nord secteur Haute-Charles
 Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
 Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé
 Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
 Centre de santé et de services sociaux du Suroît
 Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville

Une consultation écrite a également été réalisée. Les partenaires suivants y ont répondu :

Agences de la santé et des services sociaux (agences)
 Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).
 Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec (ACRDQ)
 Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ)
 Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)
 Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (FQCRDITED)
 Ordre des psychologues du Québec (OPQ)
 Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ)
 Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)
 Coalition des Tables Régionales d'Organismes Communautaires (CTROC)
 Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB)

D'autres personnes du MSSS ont également contribué aux travaux à un moment ou l'autre.

Manon Boivin	Direction des jeunes et des familles
Claire Piché	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Diane Therrien	Direction générale des services sociaux
Gaétan Trudeau	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Jacinthe Bonneau	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Julie Huot	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
François Landry	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Kim Lacerte	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Josée Laroche	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Gaétan Parenteau	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Émilie Rochette	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Josette Tardif	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Louise Latulippe	Direction nationale de la santé mentale
France Émond	Direction générale des services sociaux
Céline Guay	Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés
André Forest	Direction générale des services sociaux
Valérie Boudreau	Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles
Natalie Rosebush	Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles
Stéphane Ruel	Direction des services médicaux généraux préhospitaliers et traumatologie
Patrice Boudreault	Direction des dépendances et de l'itinérance
Danielle Benoît	Direction générale adjointe des personnes âgées

Soutien administratif :

Diane Morissette	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Gisèle Riverin	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
Bianca Perri	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

ANNEXE I

Sommaire du cadre légal et ministériel du volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Les sinistres ont des conséquences importantes au sein de la population. Seulement dans les vingt dernières années, plusieurs évènements ont marqué l'histoire du Québec, comme la tuerie de l'École polytechnique en 1989, le déluge du Saguenay en 1996, le verglas en 1998, la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009, le tremblement de terre en Haïti en 2010 et, plus récemment, les inondations en Montérégie en 2011. Les impacts de ces évènements sont nombreux et peuvent avoir un effet important à long terme. Ils mettent en évidence la nécessité de bien se préparer et d'avoir une action concertée pour répondre aux besoins des populations sinistrées.

Comme inscrit dans la Loi sur la sécurité civile, L.R.Q., chapitre S-2-3, 2001, le ministre de la Sécurité publique établit et maintient opérationnel, en liaison avec les autres ministres, un *Plan national de sécurité civile* (PNSC). Ce plan est destiné à soutenir les autorités responsables lorsque l'ampleur d'un risque ou d'un sinistre majeur, réel ou imminent, dépasse leur capacité d'action dans les domaines qui relèvent de leur compétence.

Le *Plan national de sécurité civile* identifie plusieurs besoins susceptibles de se manifester lors d'un sinistre, lesquels sont désignés dans le plan par la notion de « mission ». Chaque mission est sous la responsabilité d'un ministère ou d'un organisme gouvernemental dont les activités habituelles se rapprochent le plus de celles prévues à la mission ou dont l'expertise lui permet de le prendre en charge.

La mission « Santé » est sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Afin de démontrer l'engagement du MSSS dans les objectifs poursuivis par la sécurité civile, une unité administrative a été créée, soit le Service des activités de sécurité civile (SASC). Cette unité est sous la responsabilité directe de la Direction des relations institutionnelles.

Le SASC a défini la mission « Santé » du PNSC dans les termes suivants : « La mission sociosanitaire du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre de la sécurité civile, est de préserver la vie, la santé et le bien-être des personnes ». Cette mission a été adoptée par le Comité de direction du MSSS (CODIR) et qui doit être déployée en cas de sinistre par les différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux.

Cette mission s'actualise par six volets d'intervention supportés par un volet transversal en communication. Ces volets, à déploiement variable selon les circonstances, sont les suivants : préhospitalier d'urgence, hospitalier, santé de première ligne, sociosanitaire spécifique, psychosocial, santé publique et communications. Le volet psychosocial est sous la responsabilité ministérielle de la Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires (DSSGAC).

Pour assumer sa responsabilité à l'égard de la mission « Santé » en sécurité civile, le MSSS a recours aux organisations du réseau sociosanitaire. Celles-ci font appel, au besoin et selon la situation, à l'implication de leurs partenaires dans la communauté de leur territoire.

Une coordination en sécurité civile dûment reconnue de la mission « Santé » permet l'unité d'action de ses sept volets, une résolution de problème optimale ainsi que l'usage de mécanismes efficaces de liaison et de suivi.

La mission « Santé » bénéficie d'une logistique multirisque comportant des procédures et moyens de veille, d'alerte, de mobilisation, de réponse, de démobilisation, notamment un système de garde et un centre de coordination en sécurité civile.

Les agences doivent élaborer les plans régionaux en sécurité civile. Les agences et les CSSS ont la responsabilité de nommer des répondants régionaux et locaux pour chacun des volets.

Volet psychosocial

Le volet psychosocial en contexte de sécurité civile constitue un des six services offerts dans le cadre des services sociaux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide. Il comprend quatre activités spécifiques, soit le repérage, l'évaluation et le suivi psychosocial, la consultation téléphonique et les activités de conseils. Ces activités sont décrites de façon plus détaillée dans le document portant sur *Les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide*.

De plus, dans le cas d'évènements tragiques, des interventions qui s'inspirent du volet psychosocial en contexte de sécurité civile peuvent être utilisées. La mise à profit de ces interventions est indiquée lorsque les impacts de l'évènement font en sorte que les ressources ou les modes de fonctionnement habituels sont dépassés. Ces interventions sont habituellement de courte durée et leur intensité est variable selon la situation.



ANNEXE II

Synthèse des orientations relatives aux standards d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide

STANDARDS D'ACCESSIBILITÉ	FICHE 1 Accueil, analyse, orientation et référence	FICHE 2 Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	FICHE 3 Intervention de crise dans le milieu 24/7	FICHE 4 Consultation sociale	FICHE 5 Consultation psychologique	FICHE 6 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE						
Service accessible à la population de l'ensemble du territoire	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Service accessible dans les locaux du CSSS (en personne)	SF	S.O.	S.O.	SF	SF	SF
Service accessible à domicile	RR	S.O.	S.O.	SF	SF	SF
Service accessible dans d'autres lieux	RR	S.O.	SF	SF	SF	SF
Service accessible par téléphone	SF	SF	S.O.	S.O.	S.O.	SF
Service accessible dans plusieurs installations	SF	S.O.	S.O.	SF	SF	SF
Particularités du service	70 h/sem en personne et 70 h/sem par téléphone	RR	RR	RR	RR	Adapté aux besoins du contexte de sinistre
ACCESSIBILITÉ TEMPORELLE						
Service accessible de jour la semaine	SF	S.O.	S.O.	SF	SF	Jusqu'à 24/7
Service accessible de soir la semaine	SF	S.O.	S.O.	SF	SF	Jusqu'à 24/7
Service accessible certaines heures la fin de semaine	SF	S.O.	S.O.	SF	SF	Jusqu'à 24/7
Accessibilité totale (24/7)	RR	SF	SF	RR	RR	Jusqu'à 24/7
Particularités du service	RR	D'ici 2015, le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) sera accessible par le numéro 8-1-1	RR	RR	RR	Adapté aux besoins du contexte de sinistre
ACCESSIBILITÉ PROFESSIONNELLE						
Service accessible sans rendez-vous	SF	SF	SF	RR	RR	SF
Service accessible avec rendez-vous	SF	S.O.	S.O.	SF	SF	S.O.
Service n'exigeant pas de référence	SF	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Service exigeant une référence externe ou interne	S.O.	S.O.	SF	SF	SF	S.O.
Délai maximal avant qu'un intervenant établisse le premier contact avec la personne qui se présente pour formuler une demande de rencontre	2 H	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

Légende : SF : standard fixé RR : réalités régionales S.O. : sans objet

STANDARDS D'ACCESSIBILITÉ	FICHE 1 Accueil, analyse, orientation et référence	FICHE 2 Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	FICHE 3 Intervention de crise dans le milieu 24/7	FICHE 4 Consultation sociale	FICHE 5 Consultation psychologique	FICHE 6 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile
ACCESSIBILITÉ PROFESSIONNELLE (suite)						
Délai maximal avant qu'un intervenant établisse un retour d'appel à la suite de la présentation de la demande par téléphone	24 H	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Délai maximal pour compléter la demande suivant la réception de celle-ci par téléphone ou en face à face	10 JOURS	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Délai maximal avant qu'un intervenant établisse le premier contact à la suite de l'acceptation de la demande dans le cadre des services sociaux généraux	S.O.	S.O.	S.O.	7 JOURS	7 JOURS	S.O.
Délai maximal avant que l'intervenant débute le suivi avec la personne à la suite de l'acceptation de sa demande dans le cadre des services sociaux généraux	S.O.	S.O.	S.O.	30 JOURS	30 JOURS	S.O.
Délai maximal avant que l'intervenant traite toute situation considérée urgente	24 heures selon le degré d'urgence	S.O.	Immédiat	24 heures selon le degré	24 heures selon le degré	Immédiat
Particularités du service	RR	D'ici 2015, 90 % des appels devront obtenir une réponse dans un délai de < 4 min.	RR	RR	RR	Offert durant les phases d'intervention et de rétablissement

Légende : SF : standard fixé RR : réalités régionales S.O. : sans objet

STANDARDS DE QUALITÉ (ces critères ne constituent pas des indicateurs de l'évaluation de la qualité des services ni des critères de performance. Ils ne se substituent pas non plus aux codes de déontologie qui encadrent les diverses pratiques)	FICHE 1 Accueil, analyse, orientation et référence	FICHE 2 Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	FICHE 3 Intervention de crise dans le milieu 24/7	FICHE 4 Consultation sociale	FICHE 5 Consultation psychologique	FICHE 6 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile
PRATIQUES CLINIQUES						
Utilisation d'approches cliniques reconnues efficaces	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Utilisation d'outils cliniques validés et adaptés au contexte d'intervention (ex. : guide d'intervention, protocole d'intervention médicosociale pour les victimes d'agressions sexuelles, évaluation de la dangerosité, etc.)	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Disponibilité du plan d'intervention (PI) au dossier de chaque personne	S.O.	S.O.	S.O.	SF	SF	S.O.
Respect de la durée du service	S.O.	Durée moyenne de l'appel 25 min.	S.O.	12 rencontres ou moins	12 rencontres ou moins	Adapté aux besoins du contexte de sinistre
Particularités du service	RR	RR	RR	RR	RR	RR
FORMATION ET MISE À JOUR DES COMPÉTENCES						
Application d'un programme structuré de formation du nouveau personnel	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Application d'un programme structuré de formation continue et d'activités de mise à jour des compétences axées sur les différents problèmes éprouvés dans le service et les nouveaux modes de pratiques	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Application du programme provincial de formation	S.O.	SF	S.O.	S.O.	S.O.	SF
Particularités du service	RR	RR	RR	RR	RR	RR
ENCADREMENT CLINIQUE						
Application d'un processus de supervision en période probatoire	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Application d'un processus de supervision après la période probatoire	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Accessibilité à de la consultation clinique suivant les besoins du contexte d'intervention du service	SF	24/7	24/7	SF	SF	Accessible jusqu'à 24/7 selon les besoins du contexte de sinistre
Particularités du service	RR	RR	RR	RR	RR	RR

Légende : SF : standard fixé RR : réalités régionales S.O. : sans objet

STANDARDS DE QUALITÉ (ces critères ne constituent pas des indicateurs de l'évaluation de la qualité des services ni des critères de performance. Ils ne se substituent pas non plus aux codes de déontologie qui encadrent les diverses pratiques)	FICHE 1 Accueil, analyse, orientation et référence	FICHE 2 Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	FICHE 3 Intervention de crise dans le milieu 24/7	FICHE 4 Consultation sociale	FICHE 5 Consultation psychologique	FICHE 6 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile
DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DES OUTILS ET INSTRUMENTS DE TRAVAIL						
Le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS), actualisé régulièrement, est mis à la disposition des intervenants	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Des outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention sont mis à la disposition des intervenants (guide d'intervention, protocole d'intervention médicosociale pour les victimes d'agressions sexuelles, évaluation de la dangerosité, etc.)	SF	SF	SF	SF	SF	SF
L'offre de services des différents programmes du CSSS et des partenaires du réseau de même que les politiques et procédures pertinentes sont mises à la disposition des intervenants	SF	SF	SF	SF	SF	SF
L'équipement technologique adéquat est mis en place (informatique, téléphonie, etc.)	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Particularités du service	RR	Accessibilité aux Guides d'intervention Info-Social (GIIS)	RR	RR	RR	RR

Légende : SF : standard fixé RR : réalités régionales S.O. : sans objet

STANDARDS DE CONTINUITÉ	FICHE 1 Accueil, analyse, orientation et référence	FICHE 2 Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	FICHE 3 Intervention de crise dans le milieu 24/7	FICHE 4 Consultation sociale	FICHE 5 Consultation psychologique	FICHE 6 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile
ARRIMAGE						
Application des critères et des modalités de référence établis avec les autres services du CSSS et les partenaires de la communauté, suivant les besoins du contexte d'intervention	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Application des modalités établies pour s'assurer que la personne puisse accéder au service requis. Ces modalités peuvent se traduire par une référence personnalisée, un accompagnement, etc.	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Un PSI est élaboré dans les situations qui l'exigent	S.O.	S.O.	S.O.	SF	SF	S.O.
Application des modalités de communication et de liaison établies entre les partenaires	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Particularités du service	RR	RR	RR	RR	RR	RR
COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS						
Application des modalités établies pour protéger les renseignements personnels et communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager conformément aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Utilisation d'outils permettant de communiquer à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager conformément aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Particularités du service	RR	RR	RR	RR	RR	RR
COORDINATION						
Existence d'ententes de service conforme à l'article 108 de la LSSSS et au <i>Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services</i> et mise à jour régulière	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Existence d'ententes de collaboration et de partenariat conformes au <i>Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services</i> et mise à jour régulière	SF	SF	SF	SF	SF	SF

Légende : SF : standard fixé RR : réalités régionales S.O. : sans objet

STANDARDS DE CONTINUITÉ	FICHE 1 Accueil, analyse, orientation et référence	FICHE 2 Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	FICHE 3 Intervention de crise dans le milieu 24/7	FICHE 4 Consultation sociale	FICHE 5 Consultation psychologique	FICHE 6 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile
COORDINATION (suite)						
Les ententes conclues avec les organismes communautaires sont en outre conformes aux principes et aux modalités énoncés dans le document ministériel <i>Organismes communautaires - Les ententes à convenir avec les instances locales</i>	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Des moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités sont mis en œuvre (ex. : table de concertation, comité de suivi, etc.)	SF	SF	SF	SF	SF	SF
Particularités du service	RR	RR En cohérence avec le document <i>Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec</i>	RR	RR	RR	RR

Légende : SF : standard fixé RR : réalités régionales S.O. : sans objet

ANNEXE III

Liste des acronymes

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CODIR	Comité de direction du MSSS
CTROC	Coalition des Tables Régionales d'Organismes Communautaires
DSSGAC	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
GIIS	Guides d'intervention Info-Social
GMF	Groupe de médecine de famille

INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPPQ	Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PI	Plan d'intervention
PL	Projet de loi
PNSC	Plan national de sécurité civile
PSI	Plan de service individualisé
RLS	Réseaux locaux de services
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
SASC	Service des activités de sécurité civile
TRPOCB	Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

