

GUIDE DE SOUTIEN À L'ORIENTATION DES DEMANDES DE SERVICES POUR LA CLIENTÈLE ADULTE

Mai 2024

COMITÉ DE RÉDACTION

Sonia St-Louis, directrice adjointe à la DI-TSA-DP
Karine Bujold, directrice adjointe à la DPSMDI
Cynthia Poirier, APPR, volet pratique professionnelle à la DSMQEPE
Hélène Côté, APPR, volet pratique professionnelle à la DSMQEPE

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Autres personnes consultées

Julie Dupéré, conseillère cadre à la DSMQEPE
Janie Goulet-Roch, cheffe des services sociaux généraux à la DSMQEPE
Danie Chamberland, directrice adjointe à la DSMQEPE
Marie-Pier Marcotte, APPR en dépendance et itinérance à la DPSMDI
Sophie Tremblay, conseillère cadre à la DPSMDI
Nathalie Boulet, Directrice adjointe des soins infirmiers et activités hospitalières, à la DSI
Catherine Chouinard-Dufour, cheffe des services hospitaliers, services psychosociaux généraux, réadaptation et IPS, à la DSI
Émilie Caron Descôteaux, travailleuse sociale en dépendance à la DPSMDI
Priscilla Malenfant, directrice à la DSAPA
Josée Martin, cheffe des services de SAD à la DSAPA
Claudine Lebeuf, SAC au SAD à la DSAPA

CORRECTION ET MISE EN PAGE

Johanne Tremblay, agente administrative
Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique

Note : Le genre masculin ou féminin est utilisé dans ce document dans le but d'alléger le texte, mais il inclut tous les genres.

TABLE DES MATIERES

MISE EN CONTEXTE.....	4
INTRODUCTION	5
1. OFFRE DE SERVICES DISPONIBLES POUR LES USAGERS ADULTES	6
1.1. Programmes et services destinés à l'ensemble de la population	6
1.2. Programmes et services spécifiques ou spécialisés	8
2. TRAITEMENT D'UNE DEMANDE DE SERVICES.....	9
2.1. Principes directeurs	9
2.2. Étapes et éléments requis pour analyser les besoins et orienter une demande de services.....	10
2.3. SSG ou Guichets spécifiques?	10
3. COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ATTENDUE POUR FAVORISER L'ACCÈS ET LA FLUIDITÉ DES SERVICES.....	11
3.1. Orientations ministérielles et pratiques à préconiser dans le traitement des demandes de services.....	11
3.2. Concertation entre les équipes des guichets d'accès spécifiques (incluant l'AAOR et les services sociaux en CH)	12
3.3. Marche à suivre pour optimiser l'orientation des situations d'usagers adultes avec des besoins multiples ou complexes	12
3.4. Problèmes liés à l'accessibilité ou à la fluidité des services	13
3.5. Exemples de situations qui impliquent une collaboration entre les diverses « portes d'accès » aux services.....	14
4. COMITÉ DES CAS COMPLEXES POUR LES USAGERS ADULTES	16
4.1. Marche à suivre pour consulter le comité.....	16
CONCLUSION.....	17
RÉFÉRENCES	18

MISE EN CONTEXTE

Dans une perspective d'amélioration continue, un comité composé des directions adjointes du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de la santé mentale, dépendance et itinérance (SMDI) et en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) a été mis en place afin de **clarifier les responsabilités mutuelles des directions cliniques** en ce qui a trait à l'orientation des demandes de services **pour les usagers adultes**. Par la suite, le volet de la pratique professionnelle de la DSMQEPE s'est intégré aux travaux et a contribué à la rédaction de ce guide et à la création d'outils cliniques pour soutenir les intervenants.

À qui s'adresse ce guide?

Le présent guide s'adresse aux intervenants, au personnel d'encadrement clinique et aux gestionnaires afin que ceux-ci puissent assurer un traitement efficient et optimal d'une demande de services sur l'ensemble du continuum de services (soit de la demande initiale, au suivi jusqu'à la fin d'un épisode de service).

PRENDRE NOTE :

Le terme « intervenant » dans ce document réfère à toute personne appelée à intervenir auprès de l'usager (ex. : infirmière, travailleur social, professionnel de la réadaptation, psychoéducateur, technicien en éducation spécialisée, etc.)

Le terme « personnel d'encadrement clinique » réfère à toute personne ayant une fonction de soutien clinique auprès des intervenants (ex. : coordonnateur, ASI, chef d'équipe, superviseur, etc.)

INTRODUCTION

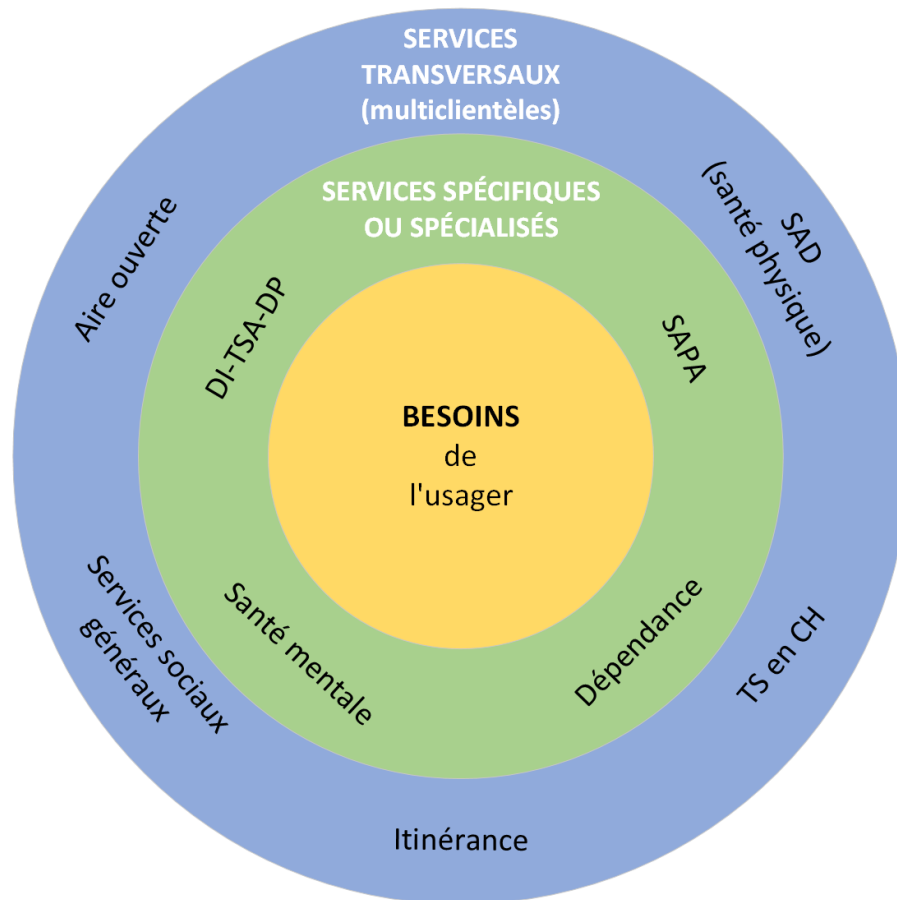
Le *Guide de soutien à l'orientation des demandes de services pour les usagers adultes* établit les principes et les démarches à préconiser en matière d'accessibilité, de fluidité des services et de collaboration interprofessionnelle dans le traitement des demandes de services. Il s'accorde avec les meilleures pratiques en vigueur à ce jour et demeure en cohérence avec les attentes organisationnelles et ministérielles. Il présente également des mécanismes de communication permettant de traiter plus efficacement certaines demandes de services, notamment lorsque les besoins de la personne sont complexes et qu'ils doivent être répondus par plus d'un programme-service.

Ce guide vise les objectifs suivants :

- Soutenir les intervenants dans l'orientation des demandes des usagers adultes vers les services appropriés, en conformité avec la mission de chacun des programmes des directions cliniques.
- Améliorer l'accès aux services en fonction des besoins des usagers en diminuant les « zones grises ou zones frontières » dans un souci d'optimisation.
- Faciliter la collaboration interprofessionnelle et la prise en charge commune lorsque les besoins d'un usager nécessitent l'apport de plusieurs programmes ou services.

1. OFFRE DE SERVICES DISPONIBLES POUR LES USAGERS ADULTES

L'image suivante permet de distinguer les services transversaux, qui sont accessibles à tous les usagers adultes peu importe leur(s) problématique(s), des services spécifiques et spécialisés, qui eux sont dispensés en fonction de problématiques ciblées.



1.1. Programmes et services destinés à l'ensemble de la population

1.1.1. Services sociaux généraux (SSG)

Les SSG s'adressent à toute personne qui présente un problème ponctuel ou situationnel du fonctionnement psychosocial (logement, situation financière, relations avec les proches ou autres difficultés personnelles) ou encore de la dynamique familiale ou conjugale et dont :

- L'intervention de courte durée semble suffisante pour répondre aux besoins;
- La situation présentée paraît réversible et n'exige pas de services spécifiques ou spécialisés.



Pour toute question en lien avec l'accès aux SSG, **s'adresser au guichet AAOR du secteur concerné**. Hors des heures d'ouverture, contacter la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

IMPORTANT : En matière de **violence conjugale et d'agression sexuelle**, les SSG ont la responsabilité d'assurer l'accessibilité aux services requis, tel que défini dans les plans d'action provinciaux, régionaux et locaux.

1.1.2. Services sociaux en centre hospitalier (CH)

L'intervenant social en centre hospitalier peut être mis à contribution pour évaluer et orienter les usagers en intervenant auprès d'eux lorsqu'ils présentent des difficultés ayant un impact sur leur fonctionnement et leur orientation au congé¹ (évaluation des besoins d'aide, référence vers les ressources, soutien et accompagnement ponctuels, collaboration à la préparation du congé, etc.).



Pour toute question en lien avec l'accès aux services psychosociaux en CH, utiliser leur boîte courriel : travailleurssociaux.bc.09ciyss@ssss.gouv.qc.ca pour le secteur de Baie-Comeau et travailleurssociaux.si.09ciyss@ssss.gouv.qc.ca pour le secteur de Sept-Îles. Les intervenants sont présents du lundi au vendredi de 8 h à 18 h. Hors des heures d'ouverture, s'adresser à la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

1.1.3. Services de soutien à domicile (SAD)

Les services de SAD visent à offrir le soutien requis permettant à la personne, qui présente une incapacité temporaire ou permanente, de demeurer dans son domicile dans une perspective de santé physique et mentale, de participation sociale, de soutien à l'autonomie et de qualité de vie, en tenant compte de ses besoins, de ses capacités et de ses préférences². Quoique la majorité de la clientèle soit composée de personnes âgées de plus de 65 ans, ces services s'adressent à **toute personne résidant sur le territoire**, peu importe son âge, et qui **a besoin de recevoir à domicile** une partie ou la totalité des services requis.

Les services de SAD s'adressent également aux personnes proches aidantes ayant besoin de services dans le but de **maintenir ou développer leur capacité à s'occuper d'une personne en perte d'autonomie** (ex. : aide matérielle, répit, gardiennage, intervention éducative sur la condition de la personne aidée). Toutefois, si le proche aidant présente des besoins psychosociaux de nature personnelle ou que ses difficultés d'adaptation à son rôle de proche aidant perdurent, un suivi individualisé pourra lui être proposé via les SSG.

Les équipes de tous les programmes-services des directions cliniques contribuent à maintenir les usagers à domicile. Par ailleurs, au CISSS de la Côte-Nord, les besoins en « santé physique » relèvent des guichets SAPA (incluant les services d'assistance personnelle (SAP) et aide à la vie domestique (AVD)).



Pour toute question en lien avec l'accès aux services de SAD, s'adresser au **guichet SAPA du secteur concerné**. Hors des heures d'ouverture, contacter la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

1.1.4. Soutien pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir

Des mécanismes facilitent la liaison et l'accès à des ressources matérielles, d'hébergement ou à d'autres sources d'aide pour toute personne **en situation d'itinérance ou à risque de le devenir**. Les directions cliniques du CISSS travaillent ainsi en collaboration entre elles et avec les divers organismes du réseau local de services (RLS) afin d'intervenir **rapidement et en complémentarité** pour soutenir la personne qui se retrouve dans une telle situation. Ainsi, celle-ci peut bénéficier des ressources disponibles dans la communauté (ressources matérielles, communautaires ou tout autre mesure de soutien), sans devoir rencontrer un nouvel intervenant.

Tout intervenant, de concert avec son personnel d'encadrement clinique ou son gestionnaire, peut communiquer avec la personne répondante en itinérance de la DSMDI lorsqu'il ne connaît pas les

¹ <https://www1.0tstcfq.org/public/nos-professions/decouvrir-nos-professions>

² <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351/> p.5)

ressources ou que celles-ci ne sont pas accessibles. Selon les besoins, cette dernière pourra faciliter la liaison pour permettre l'accès aux ressources nécessaires à l'utilisateur.



Pour toute question en lien avec les ressources et le soutien disponibles pour les personnes en situation d'itinérance, s'adresser à son personnel d'encadrement clinique ou son gestionnaire. Hors des heures d'ouverture et pour les partenaires externes, s'adresser à la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

1.1.5. Aire ouverte

Aire ouverte est un service diversifié visant la santé et le bien-être des jeunes âgés de **12 à 25 ans** et leurs proches, notamment en tentant de rejoindre les jeunes qui sont ou pourraient se retrouver en situation de vulnérabilité et qui hésitent à faire appel aux services. Les services d'Aire Ouverte sont disponibles à Baie-Comeau et à Sept-Îles ainsi qu'en mode virtuel dans certaines autres localités de la région. Les intervenants sont disponibles avec ou sans rendez-vous et s'adaptent à la réalité des adolescents et des jeunes adultes : horaire flexible, site accueillant, utilisation de la technologie, etc.



Pour toute question en lien avec l'accès aux services d'Aire Ouverte, les contacter directement à leurs locaux. Hors des heures d'ouverture, s'adresser à la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

1.2. Programmes et services spécifiques ou spécialisés

1.2.1. Services en santé mentale

Les services en santé mentale sont accessibles à une personne qui présente des difficultés significatives relevant ou s'apparentant à des troubles mentaux et qui manifeste des **symptômes modérés à élevés**. Les autres besoins de soutien en santé mentale peuvent généralement être pris en charge par les SSG. Toutefois, pour certains diagnostics ou lorsque l'état ou la condition de la personne s'aggrave ou perdure dans le temps, la demande de services est orientée vers le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM).



Pour toute question en lien avec l'accès aux services en santé mentale, s'adresser à son personnel d'encadrement clinique ou son gestionnaire. Hors des heures d'ouverture et pour les partenaires externes, contacter la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

1.2.2. Services en dépendance

Divers services en dépendance sont disponibles pour les personnes pour qui la consommation d'alcool ou de drogues, la participation à des jeux de hasard et d'argent ou l'utilisation d'Internet est préoccupante et mène à des conséquences dans différentes sphères de leur vie.

Des services sont également disponibles pour soutenir l'entourage des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance (parent, conjoint ou autre proche affecté par la situation).



Pour toute question en lien avec l'accès aux services en dépendance, consulter le [document de référence](#) ou le **guichet spécifique**. Hors des heures d'ouverture, s'adresser à la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

1.2.3. Services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ou déficience physique

Les services en DI-TSA-DP s'adressent à la personne qui doit s'adapter à une **incapacité significative et persistante relevant d'une ou s'apparentant** à une déficience physique, intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou un trouble de la communication sociale. Selon les besoins, divers intervenants collaborent pour favoriser la **participation optimale** de la personne dans son fonctionnement quotidien (AVD-AVQ, emploi/études, habitudes de vie, etc.).

Des services peuvent également être offerts au **proche aidant qui doit s'adapter à de nouvelles responsabilités** auprès d'une personne vivant avec une incapacité significative et persistante (enseignement ou autre intervention en lien avec sa réponse aux besoins de l'utilisateur). Toutefois, si le proche aidant présente des besoins psychosociaux de nature personnelle ou que ses difficultés d'adaptation à son rôle de proche aidant perdurent, un suivi individualisé pourra lui être proposé via les SSG.



Pour toute question en lien avec l'accès aux services en DI-TSA-DP, **s'adresser au guichet DI-TSA-DP**. Hors des heures d'ouverture, contacter la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

1.2.4. Services de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Les services de SAPA s'adressent à la personne qui présente des **difficultés psychosociales significatives liées au vieillissement** : demandes d'hébergement, interventions psychosociales, établissement d'un régime de protection, etc. Des services peuvent également être offerts au **proche aidant qui doit s'adapter à de nouvelles responsabilités** auprès de la personne. Toutefois, si le proche aidant présente des besoins psychosociaux de nature personnelle ou que ses difficultés d'adaptation à son rôle de proche aidant perdurent, un suivi individualisé pourra lui être proposé via les SSG.



Pour toute question en lien avec l'accès aux services du programme SAPA, **s'adresser au guichet SAPA du secteur** concerné (territoire). Hors des heures d'ouverture, contacter la ligne partenaire d'Info-Social au 418 538-7204.

2. TRAITEMENT D'UNE DEMANDE DE SERVICES

2.1. Principes directeurs

- L'orientation des demandes de services repose sur **l'analyse des besoins** des usagers plutôt que sur les diagnostics ou l'âge de ceux-ci. Cette analyse s'appuie sur les observations et données recueillies par l'intervenant et fait suite à une réflexion clinique rigoureuse.
- Afin d'exercer son jugement clinique de manière appropriée, l'intervenant **s'appuie sur des données validées** et, au besoin, **consulte les ressources ou instances appropriées** pour émettre son avis et ses recommandations.
- Lorsque les besoins de l'utilisateur ou de ses proches nécessitent l'apport de plusieurs disciplines, programmes ou directions cliniques pour y répondre, et que la personne y consent, la **collaboration interprofessionnelle** devient incontournable voire essentielle pour offrir à la personne des services adaptés à sa situation.

2.2. Étapes et éléments requis pour analyser les besoins et orienter une demande de services

Les étapes préconisées pour l'orientation de toute demande de services sont les mêmes que celles effectuées à l'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR). Celles-ci sont résumées afin de soutenir les référents :

1. **Accueil** : Recueillir des informations sur les besoins actuels, la situation familiale, la présence de partenaires, les forces de la personne, de son réseau familial et social, les raisons et circonstances de la demande.
2. **Analyse** : Chercher le sens et la signification des informations recueillies : déterminer la nature des problèmes et l'urgence des besoins, clarifier la demande et les motivations de la personne, identifier les facteurs de risque pouvant mener à des problèmes plus importants (risque suicidaire ou homicidaire, absence de réseau de soutien, comorbidité, risque de sevrage, etc.).
3. **Identification des besoins** : Cette étape doit reposer sur une analyse rigoureuse des informations recueillies tout en portant une attention particulière à des besoins sous-jacents (la pointe de l'iceberg?) ou encore, à un état ou une situation **qui contribue à maintenir ou à aggraver** les problèmes.

IMPORTANT : Si l'utilisateur reçoit ou est en attente de recevoir d'autres traitements, soins ou services offerts par l'établissement, il peut être approprié de contacter les intervenants concernés pour optimiser la collecte de données, obtenir une meilleure analyse des besoins et mieux cibler les orientations à préconiser. Cette démarche s'avère incontournable lorsque ces soins ou services sont de nature semblable, connexe ou complémentaire.

4. **Orientation des demandes** : Vérifier les critères d'accès aux services, déterminer quel(s) service(s) peuvent être offerts en fonction des besoins identifiés. Idéalement, des échanges entre les intervenants débutent dès le traitement de la demande afin, s'il y a lieu, de compléter les informations cliniques pertinentes et de favoriser une prise en charge optimale et cohérente.

IMPORTANT : Le référent peut obtenir du soutien et des conseils par le biais du guichet spécifique concerné ou de l'AAOR sur les heures ouvrables ou via la ligne partenaire Info-Social (418 538-7204)

2.3. SSG ou Guichets spécifiques ?

Les SSG peuvent répondre à un requis de service court terme (maximum de 12 rencontres). Ils visent à prévenir la détérioration d'une situation ponctuelle, à soutenir une personne à retrouver son équilibre (deuil, séparation, à réduire les conséquences d'une difficulté psychosociale (gestion du stress, anxiété, etc.) ou de problèmes relationnels d'un couple ou d'une famille (problèmes de communications, etc.).

Ainsi, lorsque les besoins (sans éléments de complexité, ni de problèmes multiples) de la personne peuvent, selon l'analyse des données disponibles, être répondus par les services de consultation sociale des SSG, l'intervenant peut orienter la demande vers ceux-ci.

Toutefois, la demande de service doit être dirigée vers **un ou des** guichets spécifiques concernés lorsqu'un ou des éléments suivants sont présents :

- L'évaluation des besoins doit être approfondie par un professionnel ayant une formation ou une **expertise particulière** dans la problématique ciblée;
- Les besoins nécessitent une **intensité soutenue** en termes de fréquence de rencontres ou le suivi nécessite des services à **moyen ou à long terme** pour parvenir à atteindre les objectifs;
- La situation est complexe³ ou présente des problèmes concomitants ou interreliés qui exigent une **priorisation des besoins** et une **coordination des services** afin d'offrir des services cohérents et au moment opportun;
- Une **prise en charge interdisciplinaire** et une **collaboration étroite** entre les partenaires sont requises pour répondre aux besoins de la personne de manière efficiente et concertée.

3. COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ATTENDUE POUR FAVORISER L'ACCÈS ET LA FLUIDITÉ DES SERVICES

Selon la direction clinique où il exerce son mandat, l'intervenant qui oriente une demande de services doit s'assurer, lorsque les besoins de l'utilisateur ne peuvent être répondus par un seul intervenant (de la même ou de plusieurs directions), que celui-ci puisse accéder aux services appropriés en temps opportun. La collaboration entre les divers intervenants et la complémentarité des services dispensés doivent nécessairement faire l'objet d'une concertation clinique, idéalement avant et tout au long de l'épisode de services.

3.1. Orientations ministérielles et pratiques à préconiser dans le traitement des demandes de services

Le récent Cadre de référence du MSSS « Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité » réaffirme l'importance « de moderniser nos approches [...] et de porter une vision globale et intégrée sur les services [...] dans une optique d'utilisation judicieuse des ressources ».⁴ Les concepts suivants décrivent les principes et pratiques de collaboration interprofessionnelle à instaurer pour améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services.

L'accès intégré et harmonisé [permet à l'utilisateur] d'accéder [...] aux différents programmes clientèle [...], **peu importe la porte d'entrée** [qu'il] utilise dans l'ensemble du territoire. Il vise à **réduire les délais** fréquemment observés dans les mécanismes d'accès; [et à] **simplifier le parcours** de l'utilisateur [...] en vue de l'obtention des soins et des services.

- Toute demande est traitée de manière à **faciliter l'accès de l'utilisateur** aux services en fonction de ses besoins. La **collaboration entre les équipes** des guichets d'accès et les intervenants des différents programmes et services réduit les délais et simplifie le parcours de l'utilisateur.

La continuité des soins et services [s'inscrit] dans une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Les services sont continus lorsqu'ils **s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse**.

- Qu'ils soient dispensés en simultané ou en séquence, **les intervenants communiquent pour s'informer ou pour faciliter la transition** d'un service à l'autre (information juste, pertinente et nécessaire à l'exercice de leurs fonctions).

³ Un problème [ou une situation] complexe oblige à prendre en compte plusieurs aspects ou schèmes de référence à la fois (social, économique, psychologique, éthique, culturel, scientifique, etc.) et différentes représentations du problème peuvent être définies selon les présupposés, informations et opinions considérés. (Cégep de Ste-Foy)

⁴ (MSSS, 2023)

La coordination des soins et services est la capacité de mettre en lien, de manière synchronisée, les personnes et les services afin d'accomplir un ensemble de tâches, d'assurer une offre de services **cohérente et centrée sur l'utilisateur** tout au long de la trajectoire.

- Les situations complexes ou à problèmes multiples sont **identifiées le plus tôt possible** et les **besoins sont priorisés** pour assurer la cohérence et la complémentarité des services.

L'intégration des soins et des services se définit comme un ensemble cohérent de méthodes, de processus et de modèles organisationnels et cliniques. Elle suppose une **vision partagée** des rôles et des responsabilités des acteurs [...] et requiert une collaboration entre ces derniers. L'intégration vise une **meilleure réponse aux besoins** des usagers et des membres de son entourage et à favoriser la collaboration [interprofessionnelle], améliorer la cohérence et la pertinence des soins et des services et à accroître la fluidité (accès et continuité) et la qualité des soins et services.

- Les partenaires collaborent ensemble pour développer une **compréhension commune** de la situation ainsi que des rôles et des responsabilités de chacun pour favoriser une **réponse optimale** aux besoins de l'utilisateur (diviser le travail pour multiplier les résultats).

3.2. Concertation entre les équipes des guichets d'accès spécifiques (incluant l'AAOR et les services sociaux en CH)

Des rencontres ou autres mécanismes d'échange statutaires sont à préconiser entre les intervenants qui traitent les demandes. Ces moments d'échange sont tout autant bénéfiques pour l'utilisateur que pour les intervenants. En effet, ceux-ci permettent de mieux connaître et comprendre les offres de services de chaque direction clinique, de mieux distinguer les frontières, d'éclaircir les zones grises et de collaborer harmonieusement entre collègues. Ceci aura des impacts positifs sur le traitement de la demande afin d'offrir le bon service, à la bonne personne, au bon moment, en éliminant les actions à valeur non ajoutée.

L'implication du personnel d'encadrement clinique et des intervenants des guichets s'avère essentielle pour améliorer la fluidité et la complémentarité des services.

3.3. Marche à suivre pour optimiser l'orientation des situations d'utilisateurs adultes avec des besoins multiples ou complexes

3.3.1. Orientation vers des programmes ou services relevant de la même direction

Lorsque les besoins de l'utilisateur **ne nécessitent pas** l'apport d'autres directions cliniques de l'établissement, l'intervenant réfère aux modalités prévues pour la mise en place ou l'ajout de services spécifiques à sa mission. En cas de doute, il réfère à son personnel d'encadrement clinique ou à son gestionnaire.

3.3.2. Orientation vers des programmes ou services relevant d'autres directions

Tel que mentionné à la section 2.2, lorsque les besoins de l'utilisateur **nécessitent l'apport d'autres programmes ou services** offerts par différentes directions cliniques de l'établissement, l'intervenant doit communiquer avec le ou les guichets d'accès concernés pour collaborer à la mise en place ou à l'ajout de services.

IMPORTANT : Éviter de limiter les besoins de la personne à une condition ou un état permanent. Par exemple, bien qu'elle vive avec une déficience, une personne peut avoir des besoins qui ne relèvent pas de l'expertise de la DI-TSA-DP, notamment si elle développe des états dépressifs ou anxieux, son besoin pourrait ne pas être lié à sa condition. Une demande de services vers les SSG (ou MASM) est alors requise pour assurer un meilleur accès aux services.

3.4. Problèmes liés à l'accessibilité ou à la fluidité des services

3.4.1. Informations manquantes ou « Mauvais guichet »

Lorsqu'un guichet reçoit une demande qu'il ne peut pas traiter ou qui relève d'une autre direction clinique, l'intervenant dudit guichet **ne doit pas** retourner, réorienter ou fermer la demande de services sans avoir, préalablement :

- Tenté de contacter le référent (partenaire externe, personnel médical, AAOR ou intervenant social en CH si la demande provient d'eux) pour lui demander des renseignements supplémentaires afin de mieux comprendre la nature des besoins.
- ou**
- Contacté le ou les guichets qui pourraient être les mieux placés pour convenir de la meilleure manière de finaliser le traitement de la demande. Cette option s'applique lorsque les données actuelles, même si elles ne sont pas complètes, sont suffisantes pour être en mesure d'orienter vers au moins un guichet spécifique.

IMPORTANT : Contacter le référent pour compléter les informations permet également à l'intervenant de sensibiliser celui-ci sur l'importance de bien remplir le formulaire de référence. Ainsi, lorsque celui-ci effectuera une nouvelle demande de services, il sera en mesure de fournir les renseignements requis.

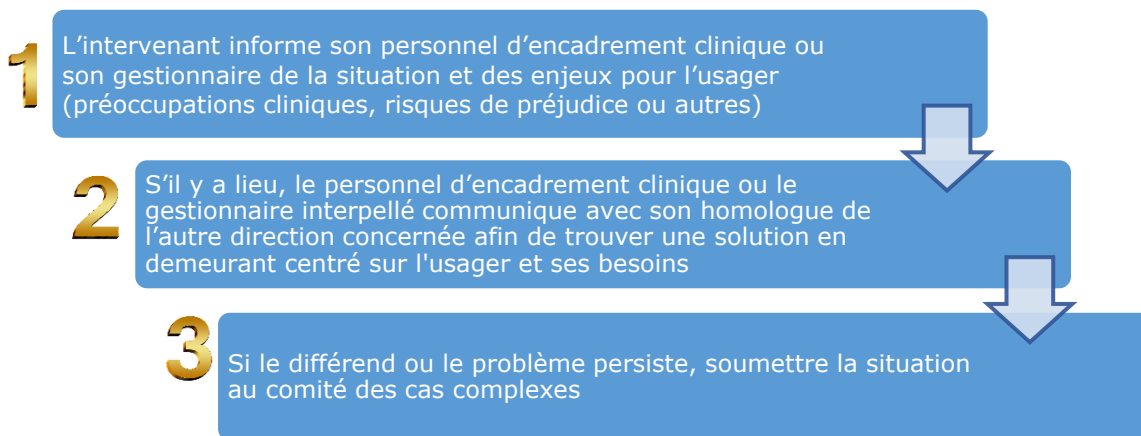
3.4.2. Critères à respecter pour diriger une demande de services vers l'AAOR

Les demandes de services reçues dans un guichet spécifique ne devraient pas être systématiquement dirigées vers l'AAOR. En respect des orientations ministérielles, et dans un souci d'éviter des délais ou d'autres problèmes d'accès aux services, les seules demandes qui peuvent leur être acheminées concernent les situations où :

- Les informations sur le profil et les besoins de l'utilisateur sont insuffisants pour bien analyser la demande et orienter;
- Il est impossible de rejoindre le référent;
- Le référent n'est pas en mesure de fournir l'information juste et nécessaire au traitement de la demande (voir exemple 2 à la section 3.5).

3.4.3. Absence de consensus ou impossibilité à fournir le ou les services appropriés

Lorsque les intervenants des guichets (incluant l'AAOR et les services sociaux en CH) ne parviennent pas à s'entendre sur l'offre de services pour répondre aux besoins d'une personne ou pour tout autre problème d'accès aux services appropriés, la marche à suivre est la suivante :



3.5. Exemples de situations qui impliquent une collaboration entre les diverses « portes d'accès » aux services

1. **Mauvais guichet DI-TSA-DP vers SMDI** : Une femme de 30 ans est référée en DI-TSA-DP par son médecin. Madame vit avec de l'autisme de niveau 1 (autisme léger) mais elle est référée pour des symptômes invalidants liés à des traumatismes qu'elle a vécus dans le passé. Il s'agit d'une première référence pour cette dame.

Réponse : Comme ses besoins sont en lien avec une problématique de santé mentale, l'intervenante contacte le MASM afin de convenir de la réorientation de la demande de service de l'usagère vers les programmes de santé mentale (SM).

Si toutefois, dans le cas où des limites liées à l'autisme ont un impact sur l'évolution de l'état ou de la situation de celle-ci, une collaboration avec les programmes TSA pourrait être nécessaire. Au besoin, des conseils ou des outils de communication adaptés pourraient être fournis à l'intervenant en SM par une intervenante en TSA.

2. **Infos manquantes DI-TSA-DP vers AAOR** : Homme de 42 ans référé en DI-TSA-DP. Il vient d'emménager chez sa mère. Il s'est blessé gravement au bras il y a 5 ans et vit des incapacités en lien avec cette blessure. La mère a fait une demande de service car son fils a besoin d'aide pour se laver et elle n'est pas à l'aise de le faire.

Réponse : Le besoin de cet homme semble en lien avec de l'aide à domicile. Par contre, le profil de l'utilisateur n'est pas du tout clair. L'intervenante contacte donc la mère mais celle-ci n'est pas en mesure de nommer les besoins réels de son fils.

Dans cette situation, une analyse des besoins par l'AAOR est nécessaire pour mieux réorienter la demande par la suite (état de santé globale, besoins sous-jacents, etc.). L'intervenante du guichet DI-TSA-DP communique alors avec une intervenante du service AAOR concerné afin de convenir des suites.

3. **Mauvais guichet SAD vers SMDI** : Dame de 61 ans qui est déjà suivie en SM pour dépression majeure et trouble anxieux. Elle est référée par la TS en SM pour transférer le dossier car madame se déplace de moins en moins. Elle souffre de fibromyalgie et pourrait présenter une dépendance au cannabis. Elle ne répond pas toujours au téléphone et ne va pas toujours à ses rendez-vous. Une demande est acheminée au SAD pour des services infirmiers, physiothérapie, médecin à domicile et TS dès que possible.

Réponse : La dame n'est pas encore en perte d'autonomie alors les services de SAD ne sont pas ceux requis. Une discussion avec l'intervenante en SM devrait être effectuée afin de l'informer des critères d'accès au SAD. Cette dernière devra alors consulter son personnel d'encadrement clinique ou son gestionnaire afin de déterminer les suites pour cette dame (par exemple, la mettre en contact avec un médecin pouvant évaluer ou prendre en charge ses problèmes de santé). Comme elle collabore peu, lui fournir l'information nécessaire pour savoir où aller chercher de l'aide lorsqu'elle le souhaitera.

4. **Mauvais guichet SAPA vers AAOR** : Homme de 71 ans référé par l'AAOR. Première demande pour des troubles anxieux et histoire de délire encapsulé. Monsieur consomme du cannabis et ne paye pas son loyer. Demande pour gestion de l'anxiété et aide pour payer son logement. L'AAOR achemine la demande au SAPA en raison de l'âge avancé de monsieur.

Réponse : L'intervenante au guichet SAPA communique avec l'intervenante à l'AAOR. Elle lui explique que monsieur ne répond pas aux critères car ses besoins actuels ne sont pas en lien avec une perte d'autonomie fonctionnelle ou une problématique liée au vieillissement. L'intervenante de l'AAOR réoriente l'utilisateur vers le service le plus approprié.

5. **CH vers SMDI** : Un homme de 43 ans se présente à l'urgence ayant tenu des propos suicidaires devant son ex-conjointe. Il est en état d'intoxication avancé. Le médecin procède à l'évaluation de la dangerosité de l'utilisateur lorsque celui-ci n'est plus intoxiqué. Il fait une demande de consultation en intervention psychosociale afin d'arrimer des services avant le congé.

Réponse : À la suite de l'évaluation de l'intervenante, l'utilisateur prend conscience qu'il a des habitudes de consommation d'alcool et de cocaïne qui lui amènent plusieurs problématiques dans les sphères psychosociales. Il accepte d'avoir de l'aide du programme de dépendance pour entreprendre un suivi. L'intervenante sociale effectue les démarches pour orienter la demande au guichet spécifique en dépendance en remplissant les documents requis.

6. **CH vers SAPA/MAH** : Une dame de 83 ans est hospitalisée à la suite d'une chute à domicile. Pendant son hospitalisation, l'équipe remarque une perte des fonctions cognitives. Madame habitant seule à domicile et n'étant pas connue des services externes, une référence à l'intervenante sociale est faite par le médecin afin de mettre en place des services à domicile en prévision du congé. La famille est impliquée et corrobore la perte cognitive et l'évolution des déficits depuis plusieurs mois.

Réponse : Une TS du CH procède à l'évaluation du fonctionnement social de l'usagère. Celle-ci accepte les services à domicile et désire quitter sa maison car elle a peur lorsqu'elle est seule. Le fils de madame demeurera avec elle quelques semaines, mais l'intervenante procède à une demande au guichet d'accès SAPA pour une prise en charge en prévision d'une relocalisation dans les prochaines semaines.

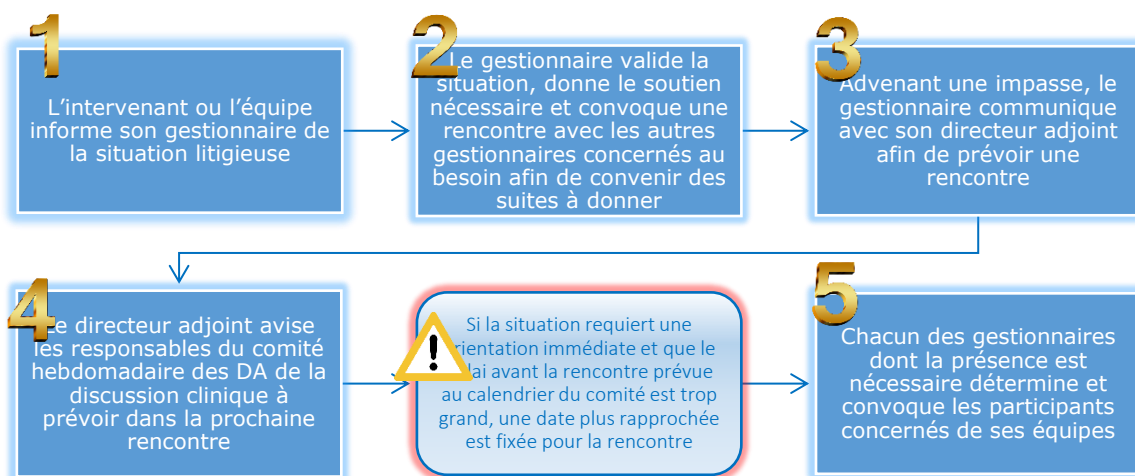
4. COMITÉ DES CAS COMPLEXES POUR LES USAGERS ADULTES

Un comité, composé des directeurs adjoints des directions SAPA (volet SAD), DSMQEPE, DSI, DSMDI et DI-TSA-DP (et autres directions au besoin), est disponible pour soutenir la prise de décisions lors de cas complexes. Ce comité peut être mis à contribution lors de perceptions divergentes qui, malgré les démarches précédentes, persistent dans l'orientation de la demande de service pour l'utilisateur. Les situations complexes peuvent être liées à une nouvelle demande ou à une situation en cours.

4.1. Marche à suivre pour consulter le comité

Le comité des cas complexes pour les usagers adultes se réunit de façon régulière, environ une fois par semaine. Cependant, celui-ci demeure disponible au besoin, notamment si le délai d'ici la prochaine rencontre risque de compromettre la réponse à des besoins prioritaires ou urgents de l'utilisateur.

4.1.1. Étapes à suivre pour une consultation du comité des cas complexes



4.1.2. Fonctionnement de la rencontre

Lors de la rencontre d'échange sur un cas complexe, une discussion a lieu avec les membres du comité. Les gestionnaires et les intervenants concernés par la situation (ou d'autres qui pourraient être mis à contribution) sont présents afin d'enrichir les échanges par leurs connaissances sur l'état ou la situation de l'utilisateur ou par leurs expériences professionnelles.

À la suite de la discussion, les directeurs adjoints prennent une décision (lors de la rencontre ou en délibéré) et émettent des recommandations en demeurant centrés sur les besoins de l'utilisateur.

Les recommandations sont appliquées par les intervenants. Au besoin, les gestionnaires assureront un suivi auprès du comité cas complexes.

CONCLUSION

Le *Guide de soutien à l'orientation des demandes de services pour adultes* établit des principes et propose des démarches à préconiser dans le traitement des demandes de services au CISSS de la Côte-Nord. Ces indications sont appuyées sur les données les plus probantes en matière d'accessibilité et de fluidité des services. Tel que le stipule le cadre de référence *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*, « l'amélioration de l'accès aux soins et aux services vise d'abord à faciliter le parcours de l'utilisateur par un processus d'accès continu, fluide, sans interruption, sans retour en arrière, sans doublon et sans transfert ⁵».

De plus, ce document constitue un outil de travail pour les intervenants et les gestionnaires en place et une référence pour faciliter l'intégration des nouveaux professionnels, intervenants et stagiaires. Finalement, il rappelle l'importance de placer les besoins de l'utilisateur au cœur des décisions et de favoriser une collaboration interprofessionnelle et interdirections cohérente, complémentaire et dynamique. Ensemble, il est possible de relever de grands défis : la concertation et la cohésion permettent d'améliorer l'accès aux bons services en temps opportun et la complémentarité entre les services offerts à l'utilisateur.

⁵ (MSSS, 2023) P. 10

RÉFÉRENCES

Documents officiels du MSSS

Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité, Cadre de référence (2023)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>

Orientations en SAD : Chez soi le premier choix (2023)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351/>

Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (2021)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf>

Plan d'action interministériel en itinérance (2021)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf>

Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience (2017)

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W_accessible.pdf

Services sociaux généraux (2013)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>

Offre de services Dépendances (2007)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000885/>

L'architecture des services de santé et des services sociaux (2004)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>

Autres documents

CISSS09 (2023) L'organisation des soins et services cliniques en santé mentale adulte, 43 p.

http://cissscotenord.intranet.reg09.rtss.qc.ca/fileadmin/intranet/cisss_cotenord/Directions/Programmes_sante_mentale_et_dependance/Sante_mentale/Cadre_de_reference-Guide_d_accomp._SM.pdf

CISSSO (2018) Guide de pratique clinico administratif, services santé mentale et services sociaux généraux, 64 p.

CIUSSSMCQ (2018) Guide GA DI-TSA-DP

<https://www.ciuussmcq.ca/telechargement/879/guide-de-reference-di-tsa-dp/>

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD**

www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca

