

PROCÉDURE

Accueil clinique des demandes de services psychosociaux et de réadaptation

Septembre 2019



CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

UNIR NOS FORCES
VERS L'EXCELLENCE
POUR LE BIEN-ÊTRE
DES GENS D'ICI

HUMANISME

ENGAGEMENT

TRANSPARENCE

COLLABORATION

PROCÉDURE

Accueil clinique des demandes de services psychosociaux et de réadaptation	
Destinataires : Toutes les directions cliniques	
Direction responsable de l'application :	Direction des services multidisciplinaires
Approbation par le comité directeur	24 mai 2019
Adoptée par le comité de coordination clinique opérationnel	14 août 2019
Adoptée par le comité de direction	18 septembre 2019
Date d'entrée en vigueur	18 septembre 2019
Historique des révisions	Modifiée le xx-mois-xx par (instance)/précisions/autres Révisée le xx-mois-xx par (instance)/précisions/autres

Rédaction : Mylène Gauthier, Marie-Lise Lecompte, Martin Trottier, Carole Charron,
Sylvie Jutras, Chantal Brunelle, Tomy Guillemette, Sara De Carufel

Mise en page :
Hélène Gilbert

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue s'est doté de valeurs organisationnelles et d'orientations stratégiques afin de guider ses actions. Cette procédure répond au cadre décisionnel relevant de ces principes.

CADRE DÉCISIONNEL		
<p><u>Agrément</u></p> <p><input type="checkbox"/> Accent sur la population</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accessibilité</p> <p><input type="checkbox"/> Sécurité</p> <p><input type="checkbox"/> Milieu de travail</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Services centrés sur le client</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuité des services</p> <p><input type="checkbox"/> Efficacité</p> <p><input type="checkbox"/> Efficience</p>	<p><u>Consultations</u></p> <p><input type="checkbox"/> CECMDP</p> <p><input type="checkbox"/> DRMG</p> <p><input type="checkbox"/> CRSP</p> <p><input type="checkbox"/> CIIA</p> <p><input type="checkbox"/> CECII</p> <p><input type="checkbox"/> CM</p> <p><input type="checkbox"/> Comité bioéthique / éthique</p> <p><input type="checkbox"/> CUCI</p> <p><input type="checkbox"/> Comités de prévention et contrôle des infections</p> <p><input type="checkbox"/> Comités de gestion des risques</p>	<p><input type="checkbox"/> Comité consultatif au PDG</p> <p><input type="checkbox"/> Comité de vigilance et de la qualité</p> <p><input type="checkbox"/> Fondations hospitalières</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaires locaux</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Comité ad hoc</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CCCO</p>
<p><u>Lois et règlements</u></p> <p><input type="checkbox"/> LSSSS</p> <p><input type="checkbox"/> Loi 10</p> <p><input type="checkbox"/> Loi 20</p>	<p><input type="checkbox"/> LPJ</p> <p><input type="checkbox"/> LSJPA</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p><u>Autres / commentaires / précisions</u></p>

Note : Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

1.	Liste des acronymes	1
2.	Contexte.....	2
3.	Objectifs	2
4.	Définitions	3
5.	Énoncés de la procédure	5
6.	règles de réouverture d'un épisode de services.....	9
7.	Mécanismes de gestion des litiges.....	10
8.	Partage des responsabilités	12
9.	Mécanismes de suivi.....	12
10.	Références.....	13
	ANNEXE 1 - Trajectoire des demandes de services psychosociaux et de réadaptation.....	14
	ANNEXE 2 - Trajectoire de crise des accueils cliniques	15
	ANNEXE 3 : Napperon – Synthèse des critères d'admissibilité Services sociaux et de réadaptation	16
	ANNEXE 4 - Grille de priorisation multiclientèle des demandes de service en CLSC	18
	ANNEXE 5 - Procédure de protection de fichiers	20

1. LISTE DES ACRONYMES

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
APPR	Agent(e) de planification, de programmation et de recherche
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CCI	Comité de concertation interprogrammes
DÉBA	Dépistage et évaluation du besoin d'aide
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJeu	Direction des programmes jeunesse
DPSAPA	Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendances
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSM-SPPP	Direction des services multidisciplinaires, volet soutien à la pratique professionnelle et aux programmes
DSPu	Direction de santé publique
ÉO	Évaluation-Orientation
GAD-7	<i>Generalized Anxiety disorder - 7</i>
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GMF	Groupe de médecine familiale
I-CLSC	Intégration CLSC
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire - 9</i>
RTS	Réception et traitement des signalements
SAD	Soutien à domicile

2. CONTEXTE

À la suite de la création du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, la Direction des services multidisciplinaires (DSM), responsable du programme-services – services sociaux généraux, a pu constater une hétérogénéité significative dans la façon de réaliser les activités d'accueil, analyse, orientation et référence dans ses différents territoires. Ce constat a mené à la mise sur pied d'un large chantier d'harmonisation et d'intégration des accueils cliniques. Parallèlement, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mène également un chantier prioritaire ayant pour cible l'amélioration de l'accès aux services de proximité, conformément à l'orientation de son plan stratégique 2015-2020¹. Notre CISSS est donc à l'affût des travaux du MSSS afin que notre projet demeure en adéquation avec les orientations provinciales.

Le projet d'harmonisation et d'intégration des accueils cliniques, en plus de cibler les services d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) des CLSC, vise à baliser les façons de faire de toutes les portes d'entrée aux services sociaux et de réadaptation de notre établissement. Effectivement, outre les services d'AAOR des CLSC, plusieurs autres voies d'accès aux services existent dans notre organisation et font office d'accueils cliniques. Il s'agit par exemple du service de liaison en centre hospitalier, des travailleurs sociaux des groupes de médecine familiale (GMF), des accueils des services de soutien à domicile (SAD), des services Évaluation-orientation (ÉO) et Réception et traitement des signalements (RTS) en protection de la jeunesse, des intervenants scolaires ainsi que des guichets d'accès en santé mentale (GASM) et en déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP).

Un des principes directeurs ayant guidé les travaux du projet d'harmonisation et d'intégration des accueils clinique est que l'usager est toujours à la bonne place. Conséquemment, il est primordial, lorsqu'il demande des services, que l'on puisse l'accueillir, analyser sa demande, l'orienter et le référer au bon endroit de la façon la plus fluide possible, et ce, peu importe la porte d'entrée utilisée.

3. OBJECTIFS

La vision du projet d'harmonisation et d'intégration des accueils cliniques est de permettre un accès aux services sociaux et de réadaptation simple, rapide, intégré et harmonisé entre les programmes et la communauté pour l'ensemble de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, contribuant ainsi à une prestation de services de qualité et sécuritaire.

La présente procédure vient appuyer l'actualisation de cette vision en uniformisant le processus clinique d'accueil des demandes de service de la population, peu importe auprès de quel programme la demande est formulée. L'élaboration de cette procédure vise donc plus spécifiquement les objectifs suivants :

- 3.1 Fournir une définition consensuelle des termes couramment utilisés dans le contexte du traitement des demandes de service.
- 3.2 Décrire les trajectoires de cheminement des demandes de service pour les usagers non actifs, actifs et en situation de crise.
- 3.3 Fournir aux intervenants et aux gestionnaires des outils cliniques harmonisés leur permettant d'actualiser les trajectoires d'accueil des demandes de service.

¹ MSSS, (2015).

- 3.4 Présenter le mécanisme de concertation clinique interprogrammes permettant de répondre aux enjeux d'orientation de certaines demandes de service.

4. DÉFINITIONS

Dans le cadre du projet d'harmonisation et d'intégration des accueils cliniques, le comité directeur stratégique, composé de cadres supérieurs de chaque direction clinique, a rapidement eu comme tâche de se pencher sur la définition des termes couramment utilisés dans le contexte du traitement des demandes de service des usagers. Bien que la majorité des termes définis ci-dessous sont connus de tous, le comité a constaté que leur définition et leur compréhension pouvaient varier d'un individu ou d'un service à l'autre.

Le lexique proposé ci-dessous fait donc suite à un travail de concertation rigoureux entre les directions cliniques. Chaque définition a fait l'objet d'un consensus auprès du comité directeur stratégique et reflète le sens que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue lui accorde.

Accueil

Porte d'entrée des programmes-services visant une première prise de contact avec l'utilisateur dans le but de faire la collecte d'informations afin d'identifier avec lui ses besoins.

Analyse

Le processus précisant le sens des informations recueillies dans le but de circonscrire la nature des problèmes et des besoins de l'utilisateur et de clarifier sa demande avec lui. Il s'agit d'identifier et de mettre en relation les facteurs de risque et de protection de l'utilisateur et d'apprécier le degré d'urgence de sa situation.

Orientation

Prise de décision partagée avec l'utilisateur quant aux suites à donner dans les stratégies d'intervention à lui offrir et dans l'accompagnement vers les services appropriés, suite à l'analyse de son besoin et de sa priorisation.

Référence

Accompagnement personnalisé de l'utilisateur vers les services appropriés répondant le mieux à sa situation actuelle dans un objectif de continuité de soins et services.

Évaluation

En continuité avec la cueillette d'informations et son analyse, l'évaluation consiste à porter un jugement clinique sur la situation d'une personne répondant à ses besoins en tenant compte de la pertinence clinique (l'expertise spécifique du programme, outils validés et standardisés, données probantes) dans le but de définir le plan d'intervention.

Guichet d'accès

Porte d'entrée dans un programme ayant une expertise intégrée auprès d'une clientèle ayant des besoins spécifiques. Le guichet d'accès a pour fonction d'évaluer, prioriser et faire la liaison vers les services concernés.

Harmonisation

Uniformisation et standardisation des processus en assurant la cohérence et l'équité dans l'ensemble des services en tenant compte des normes de bonnes pratiques centrées sur les besoins de l'utilisateur.

Intégration

Fusion des processus par lesquels on arrime les services sociaux et de santé de l'ensemble du réseau territorial dans ses différentes missions en favorisant l'accès, la continuité, la complémentarité et la qualité des services pour l'utilisateur.

Accessibilité

Facilité pour l'utilisateur à obtenir des services de santé et services sociaux répondant à ses besoins dans les délais requis.

Continuité

Prestation de services sans interruption. Celle-ci est faite de suites logiques complémentaires et cohérentes réalisées entre les services répondant aux besoins de l'utilisateur.

Fluidité

Qualité d'une trajectoire permettant l'enchaînement de soins de santé et services sociaux assurés par des transitions, des références et des transferts simples, efficaces et sans difficulté.

Transfert

Action de diriger de gré à gré la responsabilité clinico-légale et professionnelle du suivi d'un utilisateur vers un nouvel intervenant ou service répondant le mieux à ses besoins. Le transfert est réputé complété une fois que le receveur confirme la réception de la demande de service.

Crise

Apparaît lorsqu'un individu est confronté à des conditions adverses, à des difficultés intolérables, réelles ou perçues, qui génèrent chez lui un malaise émotionnel, qui peut engendrer un dysfonctionnement sévère de l'individu sur le plan affectif, cognitif ou comportemental.²

Intervention de crise

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 besoins³.

Usager

Toute personne qui bénéficie ou pourrait bénéficier de services du CISSS.

Usager connu

Usager ayant un dossier constitué, peu importe son statut qui a déjà eu un épisode de soins ou de services dans un ou des programmes dont l'information est disponible.

² Les CSSS de la Montérégie, (2005).

³ Office des professions du Québec, (2013).

Usager actif

Usager ayant un dossier constitué et qui reçoit actuellement des soins ou des services dans un ou des programmes.

Usager enregistré

Toute personne qui reçoit des services comme participante à un groupe, des services d'interventions ponctuelles ou dans certains cas, à titre individuel.⁴

Usager admis

Une personne est admise dans un établissement lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.⁵

Usager inscrit

Une personne est inscrite dans un établissement lorsqu'elle y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement.⁵

5. ÉNONCÉS DE LA PROCÉDURE

Les trajectoires d'accueil des demandes de service visent à préciser les balises de l'intervention à chacune des cinq étapes du processus d'accueil clinique, soit la formulation de la demande, l'accueil de la demande, l'analyse de la demande, l'orientation et la référence. Deux trajectoires différentes ont été travaillées afin d'harmoniser les processus d'accueil clinique des demandes de service, de services réguliers ainsi que pour les usagers qui vivent une situation de crise. Chacune des trajectoires est schématisée et se retrouve en annexe de la présente procédure.

5.1 Trajectoire des demandes de services psychosociaux et de réadaptation (voir schéma à l'annexe 1)

5.1.1 Formulation de la demande

La formulation d'une demande de service par un usager peut être faite de plusieurs façons. L'usager peut se présenter au CISSS en personne ou encore téléphoner pour demander des services. Plusieurs demandes proviennent également de références internes (ex. : médecin ou autres programmes-services) ou de références externes (ex. : organismes communautaires, partenaires intersectoriels).

Exceptionnellement, il peut arriver qu'un usager formule sa demande à un intervenant ou une personne qui n'est pas en mesure d'y donner suite. À ce moment, le principe « l'usager est toujours à la bonne place » s'applique et l'intervenant à qui a été formulée la demande de service fait lui-même les démarches nécessaires, incluant si requis un accompagnement personnalisé, afin que la personne soit contactée par le bon service, souvent le service AAOR de son secteur. En aucun cas, l'usager ne doit avoir à refaire lui-même une démarche⁶.

⁴ CSSS-IUGS, (2014).

⁵ MSSS, (1984).

⁶ CSSSSL, (2012).

5.1.2 Accueil de la demande

Cette étape consiste en une première prise de contact avec l'utilisateur dans le but de faire la collecte d'informations et identifier avec lui ses besoins. Cette collecte d'informations vise dans un premier temps à vérifier si l'utilisateur est déjà actif dans un programme-services et, si tel est le cas, à vérifier si la nature de sa demande est en lien avec le programme-services dans lequel il a un épisode de service actif. Il en est de même pour les usagers dont l'épisode de services a pris fin depuis moins de 3 mois (voir section 6 : Règles de réouverture d'un épisode de services). Cette étape se fait à l'intérieur des rencontres individuelles dans le programme-services où l'utilisateur est actif.

Il pourrait aussi s'agir par exemple, d'une personne suivie au programme-services Dépendances et qui s'adresse au service d'AAOR pour formuler une demande de soutien avec son enfant. Il sera important de valider le consentement de l'utilisateur à ce qu'un contact soit fait avec le programme dans lequel il est actif. Si par ailleurs l'utilisateur formule sa nouvelle demande à l'intervenant avec lequel il a actuellement un suivi, c'est ce dernier qui devra faire la référence à l'autre programme-services, soit effectuer l'analyse, l'orientation et la référence.

S'il s'agit d'un usager non actif, l'intervenant complète la demande de service en faisant la cueillette d'informations visant l'analyse de la demande (AAOR) ou le formulaire de référence interprogrammes (autres services).

Plusieurs outils sont mis à la disposition des intervenants et peuvent être utilisés lors de la cueillette d'informations afin d'appuyer la demande de service. Il peut s'agir par exemple des outils de détection en dépendance (DÉBA alcool/drogues/jeu), de la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*, du *Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide* ou du *Generalized Anxiety disorder – 7 (GAD-7)* pour le dépistage des symptômes associés à l'anxiété et du *Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)* pour le dépistage de symptômes dépressifs.

5.1.3 Analyse de la demande

Le processus d'analyse vient préciser le sens des informations recueillies dans le but de circonscrire la nature des problèmes et des besoins de l'utilisateur et de clarifier sa demande avec lui. Il s'agit d'identifier et de mettre en relation les facteurs de risque et de protection de l'utilisateur et d'apprécier le degré d'urgence de sa situation. On met donc en lien les informations recueillies auprès de l'utilisateur et dans les outils de dépistage, afin de bien compléter le rapport d'analyse du service AAOR dans I-CLSC ou le formulaire interprogrammes et partenaires.

À la suite de son analyse, l'intervenant sera en mesure d'établir le niveau de priorité initiale de la demande selon la grille de priorisation multiclientèle des demandes de service en CLSC du MSSS⁷. Le programme receveur peut modifier la priorité initiale après évaluation clinique, mais doit documenter ce changement au dossier de l'utilisateur et l'en informer.

⁷ MSSS (2018)

5.1.5 Orientation de la demande

L'orientation est la prise de décision partagée avec l'utilisateur quant aux suites à donner à sa demande de service. Pour bien orienter l'utilisateur, il est important que les intervenants aient une bonne connaissance des offres de service des programmes, qu'ils connaissent les critères d'admissibilité et qu'ils maîtrisent les critères de la grille de priorisation multiclientèle.

De plus, à l'étape de l'orientation, il est important que l'intervenant vérifie avec l'utilisateur son besoin d'accompagnement. Si tel est le cas, l'intervenant doit assurer un accompagnement personnalisé de l'utilisateur vers les services appropriés répondant le mieux à sa situation actuelle dans un objectif de continuité des services.

5.1.6 Référence ou transfert vers le programme-services

Si, suite à l'analyse, l'intervenant convient avec l'utilisateur de l'orientation vers un programme service du CISSS, il complète le document approprié (rapport d'analyse du service AAOR dans I-CLSC ou de référence interprogrammes). Lors d'une référence à un programme-services, pour une priorité initiale P1, il est obligatoire d'établir une communication verbale avec le secteur concerné (répondant P1) pour aviser de votre référence. Pour les autres références, lors de doute concernant l'orientation ou lorsque l'accompagnement de l'utilisateur est requis, une discussion avec le programme concerné est souhaitable.

Par ailleurs, certains documents complémentaires peuvent être requis et doivent être annexés à l'analyse du besoin / référence interprogrammes (se référer à l'annexe 3 – Napperon - Synthèse des critères d'admissibilité).

Lors de référence interprogrammes, le plan d'intervention et le résumé clinique de la situation lorsque disponible doivent être jumelés au formulaire de référence interprogrammes. Il s'agit alors d'un transfert vers un autre programme-services.

Il est à noter qu'un transfert interprogrammes signifie généralement la fin de l'épisode de service du programme référent. Lorsqu'une prise en charge par plus d'un programme-services est requise, un plan de service individualisé doit être réalisé.

Il est important de noter que c'est le programme-services où est acheminée la référence qui statuera sur l'offre de service à mettre en place pour l'utilisateur. Le référent peut faire des recommandations, mais ne peut officialiser le tout avec l'utilisateur puisque la responsabilité de définir le requis de service appartient au programme-services lors de son processus d'évaluation spécifique à son programme. Le programme-services receveur doit confirmer la réception de la demande afin que le transfert soit reconnu comme complété selon les mécanismes de retour au référent (voir point 5.3). Le transfert d'informations doit se faire selon la procédure de transfert d'informations aux points de transition.

Enfin, lorsque le recours à une ressource externe est proposé à un utilisateur, l'intervenant s'assure que ce dernier puisse y recevoir l'aide dont il a besoin.

N. B. Pour les demandes reçues à l'AAOR, s'il s'agit d'un problème pouvant être résolu par un nombre limité de rencontres, l'intervention peut être effectuée par l'intervenant de l'AAOR dans le cadre d'un suivi court terme (maximum 3 rencontres).

5.3 Usager en situation de crise (voir schéma à l'annexe 2)

5.3.1 Formulation de la demande

La formulation d'une demande de service par un usager peut être faite de plusieurs façons. L'usager peut se présenter au CISSS en personne ou encore téléphoner pour demander des services. Plusieurs demandes proviennent également de références internes (ex. : médecin ou autres programmes-services) ou de références externes (ex. : organismes communautaires, partenaires intersectoriels).

Exceptionnellement, il peut arriver qu'un usager formule sa demande à un intervenant ou une personne qui n'est pas en mesure d'y donner suite. À ce moment, le principe « l'usager est toujours à la bonne place » s'applique et l'intervenant à qui a été formulée la demande de service fait lui-même les démarches nécessaires, incluant si requis un accompagnement personnalisé, afin que la personne soit contactée par le bon service, souvent le service AAOR de son secteur. En aucun cas, l'usager ne doit avoir à refaire lui-même une démarche⁸.

5.3.2 Accueil de la demande

Cette étape consiste en une première prise de contact avec l'usager dans le but de faire la collecte d'informations et identifier avec lui ses besoins.

L'intervention de crise est une intervention immédiate dont l'objectif principal est d'évaluer rapidement les risques pour la personne et pour autrui, notamment à l'aide de la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire* et du *Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide*. Dans un deuxième temps, lorsque l'état de la personne est stabilisé, d'autres outils de dépistage peuvent être utilisés tels que les outils de détection en dépendance (DÉBA alcool/drogues/jeu) ou les GAD-7 et PHQ-9.

L'intervention téléphonique ainsi que l'intervention de crise dans le milieu, lorsque requis, sont accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 par le service Info-Social. Lorsqu'un client se présente en crise au CISSS-AT, les deux services responsables de stabiliser la crise sont l'urgence et l'AAOR. Dans les deux cas, si le client est actif dans un programme-services, le responsable du programme (voir bottin des coordonnées : répondant P1) pourra être sollicité pour évaluer la disponibilité de son intervenant et de collaborer à la gestion de la crise. Si ce dernier n'est pas disponible, la crise sera stabilisée par l'équipe de l'AAOR ou de l'urgence.

À noter que les programmes-services qui ont des usagers qui se présentent en crise à leur guichet ou accueil, l'agente administrative demande du support au répondant P1 de son programme pour tenter de stabiliser la crise. Pour les usagers qui se désorganisent en cours d'intervention individuelle, l'intervenant doit tenter de stabiliser la crise, sans avoir à les diriger vers l'AAOR. Cependant, l'accompagnement vers le service de l'urgence peut être requis : ex. : hospitalisation. Le recours à l'application de la Loi P38.001 ou les services policiers peuvent être requis, en dernier recours, s'il y a présence de danger immédiat pour l'intervenant ou l'usager.

⁸ CSSSSL, (2012).

5.3.3 Stabilisation de la crise

L'objectif pour le volet de crise n'est pas l'orientation et la référence dans un premier temps, mais bien de mettre rapidement en place une intervention psychosociale visant à diminuer les facteurs de risque identifiés dans la cueillette d'informations. L'intervention vise également à mettre en place un filet de sécurité autour de la personne et avec ses proches afin de stabiliser la situation de crise en attendant une prise en charge.

Dans le cas d'une situation de crise chez un usager actif dans un de nos programmes-services, l'intervenant vérifie qui est l'intervenant assigné au dossier et demande à l'usager s'il l'autorise à faire le lien avec ce dernier. Le répondant P1 est alors contacté afin de vérifier la pertinence clinique et la disponibilité de l'intervenant à collaborer.

5.4 Mécanismes de retour au référent

Afin de s'assurer de la continuité des services lors de la réception de demandes de service ou de la transition de l'usager entre différents programmes-services, des mécanismes de suivi sont mis en place. Ces mécanismes répondent à la pratique organisationnelle requise sur le transfert d'informations aux points de transition.

5.4.1 Suivi auprès du référent

Lorsqu'une demande est acheminée par un référent, avec l'autorisation de l'usager, l'intervenant assure un suivi au référent l'informant de l'orientation de la demande suivant la prise de décision. Il utilise à cette fin le télécopieur, le téléphone, un courrier électronique protégé ou encore la section réponse de la requête de services professionnels reçue.

N. B. Ne s'applique que lorsque le référent est l'AAOR et que le receveur reçoit la demande par I-CLSC.

5.4.2 Suivi auprès de l'usager

Qu'il ait formulé lui-même sa demande de service ou par le biais d'un référent, l'usager est informé de l'orientation ou d'un changement dans l'orientation de sa demande de service suivant la prise de décision. Dans le cas d'une réorientation, l'usager doit donner son consentement avant transmission de la référence. L'intervenant informe verbalement l'usager de l'orientation vers le programme-services du CISSS qui assurera le suivi. L'usager est informé de la possibilité d'un délai d'attente.

6. RÈGLES DE RÉOUVERTURE D'UN ÉPISODE DE SERVICES

Si un usager fait une nouvelle demande auprès de son intervenant, après un suivi ou à la suite d'un abandon, des procédures sont prévues afin de favoriser la continuité des services à l'usager par le même intervenant, et d'évaluer la pertinence clinique que ce client poursuivre avec le même intervenant dans le respect des meilleures pratiques et des règles éthiques. L'intervenant qui effectue une fermeture de prise en charge doit convenir avec son client que ce dernier peut rappeler son intervenant pour un besoin de même nature. Ce qui contribue à sécuriser l'usager au moment de la fermeture de l'épisode de services et accélère le processus d'accueil dans le cadre d'une nouvelle démarche initiée par l'usager.

Les règles qui suivent ont été élaborées afin de répondre le mieux possible aux réalités de l'ensemble des programmes-services et visent à soutenir les intervenants du CISSS dans l'orientation des demandes de service des usagers.

Il est à noter qu'en tout temps, à la Protection de la jeunesse, un nouveau signalement est nécessaire pour l'ouverture d'un nouvel épisode de protection.

6.1 À l'intérieur de 3 mois

6.1.1 Si l'utilisateur s'adresse à son ancien intervenant ou au guichet des programmes spécialisés

L'intervenant visé effectue le processus d'accueil et analyse la demande de son ancien client. Cette analyse sera supportée par les résultats obtenus lors du dernier épisode de services. L'intervenant convient, alors, avec le chef de service ou coordonnateur clinique du moment et de la pertinence de la prise en charge. Dans le cas contraire, l'intervenant propose au client une offre de service répondant à ses besoins. Pour une nouvelle demande, étant donné que « l'utilisateur est toujours à la bonne place », l'intervenant accueille la demande. Si la demande nécessite un nouveau service avec l'accès à un autre programme, l'intervenant complète le formulaire de référence interprogrammes et l'achemine au programme-services requis.

6.1.2 Si l'utilisateur s'adresse directement à l'AAOR

Le principe de « l'utilisateur est toujours à la bonne place » est appliqué. L'AAOR effectue le processus d'accueil et analyse la demande de l'utilisateur. Avec l'accord de l'utilisateur, il communique avec l'ancien intervenant afin d'évaluer la pertinence clinique que ce dernier poursuit le suivi avec l'utilisateur. Si tel est le cas, l'intervenant convient, alors, avec son chef de service ou son coordonnateur clinique du moment et de la pertinence de la prise en charge. Si l'utilisateur ne souhaite pas adresser sa demande à son ancien intervenant ou que l'intervenant juge qu'il n'est pas cliniquement indiqué de reprendre le suivi, l'intervenant de l'AAOR fait une nouvelle demande de service et l'utilisateur est référé vers le bon programme.

6.2 Plus de 3 mois après la fin de l'épisode de services

Dans le cas où un usager contacte son ancien intervenant, celui-ci l'informe qu'il transmettra ses coordonnées à un intervenant de l'AAOR qui le contactera afin d'analyser sa demande. La demande sera traitée comme un nouvel épisode de services.

7. MÉCANISMES DE GESTION DES LITIGES

Certaines situations ou certains profils cliniques peuvent ne pas correspondre aux critères d'accès réguliers des programmes-services et conséquemment, l'offre de soins et de services exige un échange et une discussion interprogrammes afin de répondre aux besoins spécifiques de l'utilisateur. Pour d'autres situations, un enjeu d'orientation vers un programme peut être rencontré en raison de problématiques particulières ou de la présence de troubles concomitants.

Afin d'assurer la fluidité et l'orientation des demandes de service à l'intérieur des délais prescrits par le MSSS (10 jours), le CISSS-AT met en place un Comité de concertation interprogrammes (CCI). Un de ses mandats est de s'assurer que tout usager reçoive dans les meilleurs délais, les services répondant à ses besoins, et ce, peu importe le degré de complexité de sa situation.

7.1 Trajectoire des situations complexes en 4 étapes⁹

Lorsqu'une demande présentant un haut niveau de complexité est reçue par un des services faisant office d'accueil clinique (ex. : AAOR, liaison en milieu hospitalier, ÉO, RTS, guichets d'accès), la trajectoire suivante doit être utilisée :

Étape 1 : Discussion entre les professionnels (intervenants ou coordonnateurs professionnels) et recherche de solutions;

→ S'il n'y a pas consensus.

Étape 2 : Discussion entre les gestionnaires responsables des services demandés et recherche de solutions;

→ S'il n'y a pas consensus.

Étape 3 : Lorsque les discussions ne conduisent pas à une entente, une demande est formulée au CCCO (comité de coordination clinique opérationnel) :

- L'intervenant qui a reçu la demande tente d'obtenir le consentement de l'utilisateur pour soumettre sa situation au CCCO. En l'absence de consentement, le CCCO pourrait décider de traiter tout de même la demande pour des motifs clinico-administratifs, et ce, dans le meilleur intérêt de l'utilisateur. L'intervenant doit rédiger une note au dossier suite à cette démarche;
- Le programme-services ayant reçu initialement la demande procède à la complétion du formulaire et l'achemine au responsable du comité, par courriel protégé;
- Le responsable de la coordination du comité en informe les membres et convoque une rencontre dans les 7 jours après la formulation de la demande.

Étape 4 : Le CCCO se réunit au plus tard 7 jours après la formulation de la demande;

- Le comité statue sur l'orientation et la décision est transmise à la direction qui devra assumer le leadership des interventions;
- Une note résumant l'orientation retenue au CCCO est rédigée au dossier de l'utilisateur par le programme-services qui a initié la démarche;
- La décision non nominative est transcrite dans le registre par le conseiller-cadre ou l'APPR de la DSM-SPPP et devient disponible pour le personnel et gestionnaire des différents accueils cliniques.

⁹ CISSSO, (2017).

8. PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

8.1 Direction des services multidisciplinaires – volet soutien à la pratique professionnelle et aux programmes (DSM-SPPP)

- Anime et coordonne le mécanisme de gestion des litiges.

8.2 Directions cliniques (DPSMD, DI-TSA-DP, DPSAPA, DPJ et DPJeu, DSPu)

- Font connaître et appliquent la présente procédure dans leurs services.

8.3 Chefs de service des différentes directions cliniques

- S'assurent de la mise en œuvre de cette procédure dans leurs équipes;
- Collaborent avec les chefs de service des autres directions cliniques dans l'orientation des situations complexes;
- Font appel au CCCO au besoin pour l'orientation des situations complexes;
- Participent au CCCO sur invitation;
- S'assurent que leurs intervenants aient accès au partage « Accueil clinique harmonisé-Outils ».

8.4 Intervenants, spécialistes en activités cliniques et coordonnateurs professionnels

- Appliquent la procédure et s'assurent de l'ajustement de leurs pratiques en fonction des nouvelles orientations de l'établissement;
- Soumettent à leur chef de service les situations complexes susceptibles de faire l'objet d'une présentation au CCCO ;
- Participent au CCCO sur invitation.

9. MÉCANISMES DE SUIVI

9.1 Indicateurs de suivi du projet

9.1.1 Sondage concerté du taux de satisfaction des usagers

9.1.2 Sondage concerté du taux de satisfaction des intervenants

9.1.3 Délai de décision de l'AAOR

9.1.4 Nombre de demandes et autres demandes de l'AAOR

9.2 Registre des orientations au CCI (cas traceurs)

9.3 Mise à jour de la procédure tous les quatre ans

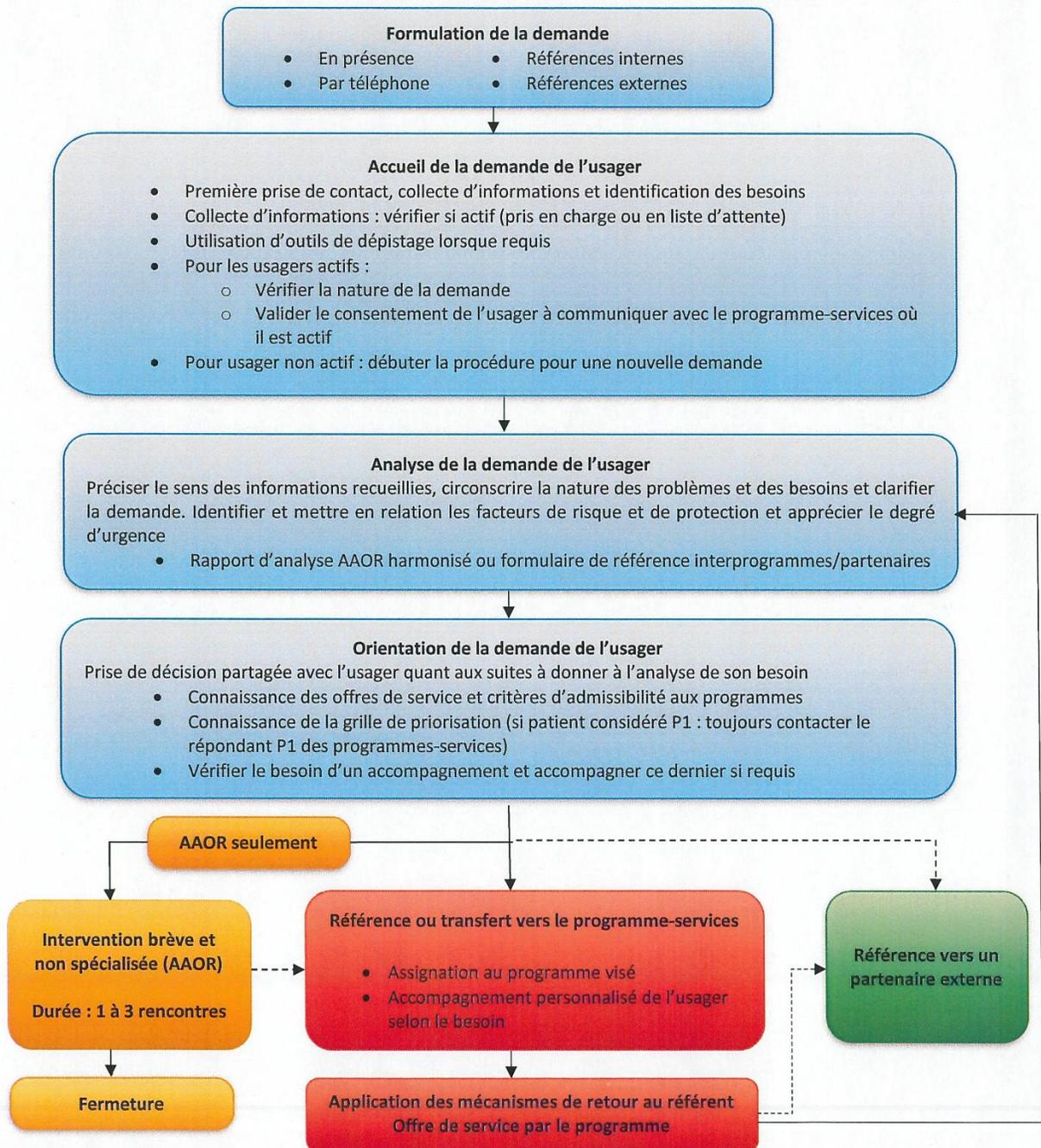
10. RÉFÉRENCES

- CISSS de l'Outaouais. *Comité de soutien à la concertation clinique*, Direction des services multidisciplinaires – volet soutien à la pratique, 2017.
- CSSS-IUGS. *Gestion des dossiers des usagers du CSSS-IUGS – Directive*, Direction des services professionnels et du partenariat médical (DSPPM), 2014, 23 p.
- CSSS du Sud de Lanaudière. *Cadre de référence : Direction des services santé mentale adulte. Normes et standards de pratique des services ambulatoires de 1^{re} et 2^e ligne*, 2012, 73 p.
- LES CSSS DE LA MONTÉRÉGIE. *Crise-Ado-Famille-Enfance : Programme d'intervention immédiate et intensive pour les familles et les jeunes en crise - Résumé du programme*, 2005.
- MSSS. *Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, mise à jour avril 2015, 2009, 599 p.
- MSSS. *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020*, mise à jour 2017. 33 p.
- MSSS. *Grille de priorisation multiclientèle des demandes de service en CLSC*, Direction générale des services sociaux, 2018, 2 p.
- OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Guide explicatif, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, 2013, 94 p.
- QUÉBEC. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, chapitre S-5, r. 5, Éditeur officiel du Québec, mis à jour le 1^{er} avril 2018, 1984.

ANNEXE 1 - Trajectoire des demandes de services psychosociaux et de réadaptation

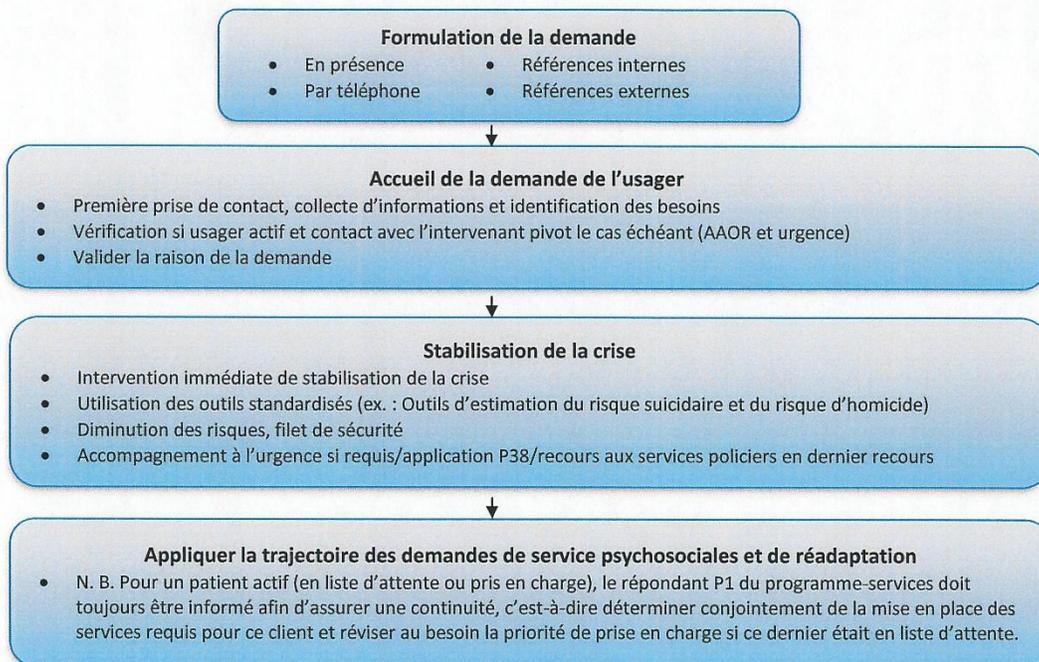
Trajectoire des demandes de services psychosociaux et de réadaptation Usager ACTIF ou NON ACTIF dans un programme-services

Usager ACTIF : porte d'entrée programme-services
Usager NON ACTIF : porte d'entrée AAOR et urgence
 *Accompagnement personnalisé vers la porte d'entrée



ANNEXE 2 - Trajectoire de crise des accueils cliniques

Trajectoire de crise des accueils cliniques (AAOR et programme-services)



* Au besoin : pour le suivi étroit d'une crise suicidaire, la décision de la prise en charge pourra se faire entre le service AAOR et le répondant P1 selon les procédures mises en place.

Penser à référer le patient au centre de prévention du suicide ou autre partenaire externe LITPSAT, 811-2, en cohérence avec le protocole de chaque direction.

Une intervention de crise est une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celle de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise.

Lorsqu'un client se présente en crise au CISSS-AT, les deux services responsables de stabiliser la crise sont l'urgence et l'AAOR. Dans les deux cas, si le client est actif dans un programme-services, le responsable du programme (voir bottin des coordonnées : répondant P1) pourra être sollicité pour évaluer la disponibilité de son intervenant et de collaborer à la gestion de la crise. Si ce dernier n'est pas disponible, la crise sera stabilisée par l'équipe AAOR ou urgence.

À noter que les programmes-services qui ont des usagers qui se présentent en crise à leur guichet ou accueil, l'agente administrative demande du support au répondant P1 de son programme pour tenter de stabiliser la crise. Pour les usagers qui se désorganisent en cours d'intervention individuelle, l'intervenant doit tenter de stabiliser la crise, sans avoir à les diriger vers l'AAOR. Cependant, l'accompagnement vers le service de l'urgence peut être requis : ex. : hospitalisation.

N. B. : Si récurrence de la crise par un même client, les chefs doivent être avisés pour convenir d'un plan de services et soutenir les intervenants.

ANNEXE 3 : Napperon – Synthèse des critères d’admissibilité Services sociaux et de réadaptation

 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue Direction des services multidisciplinaires		Synthèse des critères d’admissibilité Services sociaux et de réadaptation / pour référence psychosociale	
DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES Accueil AAOR (formulaire de référence non obligatoire, mais aidant)	Reçois tout patient qui le requiert pour faire évaluation, analyse, orientation. Se charge de stabiliser toutes les situations de crises qui se pointent à l'accueil ou par le service Info-Social Intervention dans le milieu par l'équipe 24/7, ou encore un contexte de sécurité civile. À partir de l'accueil, il peut se faire des interventions brèves et non spécialisées, d'une durée 2 à 3 rencontres.	DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE Évaluation et traitement en santé mentale – continuum 1^{re} ligne	DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE ET DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE Programme Jeunes en difficulté
Consultation sociale	Clientèle Personnes présentant un problème ponctuel et situationnel de fonctionnement social ou de la dynamique des systèmes conjugaux et familiaux. Problématiques les plus souvent rencontrées : idéations suicidaires, deuil, difficultés conjugales, changement dans les cycles de vie, stress, anxiété, difficultés d'adaptation, difficultés relationnelles, violence conjugale, épuisement professionnel, agression, etc. Critères d'admissibilité Aucun critère spécifique Documents complémentaires suggérés Sommaire de fermeture, rapport de psychiatrie ou notes de suivi pertinentes	Clientèle Personnes de 18 ans et plus Critères d'admissibilité ✓ Personne présentant un tableau clinique en santé mentale ne requérant aucune intervention immédiate ou un trouble mental modéré avec des signes d'instabilité de l'état mental ✓ Personne présentant un syndrome caractérisé par une perturbation significative de sa régularisation émotionnelle ou de son comportement ✓ Personne présentant une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou autre domaine du fonctionnement accompagné de signes d'instabilité de l'état mental ✓ Personne avec un trouble mental grave dont les symptômes sont considérés comme contrôlés, mais qui nécessite une réadaptation dans son milieu de vie. Soutien et accompagnement vers un degré de fonctionnement autonome optimal en société Documents complémentaires - obligatoires ✓ Demandes de service ayant un tableau clinique de suicide, effectuer la Grille d'estimation du risque suicidaire ✓ Demandes de service ayant un tableau clinique d'anxiété, effectuer le GAD-7 ✓ Demandes de service ayant un tableau clinique de dépression, effectuer le PHQ-9 Documents complémentaires suggérés Tous documents pertinents susceptibles d'appuyer la demande de service	Clientèle Enfants et parents qui présentent des problèmes psychosociaux d'ordre personnel, relationnel ou familial Critères d'admissibilité ✓ Le jeune de 14 ans et plus doit accepter un suivi ✓ Concernant un enfant de moins de 14 ans, les parents consentent aux services pour l'enfant (voir notions légales à l'annexe 4 de la Procédure des accueils) * Après évaluation des demandes, les services suivants pourront être offerts : ✓ Suivi psychosocial (LSSSS) ✓ Programme d'intervention en négligence ✓ Intervention de crise et suivi intensif dans le milieu (programme CAFE) ✓ Demandes de service ayant un tableau clinique de suicide, effectuer la Grille d'estimation du risque suicidaire
Travail social en GMF	Clientèle Personnes présentant un problème ponctuel et situationnel de fonctionnement social ou de la dynamique des systèmes conjugaux et familiaux. Problématiques les plus souvent rencontrées : idéations suicidaires, deuil, difficultés conjugales, changement dans les cycles de vie, stress, anxiété, difficultés d'adaptation, difficultés relationnelles, violence conjugale, épuisement professionnel, maladie chronique, dépistage des troubles cognitifs, agression sexuelle, etc. Critères d'admissibilité Être inscrit auprès d'un médecin de famille en GMF Documents complémentaires suggérés Sommaire de fermeture, rapport de psychiatrie ou notes de suivi pertinentes	Dépendance 1^{re} ligne : Services d'intervention précoce	Réception et traitement des signalements (DPJ)
Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social, 811 option 2)	Clientèle Accessible à toute la population. Lorsque jugé nécessaire par l'intervenant de l'Info-Social, un intervenant de garde peut être appelé à effectuer une intervention de crise dans le milieu Critères d'admissibilité L'état de conscience et physique de l'utilisateur doit permettre l'intervention psychosociale	Dépendance 2^e ligne : Programme régional d'évaluation spécialisée	Santé mentale jeunesse
		Clientèle ✓ Personnes de tous âges répondant aux critères d'un trouble d'utilisation d'une substance (TUS), un trouble lié aux jeux de hasard et d'argent (TJHA) ou une problématique de cyberdépendance et leur entourage. ✓ Les jeunes en difficulté, les femmes enceintes, les parents ayant de jeunes enfants ainsi que les personnes aux prises avec un problème de santé mentale constituent des clientèles prioritaires Documents complémentaires obligatoires ✓ DÉBA drogue, alcool ou jeu complété et interprété ou ✓ DÉP-ADO avec cote JAUNE ✓ Demandes de service ayant un tableau clinique de suicide, effectuer la Grille d'estimation du risque suicidaire * Au terme de l'évaluation spécialisée, les services suivants pourront être offerts : ✓ Services de réadaptation externes et avec hébergement ✓ Services de réinsertion sociale ✓ Services de gestion de l'intoxication, désintoxication externe ou désintoxication avec hébergement ✓ Service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes	Clientèle ✓ Jeunes de moins de 18 ans qui présentent des problèmes de santé mentale ✓ Parents dont un enfant est aux prises avec un problème de santé mentale Critères d'admissibilité Trouble de santé mentale modéré ou grave dont les symptômes ont un impact sur le fonctionnement de l'enfant Documents complémentaires suggérés ✓ Tous documents pertinents susceptibles d'appuyer la demande de service ✓ Demandes de service ayant un tableau clinique de suicide, effectuer la Grille d'estimation du risque suicidaire

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)
<p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Femmes enceintes ou mères et/ou pères d'enfant(s) de 0 à 5 ans vivant sous le seuil de faible revenu ✓ Sans diplôme (DES ou DEP) ✓ Ne pas être déjà suivi dans un programme d'intervention en négligence ou en protection de la jeunesse (PJ) ✓ Ne pas présenter d'éléments associés à la problématique de la négligence (dans ce cas, référer au programme Jeunes en difficulté ou procéder à un signalement à la DPJ)

DIRECTION DU PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES
Soutien à domicile (SAD)
<p>Clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perte d'autonomie liée au vieillissement ✓ Déficience physique, intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ✓ Clientèle santé physique long terme ✓ Clientèle en santé physique court terme ✓ Clientèle en soins palliatifs <p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Besoin attesté par une évaluation professionnelle, sur la base des besoins exprimés par la personne et ses proches ✓ La personne est confinée à domicile ou il est plus pertinent d'offrir au domicile les services ou certains services requis ✓ Il est plus efficient d'offrir le service au domicile plutôt que dans l'établissement ou en ambulatoire ✓ Le domicile est jugé adéquat et sécuritaire pour le personnel ✓ Les personnes couvertes par un autre régime public comme SAAQ ou CNESST ne sont pas admissibles à des services du même type.

DIRECTION DES PROGRAMMES DI-TSA-DP DÉFICIENCE PHYSIQUE
<p>Critères d'admissibilité généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Présenter une déficience d'un système organique entraînant ou risquant d'entraîner des incapacités significatives et persistantes ✓ La réalisation des activités courantes et/ou des rôles sociaux est ou risque d'être entravée ✓ La personne est en mesure d'apprendre ✓ Le pronostic est favorable : L'intervention spécialisée peut contribuer à amener des gains significatifs dans la réalisation des habitudes de vie

Déficience du langage
<p>Clientèle</p> <p>Personnes de tous âges</p> <p>Critères spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le diagnostic de déficience du langage doit être en lien avec la déficience physique ✓ Les troubles de langage se manifestent en l'absence d'un déficit auditif, de malformations des organes phonatoires, de troubles neurologiques acquis, d'un déficit dans le développement intellectuel, de troubles émotionnels graves ou encore de carences affectives ou éducatives majeures <p>Document complémentaire obligatoire</p> <p>Rapport en orthophonie attestant de la présence d'un trouble du langage ou hypothèse de trouble du langage</p>

Déficience motrice
<p>Clientèle</p> <p>Personnes de tous âges</p> <p>Critères spécifiques</p> <p>Le diagnostic de déficience motrice doit être en lien avec la déficience physique</p> <p>Documents complémentaires obligatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rapport médical attestant de la nature du diagnostic liée à la déficience motrice ✓ Tous rapports susceptibles d'éclairer les critères d'admissibilités

Programmes de neurotraumatologie
<p>Clientèle</p> <p>Personnes de tous âges ayant subi un événement traumatique</p> <p>Critères spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir subi un traumatisme crânien cérébral (TCC) léger, modéré ou grave ✓ Avoir subi une lésion musculo-squelettique telle que brûlures graves, amputation, blessures orthopédiques multiples ou complexes ✓ Avoir subi une blessure médullaire <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir un diagnostic clair établi par un médecin ✓ Avoir un impact sur le potentiel d'intégration sociale, scolaire ou professionnelle ✓ Affecter de façon persistante et significative la réalisation des habitudes de vie ✓ Nécessiter une approche globale de la part d'une équipe multidisciplinaire <p>Documents complémentaires obligatoires</p> <p>Rapports médicaux ou autres rapports susceptibles d'éclairer les critères d'admissibilité</p>

Déficience auditive
<p>Clientèle</p> <p>Personnes de tous âges</p> <p>Critères spécifiques</p> <p>Présenter des difficultés ou des incapacités à la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ D'une perte d'audition qu'elle soit très légère à profonde, de naissance ou acquise ✓ De l'apparition d'acouphènes ✓ D'un diagnostic d'hyperacousie ✓ D'une chirurgie d'implantation cochléaire <p>Documents complémentaires obligatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un rapport d'évaluation en audiologie ✓ Une attestation ORL de déficit auditif permanent ou déficit auditif validé sur le site de la RAMQ pour la clientèle adulte

Déficience visuelle
<p>Clientèle</p> <p>Personnes de tous âges</p> <p>Critères spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Présenter des difficultés ou des incapacités à la suite d'une perte importante ou totale de vision, diagnostiquée par un professionnel reconnu (optométriste ou ophtalmologiste) ✓ Les critères d'admissibilité au programme sont établis par la RAMQ, les documents obligatoires permettront au programme de statuer sur l'admissibilité de la demande <p>Documents complémentaires obligatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le dossier ophtalmologique des cinq dernières années ✓ Le dossier de l'optométriste datant de moins d'un an

DIRECTION DES PROGRAMMES DI-TSA-DP DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME
Intervention précoc
<p>Clientèle</p> <p>Enfants d'âge préscolaire</p> <p>Critères d'admissibilité</p> <p>Avoir des inquiétudes par rapport au développement de l'enfant</p>

Retard significatif de développement (RSD)
<p>Clientèle</p> <p>Enfants 0-7 ans</p> <p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Retard significatif du développement important par rapport à son âge chronologique dans au moins deux sphères de son fonctionnement : motricité globale ou fine, cognition, développement socioémotionnel, communication et autonomie ✓ Ce retard entraîne des incapacités significatives et persistantes qui ne peuvent être associées à un autre diagnostic et compromettent la réalisation des habitudes de vie de l'enfant <p>Documents complémentaires obligatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluation du développement (GED, Grille Ballon, autre) ✓ Évaluation en ergothérapie lorsque disponible ✓ Évaluation en orthophonie lorsque disponible

Déficience intellectuelle (DI)
<p>Clientèle</p> <p>Personnes de tous âges</p> <p>Critères d'admissibilité</p> <p>Répondre aux critères de la déficience intellectuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (QI 70 et moins) ✓ Fonctionnement au niveau des habiletés adaptatives inférieur à la moyenne (zone de déficience) ✓ Début avant l'âge de 18 ans <p>Documents complémentaires obligatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluation cognitive précisant le diagnostic ✓ Évaluation des comportements adaptatifs ✓ En l'absence d'une évaluation intellectuelle, rapport professionnel soulevant un ensemble d'indices suggérant la présence d'une déficience intellectuelle

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
<p>Clientèle</p> <p>Personnes de tous âges</p> <p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnostic du TSA ✓ Diagnostic provisoire du TSA <p>Documents complémentaires obligatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluation/rapport spécifiant le diagnostic ✓ Trousse pédiatrique (incluant le CARS-2) remplie et envoyée par le pédiatre

Mis à jour le 28 mai 2019

CHANGEMENT DE CHAÎNE DE COMMANDE

ANNEXE 4 - Grille de priorisation multiclientèle des demandes de service en CLSC



GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENTÈLE DES DEMANDES DE SERVICES EN CLSC

Ce document identifie les critères de mise en priorité pour les usagers en attente d'un premier service en mission CLSC.

Prendre en compte la situation globale et en dégager un jugement clinique

*****Il est important de spécifier qu'à tout moment, si vous constatez des éléments pouvant vous laisser croire qu'il peut y avoir compromission de la sécurité et du développement chez un enfant, vous devez procéder à un signalement. Seuls les intervenants des centres jeunesse peuvent évaluer si la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis.**

Priorité de la demande de services normalisée	PRIORITÉ 1 (P1) : URGENTE		PRIORITÉ 2 (P2) : PRIORITAIRE		PRIORITÉ 3 (P3) : ÉLEVÉE		PRIORITÉ 4 (P4) : MODÉRÉE	
Délais visés pour la prise en charge	Prise en charge immédiate ou intervention à l'intérieure de 72 heures selon la situation rencontrée		Prise en charge et intervention à l'intérieur de 14 jours		Prise en charge et intervention à l'intérieur de 30 jours		Prise en charge et intervention à l'intérieur de 180 jours de préférence. Le délai peut excéder 180 jours, mais ne peut pas dépasser 365 jours	
Niveau de risque et d'urgence	Présence d'un danger imminent pour l'intégrité, la santé, la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ou le maintien à domicile est compromis si les besoins ne sont pas répondus.		Présence de risques d'atteinte pour l'intégrité, la santé, la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ou le maintien à domicile est compromis si aucune intervention n'est faite à court terme.		Présence de risques d'atteinte à l'intégrité, la santé ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) en l'absence d'intervention à moyen terme pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie pour le maintien à domicile.		L'intégrité, la santé ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ne sont pas menacées à moyen terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie et favoriser son maintien à domicile.	
Problématique (Risque à l'intégrité et la sécurité de l'individu ou de son réseau)	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu
	Présente un danger imminent de : blessures graves, violence, homicide, suicide, feu, fugue, sans domicile, décompensation, détérioration de l'état de santé, etc.	Risque imminent d'hospitalisation, d'hébergement ou de placement.	Présente plusieurs facteurs de risques aggravants de détérioration de la situation ou de l'état de santé à court terme.	Risque d'hospitalisation, d'hébergement ou de placement à court terme.	Présente quelques facteurs de risques de détérioration de la situation ou de l'état de santé à moyen terme.	Réponse aux besoins, pas de compromission imminente chez les usagers de 18 ans et plus.	Ne présente pas d'éléments de complexité, présente quelques facteurs de risques (1 ou 2), des problèmes de santé chronique pouvant amener une diminution des capacités à moyen/long terme.	Réponse aux besoins pour le moment. Absence d'imminence ou d'urgence.



GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENÈTE DES DEMANDES DE SERVICES EN CLSC

Ce document identifie les critères de mise en priorité pour les usagers en attente d'un premier service en mission CLSC.

Prendre en compte la situation globale et en dégager un jugement clinique

	PRIORITÉ 1 : URGENT Code de priorisation 100	PRIORITÉ 2 PRIORITAIRE Code de priorisation 150	PRIORITÉ 3 : ÉLEVÉE Code de priorisation 200	PRIORITÉ 4 : MODÉRÉE Code de priorisation 300
Vulnérabilités <i>Tenir compte de l'âge, des facteurs de risque, du portrait clinique et de la mobilisation des parents, le cas échéant.</i>	<ul style="list-style-type: none"> État dysfonctionnel dans de multiples sphères de vie. Situation critique actuelle ou imminente. État de santé instable ou en décompensation nécessitant une intervention dans les 72 heures. Besoins fondamentaux et développement compromis chez les usagers 18 ans et plus. Santé et sécurité compromises chez les usagers 18 ans et plus. 	<ul style="list-style-type: none"> État fonctionnel limité dans plusieurs sphères de vie. Situation de crise potentielle. Éléments de vulnérabilité pouvant compromettre la santé ou la sécurité chez les usagers de 18 ans et plus. Comportements à risque. État de santé à risque de se détériorer si aucune intervention n'est faite d'ici les 14 prochains jours. 	<ul style="list-style-type: none"> État fonctionnel devient limité. Quelques éléments de vulnérabilité pouvant compromettre la santé ou la sécurité chez les usagers de 18 ans et plus. État de santé stable, mais qui risque de se détériorer si aucune prise en charge n'est faite d'ici les 30 prochains jours. 	<ul style="list-style-type: none"> État fonctionnel stabilisé. Absence de dangerosité. État de santé stable.
État des ressources et présence de facteurs de protection.	<ul style="list-style-type: none"> Réseau inexistant, problématique ou nuisible. Absence de facteurs de protection. Absence de ressource/aucune ressource financière pouvant compenser les incapacités. Planification d'une sortie d'un centre hospitalier. Risque d'expulsion. Réseau familial non fonctionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> Réseau d'aide limité/problématique, insuffisant, épuisé. Peu ou pas de facteurs de protection. Difficultés d'accès aux ressources. Ressources financières limitées. Réseau familial vulnérable. 	<ul style="list-style-type: none"> Réseau présent, mais en voie ou à risque d'épuisement ou de compromission. Peu de facteurs de protection. Réseau familial présentant des éléments de fragilité. 	<ul style="list-style-type: none"> Réseau présent, aidant, stable, pouvant compenser les incapacités. Aucun signe d'épuisement. Présence de facteurs de protection.

ANNEXE 5 - Procédure de protection de fichiers

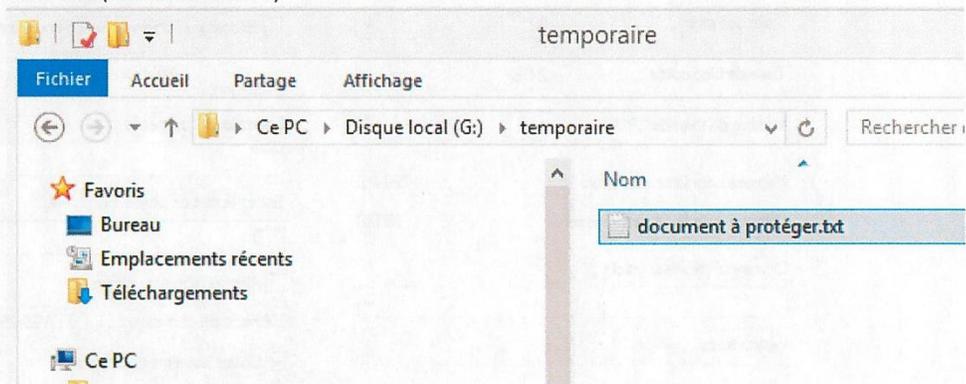
Procédure de protection de fichiers

Pour les usagers utilisant le client Outlook

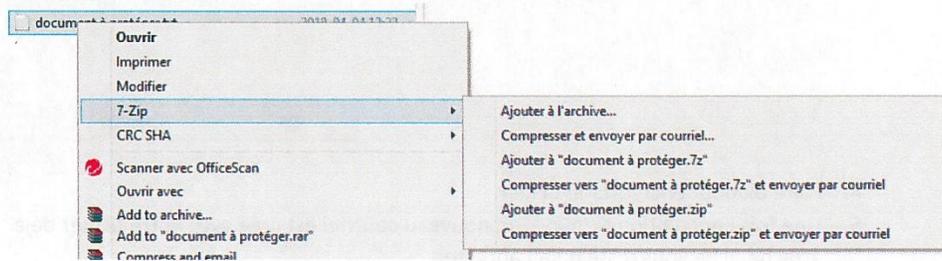
Vous devez avoir le logiciel 7zip d'installer sur votre poste de travail au préalable. En cas de besoin demander à votre équipe informatique locale.

Suivre les étapes suivantes pour encrypter et protéger votre fichier avant l'envoi :

1. Rendez-vous dans le répertoire où se trouve votre fichier à l'aide de l'explorateur windows (raccourcis win+E)



2. Faites un clic du bouton de droite et dans le menu 7-zip choisir l'option compresser et envoyer par courriel..



3. Dans le menu suivant choisir ou mettre l'archive et inscrire un mot de passe dans la section chiffrement

The screenshot shows the 'Ajouter à l'archive' dialog box with the following settings:

- Archive : G:\temporaire\ document à protéger.7z
- Format de l'archive : 7z
- Niveau de compression : Normale
- Méthode de compression : LZMA2
- Taille du dictionnaire : 16 MB
- Taille des mots : 32
- Taille de bloc solide : 2 GB
- Nombre de threads CPU : 4 / 4
- Mémoire pour la compression : 720 MB
- Mémoire pour la décompression : 18 MB
- Diviser en volumes, octets : (empty)
- Paramètres : (empty)
- Mode de mise à jour : Ajouter et remplacer les fichiers
- Mode de chemin : Nom de chemin relatif
- Options:
 - Créer une archive SFX
 - Compresser des fichiers partagés
 - Effacer les fichiers après compression
- Chiffrement:
 - Entrez le mot de passe : (masked with asterisks)
 - Entrez le mot de passe à nouveau : (masked with asterisks)
 - Afficher le mot de passe
 - Méthode de chiffrement : AES-256
 - Chiffre les noms de fichiers

4. Faire ok pour encrypter le fichier
5. Une fois l'encryption terminé, un nouveau courriel est créé avec votre fichier déjà attaché. Il ne vous reste qu'à l'adresser.

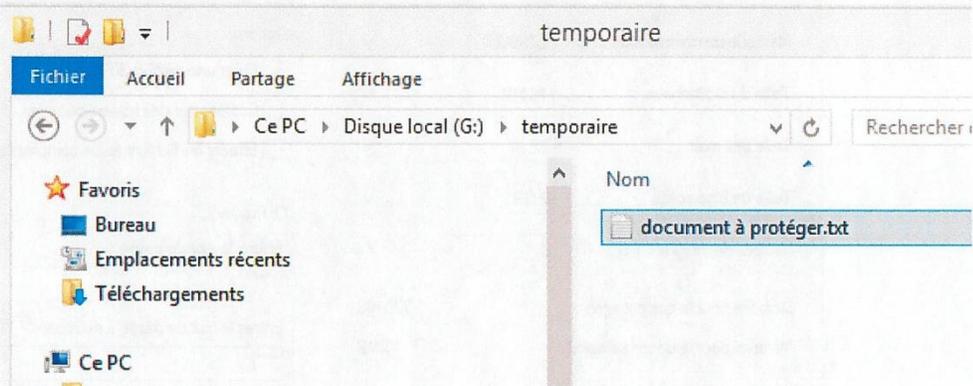
N'envoyez pas le mot de passe du fichier dans le même courriel car cela invalide toute la procédure.

Pour les usagers utilisant le client web

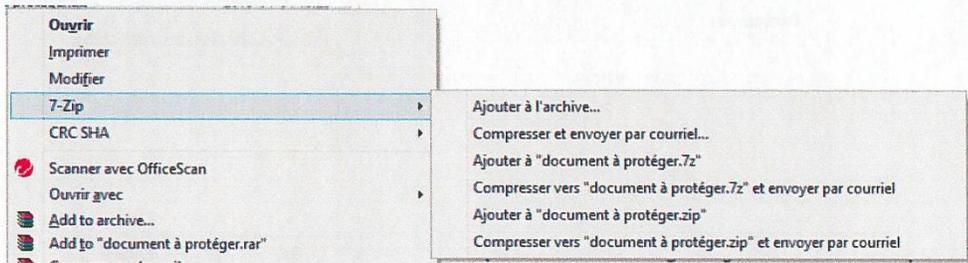
Vous devez avoir le logiciel 7zip d'installer sur votre poste de travail au préalable. En cas de besoin demander à votre équipe informatique locale.

Suivre les étapes suivantes pour encrypter et protéger votre fichier avant l'envoi :

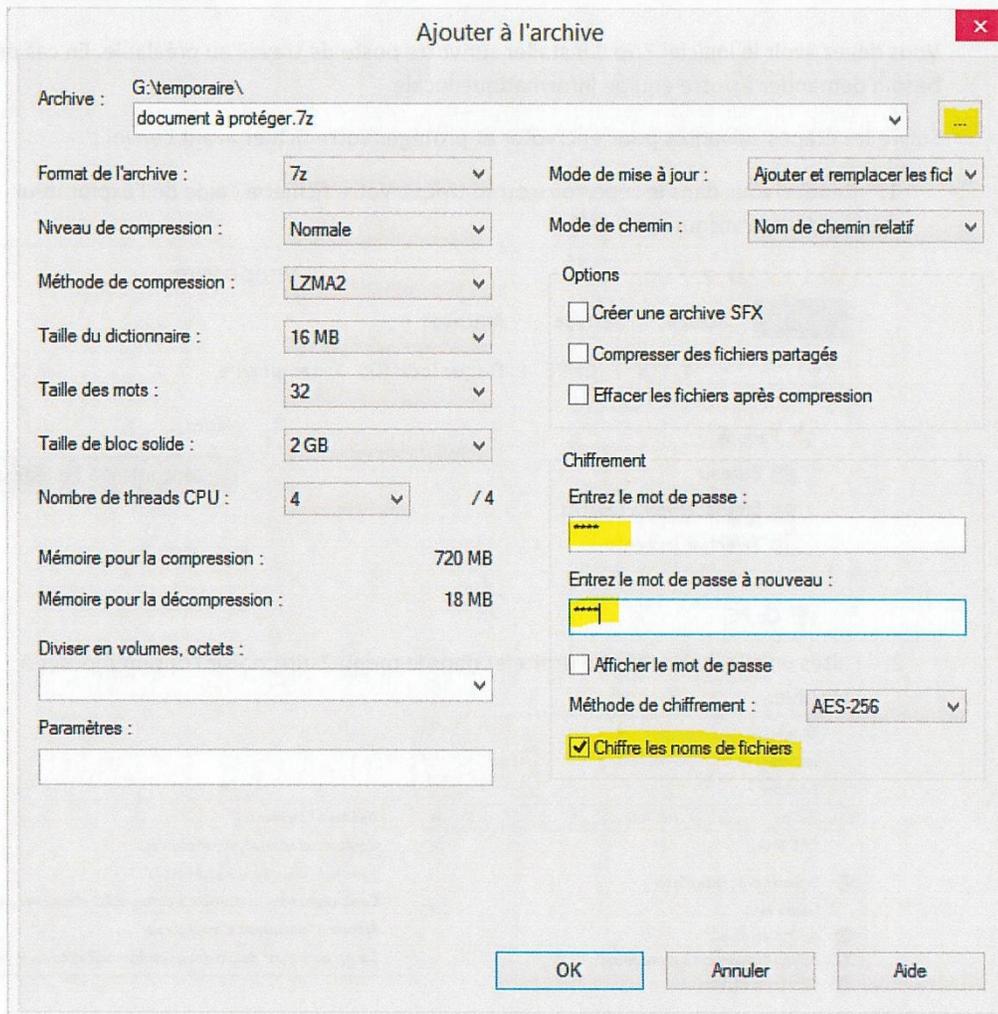
1. Rendez-vous dans le répertoire où se trouve votre fichier à l'aide de l'explorateur windows (raccourcis win+E)



2. Faites un clic du bouton de droite et dans le menu 7-zip choisir l'option Ajouter à l'archive.



3. Dans le menu suivant choisir ou mettre l'archive et inscrire un mot de passe dans la section chiffrement



The screenshot shows the 'Ajouter à l'archive' dialog box. The 'Archive' field is set to 'G:\temporaire\document à protéger.7z'. The 'Format de l'archive' is '7z', 'Mode de mise à jour' is 'Ajouter et remplacer les fich', 'Niveau de compression' is 'Normale', 'Mode de chemin' is 'Nom de chemin relatif', 'Méthode de compression' is 'LZMA2', 'Options' are unchecked, 'Chiffrement' section has 'Entrez le mot de passe' and 'Entrez le mot de passe à nouveau' fields with asterisks, 'Afficher le mot de passe' is unchecked, 'Méthode de chiffrement' is 'AES-256', and 'Chiffre les noms de fichiers' is checked. Buttons 'OK', 'Annuler', and 'Aide' are at the bottom.

4. Faire ok pour encrypter le fichier
5. Attachez le fichier nouvellement créé à votre courriel

N'envoyez pas le mot de passe du fichier dans le même courriel car cela invalide toute la procédure.



**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue**

Québec 