



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Cadre normatif du système
d'information sur la clientèle
des services de réadaptation
en dépendances (SIC-SRD)**

Le présent document a été réalisé par la Direction générale programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Recherche et rédaction

M^{me} Julie Leduc, pilote d'orientation

M^{me} Marie Jobin, pilote d'orientation de 2013 à 2015

Secrétariat

M^{me} Francine Hardy

Nous tenons à remercier Mme Marie Jobin pour sa contribution dans la réalisation et la recherche de la mise à jour de ce document.

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

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

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89432-2 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2021

DÉFINITION D'UN CADRE NORMATIF

Un cadre normatif est un document de référence soutenant la saisie d'une information normalisée dans un système d'information et l'utilisation de ses données à des fins informationnelles. Son contenu, qui doit être le plus à jour possible, vise à préciser le contexte du système d'information, les éléments saisis, la nature de leur codification, les procédures de validation et de transmission des données ainsi que les principaux produits informationnels agrégés (extraits ou rapports) qui en sont tirés. La démarche d'un cadre normatif s'inscrit dans celle de la constitution d'une éventuelle banque commune de données.

Minimum requis : Les éléments de données normalisés en vue de la transmission à une banque commune de données.

Maximum : L'ensemble des éléments du système d'information clientèle incluant les données locales, régionales et provinciales.

MISE EN GARDE

Un surlignage jaune permet le repérage des modifications apportées depuis la dernière version datant du 1^{er} avril 2020

AVANT-PROPOS

Le cadre normatif est un document évolutif. La mise à jour de ce document se fait annuellement. Le pilote d'orientation et le pilote de système, de concert avec les pilotes locaux et les responsables régionaux voient à son évolution en tenant compte des besoins d'information des établissements, du Ministère, des CISSS et CIUSSS et d'autres organismes liés de près ou de loin aux centres de réadaptation en dépendances (CRD).

Répondant aux exigences ministérielles, cette version du cadre normatif vise à s'arrimer avec le contexte des organisations publiques. En effet, celles-ci doivent rendre compte de leurs activités et utiliser des systèmes d'information davantage orientés vers la production d'indicateurs de gestion, et ce, dans un souci d'une meilleure reddition de comptes.

Les objectifs ultimes de ce document sont de contribuer à améliorer la qualité des données fournies par les établissements et de simplifier la tâche des utilisateurs.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Chapitre 1 Présentation du système d'information.....	2
1.1 Historique du système.....	2
1.2 Objectifs et finalités du système	4
1.3 Pilotage provincial	6
Chapitre 2 Informations générales	9
2.1 Terminologie et abréviations	9
2.1.1 Terminologie	10
2.1.2 Abréviations	18
2.2 Règles particulières	19
2.2.1 Mises en garde	20
2.2.2 Nomenclatures à plusieurs niveaux	23
2.2.3 Règles d'ouverture des dossiers individus	25
2.2.4 Règles pour consigner les interventions individuelles.....	26
2.2.5 Règles pour consigner les interventions multi-usagers.....	32
2.2.6 Règle d'ouverture des dossiers groupes	33
2.2.7 Règles pour consigner les interventions en groupe	34
2.2.8 Règles pour consigner les demandes de services normalisées et cheminement d'une demande de services	36
2.2.9 Règles pour la gestion de l'épisode de services	40
2.2.10 Règles pour le calcul des délais d'accès.....	41
2.3 Liste alphabétique des éléments.....	48
2.4 Schéma des éléments.....	51
Chapitre 3 Description des éléments	52
3.0 Description de chacun des éléments.....	52
0000 Guide de lecture	52
3.1 Demande de services normalisée	53
001 Numéro de la demande de services	54
002 Date de réception de la demande de services	55
003 Référé par de la demande de services	56
004 Objet de la demande de services.....	60
005 Centre d'activités de la demande de services.....	61
006 Décision de la demande de services	63
007 Date de la décision relative à la demande de services	65
3.2 Usager	66
013 Numéro de dossier	67
014 Type d'utilisateur.....	68
015 Réserve au cadre normatif – Usager 1	70
016 Réserve au cadre normatif – Usager 2	71
3.3 Usager-individu	72
017 Origine ethnique	73
019 Date de naissance.....	75
020 Sexe	76
021 Numéro d'assurance maladie.....	77
022 Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	78
024 Code postal de la résidence habituelle	79
025 Code de municipalité de la résidence habituelle	81

3.4 Usager-groupe.....	83
026 Catégorie d'usager-groupe.....	84
027 Population cible du groupe	85
3.5 Intervention.....	86
030 Numéro de l'intervention	88
031 Centre d'activités de l'intervention.....	89
032 Date de l'intervention.....	91
033 Type d'intervention	92
034 Raison de l'intervention	93
035 Acte de l'intervention	95
036 Suivi de l'intervention	100
037 Référence formelle à la suite de l'intervention	101
038 Profil de l'intervention	102
039 Mode d'intervention	103
040 Lieu de l'intervention	104
041 Durée de l'intervention	106
042 Langue de l'intervention	107
043 Nombre de participants à l'intervention en groupe.....	108
044 Catégorie de l'intervenant de l'intervention	109
045 Statut de l'intervenant de l'intervention	111
046 Nombre d'intervenants associés à l'intervention.....	112
047 Réservé au cadre normatif – Intervention 2.....	113
3.6 Activité ponctuelle	114
049 Numéro de l'activité ponctuelle	116
050 Centre d'activités de l'activité ponctuelle	117
051 Date de l'activité ponctuelle.....	119
052 Type d'activité ponctuelle	120
053 Raison de l'activité ponctuelle	121
054 Acte de l'activité ponctuelle	122
055 Suivi de l'activité ponctuelle	124
056 Profil de l'activité ponctuelle	125
057 Mode de l'activité ponctuelle	126
058 Lieu de l'activité ponctuelle	127
059 Durée de l'activité ponctuelle	129
060 Langue de l'activité ponctuelle	130
061 Nombre de participants à l'activité ponctuelle en groupe	131
062 Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle	132
063 Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	134
064 Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle.....	135
3.7 Dépendance.....	136
100 Date de l'évaluation	137
101 Abus/Dépendances	138
102 Niveau de service requis.....	141
103 Clientèle ayant un besoin spécifique associé	142
104 Situation de vie	144
105 Occupation principale.....	145
106 Argent dépensé (30 derniers jours).....	146
107 Argent dépensé (12 derniers mois).....	147
108 Dettes occasionnées	148
109 Revenu personnel annuel brut	149
111 Non valide.....	150
112 Refus de l'usager	151
113 Non applicable.....	152
114 Complétée	153

3.8 Hébergement	154
200 Numéro d'admission.....	155
201 Raison d'admission	156
203 Date et heure d'admission.....	157
204 Date et heure de départ	158
205 Raison de départ	159
3.9 Épisode de services.....	160
008 Date de début de l'épisode de services	161
009 Date de fin de l'épisode de services	162
010 Cessation de l'épisode de services	163
011 Date de début de l'assignation à un centre d'activités	165
012 Date de fin de l'assignation à un centre d'activités	166
029 Centre d'activités de l'assignation	168
120 Date de début de l'indisponibilité	170
121 Date de fin de l'indisponibilité	171
122 Date de service requis ultérieurement	172
Chapitre 4 Validation des éléments	173
4.1 Validation sur l'élément.....	173
4.1.1 Présence.....	174
4.1.2 Format	178
4.1.3 Valeur	182
4.2 Validation interéléments.....	186
4.2.1 Correspondance simple.....	187
4.2.2 Correspondance verticale.....	188
4.2.3 Correspondance relationnelle.....	190
Chapitre 5 Transmission des données.....	193
Chapitre 6 Retour de l'information	194
Liste des annexes	196
Annexe I Liste des centres ou des sous-centres d'activités admissibles.....	196
Annexe II Historique des codes normalisés	197

INTRODUCTION

Un cadre normatif est un document de référence soutenant la saisie d'une information normalisée dans un système d'information. Document évolutif, son contenu, qui nécessite une mise à jour périodique, vise à préciser le contexte du système d'information, les éléments saisis, la nature de leur codification, les procédures de validation et de transmission des données de même que les principales informations qui en sont tirées. Ainsi, il aide à mieux comprendre les données à traiter et il facilite l'interprétation des résultats.

Dans le processus de développement d'un système d'information, l'élaboration du cadre normatif se fait concurremment à l'analyse préliminaire. Le cadre normatif est élaboré à partir de l'offre de services et des orientations du service ou du programme concerné au ministère de la Santé et des Services sociaux. L'élaboration du cadre normatif doit être terminée avant le déploiement de celui-ci. Pour l'utilisateur qui effectue ou supervise la saisie des données, les informations que contient le cadre normatif sont un complément au guide d'utilisation. Pour l'équipe de pilotage, c'est l'outil de référence qui réunit l'ensemble de l'information sur le processus de saisie du système, soit les codes, les consignes et les procédures.

Le présent document fait référence au système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendances (SIC-SRD). Ce système soutient les intervenants et les organisations et leur permet de mieux connaître les caractéristiques de leur clientèle et des actions posées pour elle et auprès d'elle, dans le but de contribuer à l'optimisation des actions et des interventions auprès des usagers. Le système SIC-SRD répond également aux différents besoins d'information du Ministère et des CISSS et CIUSSS.

La clientèle visée par ce cadre normatif est celle des pilotes locaux qui assurent, la plupart du temps, la formation et le soutien des utilisateurs du système SIC-SRD. Il s'adresse aussi à toutes les personnes impliquées, de près ou de loin, dans le processus de collecte des données (gestionnaires, archivistes médicales, intervenants, etc.) de même qu'à celles qui exploitent localement les informations. Il sert de référence à l'équipe de pilotage (orientation et système) lors de l'évolution du cadre normatif et du système SIC-SRD.

Ce document a pour fonction de présenter les caractéristiques des éléments normalisés, les processus de validation et ceux liés à la transmission des données en vue d'alimenter la banque commune de données SIC-SRD lorsqu'elle sera constituée. Il a pour objectifs de faciliter la compréhension et d'interprétation de chacun des éléments le constituant, d'aider à mieux comprendre les données à traiter, de faciliter la production des différents rapports de gestion et d'en faciliter l'interprétation des résultats.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.1	Historique du système

Les CRD

La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur **dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance**, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Ces services spécialisés visent à rétablir l'équilibre physique, psychologique et social des personnes en leur permettant de retrouver leur autonomie ou de réduire les méfaits qui sont associés à leur problème. Les services s'adressent aux adolescents, aux hommes et femmes adultes, aux personnes âgées, ainsi qu'à leur entourage, soit la famille, les parents, les conjoints ou toute personne significative. Les CRD œuvrent en concertation et complémentarité avec les partenaires des différents réseaux publics et du milieu communautaire, favorisant ainsi la continuité et la qualité des services.

Adaptation de l'actif informationnel I-CLSC aux besoins des CRD

Les besoins communs des centres de réadaptation en dépendances à l'égard d'un système d'information informatisé ne datent pas d'hier. À son origine, il y a près de 20 ans, le projet visait le développement d'un système informatisé propre à leur secteur. Ces efforts sont connus du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sous l'acronyme SICAT (et plus tard SICAT-N).

Au début de l'an 2000, le directeur général du Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison St-Georges, en Estrie, fit une requête au comité du projet afin d'implanter le SICAT-N de façon prioritaire. Puisque le produit n'était pas complètement au point, le technocentre de l'Estrie avait suggéré d'adapter le système d'information SIC Plus des CLSC. L'expérimentation faite par le Centre Jean-Patrice-Chiasson à titre de projet pilote a été à ce point concluante qu'elle a inspiré des initiatives de la part d'autres centres désireux de répondre rapidement à leurs besoins à l'égard d'un système d'information.

Après analyse de l'état des travaux du projet SICAT-N, une démonstration du logiciel SIC Plus et en tenant compte des résultats probants du Centre Jean-Patrice-Chiasson (site d'expérimentation), les membres de la table des directeurs généraux de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT) ont défini un nouveau projet.

Ce projet visait à doter l'ensemble des CRD d'un système informatisé commun qui serait basé sur l'adaptation de la solution Intégration-CLSC.

En avril 2002, la FQCRPAT, en collaboration avec la Direction générale adjointe des systèmes aux services sociaux et administratifs (DGASSA) (social), déposait au MSSS une proposition de projet dans le cadre du processus de financement des projets par la Direction des technologies de l'information et des télécommunications (DTIT). Cette demande n'a pas eu de suites.

En juin 2004, la Direction des ressources informationnelles (DRI) du MSSS demandait à la DGASSA (social) d'effectuer une analyse sommaire des fonctionnalités complémentaires au noyau SIC Plus pour l'application SIC-SRD afin de répondre aux besoins non comblés par le noyau de base. Par cette analyse, il a été démontré que l'application SIC Plus pouvait effectivement répondre aux besoins des CRD, à la condition que certaines modifications soient faites de même que des travaux de normalisation dans la saisie des données (cadre normatif).

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.1	Historique du système

En décembre 2004, le Service des toxicomanies et des dépendances de la Direction générale des services sociaux du MSSS a sollicité les services professionnels de la DGASSA (social) pour l'accompagner dans l'analyse préliminaire du projet de mise en place d'un système d'information dans les établissements de type CRD.

En juillet 2005, la DGASSA (social) s'est vue confier un mandat pour effectuer une évaluation de la situation actuelle, produire une analyse préliminaire des besoins et élaborer un cadre normatif visant le déploiement éventuel de l'actif informationnel SIC-SRD adapté dans les CRD.

En avril 2006, la première version de travail complète du cadre normatif du système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendances (SIC-SRD) a été déposée au comité directeur du projet. Plusieurs personnes ont contribué à l'élaboration initiale de ce cadre normatif.

Note : Leur participation ayant eu lieu avant l'entrée en vigueur la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (loi 10), les références correspondent à l'organisation du MSSS et du réseau avant la réforme.

- pour leur expertise clinique et leur connaissance de la toxicomanie et des dépendances, MM.Robert Faulkner et Paul Roberge, qui étaient respectivement chef de service et expert-conseil du Service de toxicomanies et des dépendances au ministère de la Santé et des Services sociaux;
- pour la mise en place de la version de travail du cadre normatif utilisée pendant plus de trois ans et pour son implication dans le déploiement de SIC-SRD, M^{me} Monique Desmarais de la DGASSA (social), à l'époque pilote d'orientation et membre de l'équipe de pilotage de système;
- pour la rigueur et le soin qu'elles ont apportés à la lecture du cadre normatif, M^{mes} Céline Charpentier, à l'époque pilote locale au centre Dollard-Cormier, et Nicole Dupuis, pilote locale au centre Jellinek, de même que M^{me} Julie Leduc, à l'époque pilote de système à la DGASSA (social);
- pour la vision et le soutien, M^{me} France Émond, qui était chef de service de la gestion des actifs d'intérêt commun et du pilotage ministériel, au ministère de la Santé et des Services sociaux;
- pour la collaboration et le volet « techno », M. André Forest, à l'époque pilote d'orientation I-CLSC au ministère de la Santé et des Services sociaux;
- pour l'aide technique et le soutien, M. Jean-Paul Chalifour, à l'époque gestionnaire de l'actif à la DGASSA (social);
- et pour le soutien à la production, M^{me} Jacinthe Leroux, secrétaire à la DGASSA (social).

En avril 2007 : Déploiement provincial de Intégration-CLSC/SIC-SRD.

En avril 2008, presque tous les CRD ont déployé l'application et commencé à saisir des données dans le système.

En novembre 2008, le déploiement a commencé dans les CRD privés.

En janvier 2013, la DGASSA (social) était intégrée au MSSS.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.2	Objectifs et finalités du système

Objectifs opérationnels

SIC-SRD est un système de collecte d'information sur la clientèle. Il soutient les intervenants et les gestionnaires des CRD dans leurs activités et il s'avère un outil de travail précieux pour assurer le suivi des demandes et la coordination des services. De plus, il permet une collecte uniforme des données concernant les usagers et les services des CRD.

Objectifs informationnels

Le système d'information SIC-SRD recueille des éléments permettant de fournir des données du domaine informationnel sur la production des services de même que des informations sur l'environnement sociosanitaire des usagers qui reçoivent des services du CRD. Ainsi, l'exploitation des données sur la clientèle permet la planification et l'organisation des services par les CRD.

Clientèle visée par le système

Les utilisateurs du système d'information SIC-SRD sont les intervenants et les gestionnaires des CRD, le pilote local et le personnel de bureau. Le personnel du Ministère, des CISSS et CIUSSS et tout autre partenaire selon les besoins peuvent être des utilisateurs de données produites par le système d'information ou la banque commune de données lorsqu'elle sera créée. Ils ne sont pas des utilisateurs de l'application locale.

La nature des données recueillies

Les données normalisées recueillies par le système d'information SIC-SRD concernent l'utilisateur qui utilise les services du CRD. Dès la réception d'une demande de services, des informations de nature sociodémographique et clinique sont saisies et permettent l'ouverture d'une demande de services et d'un dossier. À la suite de l'acceptation de la demande de services, on ouvre un épisode de services et on saisit également certaines informations cliniques issues de l'évaluation spécialisée. L'ensemble de ces renseignements permet de planifier les services avec les différents intervenants, de saisir les interventions et les activités selon les nomenclatures prévues et de fournir de l'information sur l'hébergement.

Gestion du système

Le pilote local gère le fonctionnement du système SIC-SRD dans son établissement. Il soutient l'application du cadre normatif. Il s'assure d'une utilisation optimale et performante du système et de la qualité des informations saisies dans le système.

Le pilote d'orientation de SIC-SRD est responsable de coordonner pour le Ministère, les activités liées à la gestion du cadre normatif et à l'utilisation de ce dernier en fonction des besoins des différents utilisateurs de données.

Le pilote de système est responsable de la rédaction des spécifications de système et offre le soutien aux utilisateurs tant dans l'utilisation des systèmes que dans l'application du cadre normatif.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.2	Objectifs et finalités du système

Maintenance du système

Local

- Le pilote local maintient et améliore la qualité des informations inscrites dans le système. Il assure la mise à jour périodique.

Régional

- Selon les ententes, lorsqu'il y a rehaussement du système d'information SIC-SRD, les technocentres régionaux collaborent aux activités nécessaires à la conversion de l'application.

Provincial

- Le MSSS s'assure de la maintenance du système afin d'adapter celui-ci aux nouveaux besoins et aux changements technologiques, et offre tous les services de soutien à la gestion opérationnelle.

Diffusion des données

Local

- Le pilote local produit les extraits pour les utilisateurs de données du CRD à l'aide du module « Rapports normalisés » du système SIC-SRD. Selon la nature des demandes d'information, le générateur de rapport IMPROMPTU peut être utilisé. Le pilote local peut répondre également à toutes les demandes d'information faites par le CISSS ou le CIUSSS et les différents partenaires.

Provincial

- Le pilote d'orientation établit les modalités de transmission en vue d'alimenter la future banque commune de données de même que les lignes directrices en matière d'accès aux données et de diffusion des données, et s'assure qu'elles sont respectées.

Circulation de l'information

Les informations sur les usagers qui reçoivent des services du CRD sont saisies localement. Ces données permettent de répondre aux besoins du CRD et aux demandes faites par les différents partenaires du réseau de la santé.

Le pilotage permet de gérer le fonctionnement, l'évolution et l'utilisation optimale et efficace d'un système d'information (SI). Pour ce faire, l'équipe de pilotage provincial est composée, entre autres, d'un pilote d'orientation, d'un pilote de système et lorsqu'une banque commune de données est constituée, d'un pilote d'opération. Cette équipe doit tenir compte des besoins et des utilisateurs, des problèmes opérationnels, des priorités établies, de l'évolution législative et diverses préoccupations organisationnelles. Le but ultime de cette équipe est de satisfaire les besoins d'information des établissements, du MSSS, du réseau sociosanitaire et des autres utilisateurs de données, dans la mesure de ses ressources et des contraintes opérationnelles.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.3	Pilotage provincial

En quoi consiste le pilotage d'un système d'information?

Le pilotage d'un système d'information comporte plusieurs volets, dont :

- Déterminer les besoins des utilisateurs.
- Orienter la réalisation des travaux menant à la constitution des fichiers informationnels.
- Évaluer, maintenir et améliorer la qualité des informations inscrites dans le système.
- S'assurer du respect du cadre légal et réglementaire.
- S'assurer de l'existence et de la mise à jour de la documentation sur le système d'information.
- S'assurer que le système d'information répond bien aux besoins d'exploitation et de diffusion.
- Agir à titre d'expert-conseil auprès du Ministère et du réseau.
- Assurer l'évolution du système d'information et de l'accès aux données.
- S'assurer que le système est efficace et efficient.
- Favoriser l'homogénéité du système et des autres banques officielles du MSSS par le respect de certaines lignes directrices, l'utilisation de définitions communes et l'adoption d'un découpage territorial uniforme.
- Collaborer avec l'équipe de développement en cas de refonte ou de changements majeurs au système, afin que ce dernier corresponde aux besoins des utilisateurs.

Dans l'exercice de ses fonctions, le pilote d'un système d'information doit disposer des ressources nécessaires à l'accomplissement de son mandat et avoir accès aux niveaux d'autorité appropriés.

Le pilotage d'orientation

Le pilote d'orientation s'assure de la prise en considération des besoins d'affaires, des objectifs stratégiques, des enjeux et des attentes du MSSS dans le développement des systèmes d'information, leur entretien et leur évolution. Il définit les normes d'alimentation, d'accès et d'utilisation des systèmes. Afin de veiller à ce que la banque commune, lorsqu'elle est constituée, réponde adéquatement aux besoins d'information des usagers du MSSS et des différents partenaires du réseau, le pilote d'orientation est responsable des activités liées à la gestion du cadre normatif et des informations contenues dans la banque.

De façon générale, les fonctions d'un pilote d'orientation sont de :

- Statuer sur l'évolution en premier lieu du contenu du cadre normatif en fonction de l'offre de services et, par la suite, de la banque commune de données et du système d'information à sa source dans une perspective d'intégration des systèmes et des banques de données, en collaboration avec les différents partenaires.
- Mettre à jour le cadre normatif et le diffuser.
- Contribuer à la détermination des besoins de formation sur le cadre normatif.
- Lorsque la banque commune de données est constituée, établir en collaboration avec le pilote d'opération les modalités de transmission en vue d'alimenter la banque, et s'assurer qu'elles sont respectées.
- Établir les lignes directrices en matière d'accès aux données et de diffusions des données et s'assurer qu'elles sont respectées.
- Établir les règles de saisie et s'assurer, conjointement avec les pilotes de système et d'opération, qu'elles sont respectées.
- Participer à la détermination des besoins de contrôle opérationnel du système.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.3	Pilotage provincial

- Faire en sorte que les besoins d'information définis dans le cadre normatif soient pris en compte par les fournisseurs dans les mises à jour des applications informatiques.
- S'assurer que les modifications informatiques locales, suggérées par les utilisateurs du système dans les établissements, ne vont pas à l'encontre du contenu normalisé prévu dans la banque commune de données.
- Établir les orientations en matière de qualité des données (contrôle de qualité et assurance qualité) et s'assurer qu'elles sont respectées.
- Offrir un soutien-conseil quant à l'utilisation des données et à l'interprétation des résultats qui découlent de la banque de données.

Le pilotage de système

Le pilote de système assure l'équilibre entre les besoins et les solutions par rapport à l'application locale. Il s'assure de la prise en compte des exigences du Ministère, rédige les spécifications de système, élabore les guides à l'intention des utilisateurs, s'assure que le système livré répond aux différents critères de qualité, gère les processus d'alimentation, d'exploitation et de diffusion du système d'information en vertu des critères établis par le pilote d'orientation, assure le traitement des problèmes rencontrés par les utilisateurs du système et veille à la sécurité, à l'intégrité des données, à l'efficacité et à l'efficience du système.

De façon générale, les fonctions d'un pilote de système sont de :

- Recenser les besoins des utilisateurs du système SIC-SRD.
- Réviser et recommander les biens livrables liés à l'application locale en fonction des besoins des différents acteurs du SIC-SRD.
- Superviser la formation des utilisateurs de l'application SIC-SRD.
- Assister les établissements dans le déploiement de l'application.
- Soutenir l'utilisation de l'application locale.
- Participer à l'amélioration de la qualité des données et du cadre normatif.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.3	Pilotage provincial

Pilotage d'orientation

M.Erik Defayette

Direction des services en dépendances et en itinérance
Ministère de la Santé et des Services sociaux
3000 avenue St-Jean-Baptiste
Québec (Québec) G2E 6J5
Courriel : erik.defayette@msss.gouv.qc.ca

Pilotage de système

Vacant

Analyste en exploitation des données

M^{me} Danielle Laflamme
Direction générale des technologies de l'information
Ministère de la Santé et des Services sociaux
3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150
Québec (Québec) G2E 6J5
Téléphone : 418 527-5211 poste 5521

Pilotage d'opération

Non existant

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations

La terminologie présente plus précisément la définition des principaux termes utilisés dans le cadre normatif SIC-SRD (*voir sous-section 2.2.1*).

Pour sa part, la liste des abréviations présente les différentes abréviations utilisées dans le cadre normatif (*voir sous-section 2.1.2*).

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.1	Terminologie

Activité administrative

Activité accomplie par le personnel du CRD qui n'est pas liée à un usager (exemple : réunion, formation, projet de recherche, création d'outils de travail, feuilles de temps, etc.).

Activité d'éducation systématique

Activité ponctuelle accomplie auprès d'un groupe de personne ayant des caractéristiques similaires (par exemple : intervenants d'un autre établissement, groupes-classes, femmes, etc.). Elle vise la prévention.

Activité de masse

Activité ponctuelle accomplie par le personnel du CRD dans le cadre d'une campagne de promotion, de sensibilisation ou d'information sur des thèmes relatifs à la santé et au bien-être. Cette activité s'adresse à un ensemble de personnes qui ne peuvent être dénombrées (ex. : kiosque, émission de radio ou de télévision).

Activité ponctuelle

Activité accomplie pour un individu ou un groupe d'individus dans le cadre d'une rencontre ou d'une communication téléphonique. La nature de cette activité ne justifie pas la rédaction d'une note clinique au dossier et encore moins l'ouverture d'un dossier. Il s'agit souvent d'une demande d'information, de référence, de conseil, d'assistance ou de service téléphonique pour laquelle aucun suivi n'est généralement prévu.

Note : Il peut arriver qu'un dossier soit déjà ouvert pour l'utilisateur bénéficiant d'une activité ponctuelle. L'intervenant peut consigner une note au dossier, mais en aucun cas il ne peut la qualifier de « clinique », ce qui entraînerait une intervention au sens du cadre normatif (*voir dans la sous-section les définitions « intervention » et « note et note clinique au dossier »*).

Par ailleurs, pour des fins statistiques, toute activité ayant un caractère « anonyme » et, par conséquent, ne pouvant générer une note clinique dans un dossier est considérée comme une activité ponctuelle.

La différence entre l'activité ponctuelle de groupe et l'intervention de groupe est la suivante :

- Les activités ponctuelles de masse et d'éducation systématique s'adressent à des personnes n'ayant aucun plan d'intervention, qui n'ont pas nécessairement un problème lié au contenu d'information donné. Il peut y avoir plusieurs activités prévues au programme, mais l'ensemble de ces activités ne constitue pas un plan d'intervention.
- L'intervention de groupe s'adresse à des gens qui ont des problèmes communs et pour qui un plan d'intervention et des objectifs à atteindre ont été établis. Cela nécessite obligatoirement l'ouverture d'un dossier.

Activité ponctuelle normalisée

Activité accomplie auprès d'un partenaire du réseau public, privé ou communautaire dans le cadre d'une rencontre ou d'une communication téléphonique. Ce sont des activités de soutien, d'expertise-conseil, d'information et de formation auprès des partenaires pour lesquelles aucun suivi à cette activité n'est généralement prévu.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.1	Terminologie

Analyse

L'analyse comprend notamment la vérification des critères d'obtention de service et la détermination sommaire des besoins de l'usager en fonction des services que le CRD peut lui offrir. Elle permet de diriger l'usager vers un ou plusieurs *programmes* ou *sous-programmes* du CRD, un autre établissement du réseau, un organisme communautaire, etc.

Assignment à un centre d'activités

Action d'inscrire un usager dans un centre d'activités pour y recevoir des services.

Autre demande

Toute autre demande de services qui ne nécessite pas d'analyse ou une référence formelle du réseau dans un épisode de services en cours. Toute demande de services pour les autres usagers impliqués dans un suivi de couple ou de famille (*voir section 2.2, sous-section 2.2.8 « Règles pour consigner les demandes de services normalisées et cheminement d'une demande de services »*).

Centre d'activités

(Voir Annexe I Liste des centres ou des sous-centres d'activités admissibles)

Grand regroupement d'activités pour lequel l'information est présentée. Il permet aux établissements de répartir les charges relativement à leurs activités.

Certains centres sont subdivisés en sous-centres. Pour la plupart des centres d'activités, une ou deux unités de mesure sont définies, selon le cas.

Les centres d'activités sont définis dans le *Manuel de gestion financière* et constituent l'encadrement que l'établissement doit respecter pour rapporter les charges.

Délai d'accès

(Voir section 2.2, sous-section 2.2.10 Règles pour le calcul des délais d'accès)

Le délai d'accès représente la durée pendant laquelle l'usager fut en attente de recevoir un service. Le délai d'accès considéré aux fins de reddition de compte est la période d'attente attribuable au CRD.

Délai d'accueil

Période entre la date de réception de la demande de services normalisée et la date de décision relative à cette demande de services normalisée.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.1	Terminologie

Délai de 30 jours

Lorsqu'un usager ne donne plus suite au suivi proposé ou entrepris, un délai **maximal** de 30 jours est considéré à partir de la date de la dernière intervention prévue **permettant** de procéder à la fermeture de l'assignation et, s'il y a lieu, à la fermeture de l'épisode de services.

Exemple : M. X a un rendez-vous le 15 juin et il ne se présente pas. Vous indiquez une indisponibilité. Il ne répond pas à vos relances : fermeture de l'assignation et, s'il y a lieu, de l'épisode de service le 15 juillet.

Exemple : M. X a un rendez-vous le 10 août et il ne se présente pas. Vous indiquez une indisponibilité. Vous prenez contact avec lui le 25 août et prenez rendez-vous pour le 20 septembre. M. ne se présente pas : fermeture de l'assignation et s'il y a lieu, de l'épisode de services le 20 septembre.

Demande d'information

Toute demande d'information formulée par une personne traitée généralement par un professionnel assigné aux fonctions d'accueil. Excluant : les informations transmises par les téléphonistes, réceptionnistes et préposés à l'accueil (*voir section 2.2, sous-section 2.2.8, « Règles pour consigner les demandes de services normalisées et cheminement d'une demande de services »*).

Demande de service normalisée

Toute demande de service qui requiert une analyse de la part d'un professionnel assigné aux fonctions d'accueil ou à défaut de cette analyse, les demandes de services qui proviennent de références formelles si l'usager n'a pas un épisode de services actif.

Toute demande de services reçue par une infirmière de l'équipe de liaison spécialisée en dépendances dans les urgences, et ce même, s'il y a un épisode de services actif ou encore une demande de services en attente de décision (*voir section 2.2, sous-section 2.2.8, « Règles pour consigner les demandes de services normalisées et cheminement d'une demande de services »*).

Détection

La détection résulte du repérage, elle permet d'orienter une personne selon le niveau de risque ou de sévérité de la consommation de substances psychoactives et des habitudes de jeu en plus de faciliter l'élaboration d'un plan d'intervention pour les services de première ligne. Elle se fait au moyen d'outils standardisés et validés scientifiquement, par exemple : DÉBA-Alcool, DÉBA-Drogues, DÉBA-Jeu, DEP-ADO.

La détection n'est pas un dépistage. Il existe un consensus au Ministère selon lequel le mot « dépistage » est surtout réservé aux procédures d'investigation des problèmes de santé physique auprès d'un groupe de la population.

Entourage

Les membres de l'entourage sont la famille immédiate (père, mère, frère, sœur, conjoint, conjointe, enfant) ou toute personne qui a un lien significatif avec la clientèle dépendante. Les membres de l'entourage des personnes présentant un trouble d'abus, de dépendance à une substance ou encore un diagnostic de jeu pathologique, sont inscriptibles aux services des CRD. Un membre de l'entourage peut recevoir des services même si l'individu présentant le trouble n'est pas inscrit au CRD.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.1	Terminologie

Épisode de services

Intervalle de temps qui débute avec l'acceptation de la demande de services (décision acceptée). L'utilisateur peut, pendant l'épisode, être en attente de services ou bien les recevoir.

Évaluation

Activité au cours de laquelle l'intervenant utilise des outils d'évaluation lui permettant de préciser les données nécessaires à l'élaboration d'un plan d'intervention. L'évaluation conduit obligatoirement à un plan d'intervention, s'il y a un suivi.

Évaluation spécialisée

L'évaluation spécialisée établit la gravité de la consommation ou des comportements d'une personne toxicomane ou d'une personne qui donne aux jeux de hasard et d'argent. Elle tient compte aussi des différentes sphères de la vie de la personne telles que l'état de santé physique, l'état psychologique, le contexte relationnel, social et familial, la situation d'emploi ou scolaire, les ressources de même que la situation judiciaire. Elle s'effectue au moyen d'outils standardisés, validés scientifiquement et reconnus dans les guides de pratique des CRD.

Indisponibilité de l'utilisateur

(Voir section 2.2, sous-section 2.2.1 Mises en garde)

Période durant laquelle un utilisateur n'est pas disponible pour recevoir les services offerts par l'établissement. La date de début de l'indisponibilité est utilisée dans le calcul des délais d'accès. Seule la période de l'indisponibilité de l'utilisateur qui survient **avant le début des services** est normalisée.

Dans ce contexte, c'est l'utilisateur qui demande le report ou la suspension du service. Lorsque le CRD ne peut rejoindre l'utilisateur, il ne s'agit pas d'une indisponibilité de celui-ci. Il doit y avoir un contact avec l'utilisateur pour que celui-ci manifeste une indisponibilité.

Malgré le paragraphe précédent, l'absence de l'utilisateur à un **premier** rendez-vous planifié, sans préavis, constitue une indisponibilité.

Dans le cas des services d'hébergement de la clientèle jeunesse où la demande de services provient d'une référence formelle, le contact avec le référent, lorsque l'établissement est prêt à accueillir le jeune, est considéré au même titre que le contact avec le jeune. Si le référent manifeste une indisponibilité du jeune à être hébergé au moment offert par l'établissement, une indisponibilité de l'utilisateur doit être indiquée à cette date.

La période de l'indisponibilité de l'utilisateur permet la planification des services et la gestion des charges de cas.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.1	Terminologie

Intervenant associé

Intervenant participant à une intervention ou à une activité ponctuelle impliquant plusieurs intervenants du même établissement qui interviennent simultanément pour le même acte.

Une seule intervention ou activité ponctuelle normalisée est consignée dans le système d'information clientèle par l'un des intervenants ayant participé à l'intervention. Chacun des autres intervenants participants à l'intervention ou à l'activité ponctuelle sont considérés comme un intervenant associé et il est désigné comme tel dans le système d'information clientèle.

Intervention

(Voir section 2.2, sous-section 2.2.4, « Règles pour consigner les interventions individuelles » et 2.2.7, « Règles pour consigner les interventions multi-usagers »).

Une ou plusieurs actions posées pour un usager (individu, multi-usager ou groupe) qui exigent une note clinique au dossier.

Certaines activités, bien qu'elles soient nécessaires à l'intervention, ne sont pas considérées comme des interventions en soi et ne doivent pas être consignées dans le système d'information clientèle :

- Lecture du dossier
- Préparation du matériel
- Rédaction de la note au dossier et de tout autre document (ex. : outil d'évaluation).
- Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.
- Les actions faites par texto ou par courriel ne sont pas considérées comme des interventions.

Il existe trois types d'interventions :

Intervention en groupe

(Voir section 2.2, sous-section 2.2.7, « Règles pour consigner les interventions en groupe »).

Intervention effectuée en groupe dans le cadre d'une rencontre. Cette intervention à caractère éducatif, thérapeutique ou de soutien et d'entraide, animée par un intervenant du CRD s'adresse à un ensemble de personnes.

Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique qui sera versée au dossier de chaque usager participant à l'intervention de groupe. Cependant, aucune *intervention individuelle* ne sera consignée dans le système d'information clientèle pour chaque usager, mais une intervention de groupe sera consignée au dossier.

Intervention individuelle

(Voir section 2.2, sous-section 2.2.4, « Règles pour consigner les interventions individuelles »)

Intervention effectuée auprès d'un usager ou de toute autre personne en relation avec lui (entourage, représentant légal) généralement dans le cadre d'une rencontre ou d'une communication téléphonique. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique qui sera versée au dossier de l'usager.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.1	Terminologie

Intervention multi-usager

Intervention effectuée auprès de deux ou plusieurs usagers (pouvant inclure les usagers constituant l'entourage) et possédant chacun un dossier permanent. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note significative qui sera versée à chaque dossier usager. La raison et l'acte doivent être communs aux usagers visés par le plan d'intervention.

Dans l'application SIC-SRD, le type d'intervention « de famille » est utilisé pour consigner les interventions « multi-usagers ». Pour consigner les interventions impliquant les membres d'un couple, le type d'intervention « de couple » est utilisé.

Cette façon de faire nous permet de comptabiliser deux usagers et plus pour une même intervention.

Intervention de couple

Intervention réalisée auprès de deux usagers-individus qui constituent un couple. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée à chaque dossier usager-individu et la raison et l'acte doivent être communs aux usagers visés par le PI de couple.

Motif de l'indisponibilité de l'utilisateur

Raison pour laquelle l'utilisateur n'est pas disponible pour recevoir les services.

Note et note clinique au dossier

Une note au dossier est qualifiée de **clinique** et se traduit par la consignation d'une intervention dans le système d'information clientèle lorsque :

- Elle est en rapport avec le plan d'intervention de l'utilisateur, tout en indiquant la démarche thérapeutique ainsi que l'évolution chronologique de la situation de l'utilisateur.
- Elle découle, à défaut de plan d'intervention, d'une décision ou d'un acte d'ordre professionnel.
- Elle peut impliquer une concertation clinique pour l'élaboration ou la révision du plan d'intervention ou du plan de services individualisé.

Une note au dossier indique une action réalisée par un intervenant sans consignation d'une intervention dans le système d'information clientèle, par exemple dans les cas suivants :

- Départ de l'utilisateur-individu avant l'intervention.
- Prise d'un rendez-vous, confirmation ou annulation d'un rendez-vous.
- Message laissé sur un répondeur.
- Communication d'information contenue au dossier entre intervenants afin d'assurer une continuité des services (temporaire ou permanente)
- Utilisation du texto et du courriel

Note : De façon ponctuelle, l'intervenant peut effectuer une intervention et consigner une note clinique au dossier ainsi qu'une intervention dans le système d'information clientèle même si aucun épisode de services n'est ouvert et que l'utilisateur ne fait plus partie de sa charge de cas (exemples : prévention de la rechute, gestion de crise, etc.).

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.1	Terminologie

Partenaire

Le partenaire n'est ni un usager, ni un membre de l'entourage. Le partenaire peut provenir du monde de l'éducation ou de la sécurité publique, du réseau public, du privé, du réseau communautaire, pas seulement du réseau de la santé et des services sociaux.

Le travail fait avec le partenaire contribue à une compréhension commune et à une concertation dans l'action.

Le partenariat se définit comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voir une obligation.

Le partenaire a un lien avec la clientèle dépendante. Il n'effectue pas nécessairement d'intervention auprès de la clientèle dépendante, mais soit elle est présente (par exemple : dans les écoles, dans les épiceries), soit il travaille pour soutenir les services (par exemple : levée de fonds).

Programme du CRD

Ensemble d'activités intégrées destinées à une clientèle ciblée, visant des résultats particuliers, pour lesquelles sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières.

Le programme d'un CRD ne constitue pas une notion normalisée et peut varier d'un CRD à l'autre. Cette notion n'est donc pas considérée comme un élément du présent cadre normatif.

Référence formelle

Un document papier ou électronique, ou une communication téléphonique suivie de documents papiers ou électroniques faite par un intervenant ou un professionnel, qui fournit, sur la personne qui doit recevoir des services, des résultats de détection et d'évaluation.

La personne visée a consenti à la référence formelle qui est faite **avant** son arrivée à l'établissement et qui permet de planifier les services de cette dernière.

La référence formelle est acheminée au professionnel du CRD. Toute ordonnance d'évaluation rendue par la cour est considérée comme une référence formelle des services policiers et du milieu judiciaire.

Repérage

Le repérage a pour but de rechercher les personnes présentant ou étant à risque de vivre des conséquences néfastes liées à leur consommation de substances psychoactives (SPA) ou à leurs habitudes de jeu, donc de présenter un problème de dépendances. Le repérage précède la détection.

Service requis ultérieurement

(Voir section 2.2, sous-section 2.2.1 Mises en garde)

Planification future des services suite à une référence formelle. Aucun service n'est planifié dans l'immédiat.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.1	Terminologie

Le service requis ultérieurement peut être utilisé non seulement pour l'hébergement, mais pour toute référence formelle pour un autre service. Toutefois, lors de l'identification du besoin d'hébergement, l'entente avec l'utilisateur pour une planification future d'hébergement est considérée au même titre qu'une référence formelle, donc comme un service requis ultérieurement. Il ne s'agit pas ici d'une indisponibilité de l'utilisateur. La date de service requis ultérieurement sera à ce moment la date d'hébergement convenue avec l'utilisateur au moment de l'entente.

La date de service requis ultérieurement est utilisée dans le cadre du calcul des délais d'accès et aide à planifier les services à venir.

Situation de crise

Situation où le comportement de l'utilisateur présente un risque immédiat pour sa sécurité ou celle de ses proches (ex. : violence, tendance suicidaire, crise en rapport avec la consommation, problèmes de santé mentale en phase aiguë, etc.).

Sous-programme du CRD

Sous-ensemble d'activités ou de services couverts par un programme. Le découpage d'un programme en sous-programme s'effectue de façon à distinguer les besoins particuliers d'un ou de plusieurs clientèles visées par un programme, selon le CRD.

Le sous-programme est lié à un centre d'activités ou à un sous-centre d'activités normalisé.

Le sous-programme d'un CRD ne constitue pas une notion normalisée et peut varier d'un CRD à l'autre. Cette notion n'est donc pas considérée comme un élément du présent cadre normatif.

Usager

Toute personne qui bénéficie d'intervention sur une base individuelle, multi-usager ou en groupe. Toute personne à qui sont fournis des services prévus dans le cadre de la mission du CRD.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.1	Terminologie et abréviations
Sous-section	2.1.2	Abréviations

CDJ	Centre de jour
CH	Centre hospitalier
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRD	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DSP	Direction de la santé publique (régionale)
DPJ	Direction ou directeur de la protection de la jeunesse
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies (ancienne appellation)
GAIN	Global appraisal of individual needs (Évaluation globale des besoins individuels)
ITSS	Infection transmise sexuellement et par le sang
MGF	Manuel de gestion financière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M-34	Référentiel territorial
M-02	Référentiel Établissement
NAM	Numéro d'assurance maladie
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SIC	Système d'information clientèle
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TJHA	Trouble lié au jeu de hasard et d'argent
TUS	Trouble lié à l'utilisation d'une substance
VHC	Virus de l'hépatite C
VHI	Virus de l'immunodéficience humaine

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières

Il a été précisé précédemment que le système d'information clientèle SIC-SRD est un système d'information permettant la saisie, la validation, le traitement et l'épuration des données. Il permet également la production des rapports sur les demandes de services, les dossiers des usagers et les interventions à l'intérieur des programmes et des services dans les CRD.

Le présent cadre normatif comprend donc trois éléments de comparaison : l'utilisateur, l'intervention et la demande de services. Ces éléments, bien que différents, possèdent une valeur relative équivalente.

L'élaboration d'une terminologie précise permet de limiter les divergences d'interprétation relatives à certains éléments (*section 2.1, sous-section 2.1.1*).

On trouvera à la sous-section 2.2.1, des mises en garde relatives au traitement de certaines données et à leur exploitation.

Afin d'assurer l'uniformisation dans la collecte des données, il est apparu essentiel de préciser des règles d'ouverture de dossier et des règles pour consigner les interventions ainsi que les demandes de services dans le système d'information clientèle (*sous-section 2.2.3 à 2.2.8*).

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.1	Mises en garde

De façon générale, on pourrait considérer chacune des interventions telles qu'elles sont définies dans la section « Terminologie » comme un point de référence susceptible de répondre aux besoins de comparabilité des données. Ce n'est cependant pas le cas dans un certain nombre de situations particulières.

Ces situations particulières sont celles qui, en matière de consignation des interventions, ont exigé des règles particulières. Ces situations, considérées sous l'angle de la « comptabilisation » des données dans des contextes organisationnels différents, peuvent mener à des résultats différents.

Les éléments suivants sont présentés à titre d'exemple, sans aucun caractère exhaustif, et constituent des mises en garde faites aux personnes qui utiliseront les données sur la clientèle.

Calcul du délai d'accès à l'hébergement

Dans le cas du délai d'accès à l'hébergement, il importe de bien utiliser les deux concepts définis au chapitre 2.1.1 Terminologie, celui de l'indisponibilité de l'usager et celui du service requis ultérieurement, afin que l'information produite sur les délais d'accès soit juste et fidèle à la réalité.

La réception d'une référence formelle pour un hébergement avec une date postérieure à la date de réception de la demande constitue un service requis ultérieurement. Le calcul du délai d'accès s'effectue à partir de la date de service requis ultérieurement (*voir chapitre 2.2.10 Règles pour le calcul des délais d'accès*).

Une entente avec un usager sur une date future d'hébergement constitue également un service requis ultérieurement. Il n'est pas inhabituel de prendre une entente avec l'usager pour une date future d'hébergement considérant les démarches qui pourraient devoir être effectuées avant de faire un séjour de plusieurs semaines en hébergement. Par conséquent, une date de service requis ultérieurement doit être indiquée, correspondant à la date d'hébergement convenue avec l'usager. Le calcul du délai d'accès devra débiter à cette date.

Par ailleurs, si l'usager demande le report de l'hébergement au moment où on communique avec lui afin de lui offrir un lit, il s'agit là d'une indisponibilité de l'usager et la date de début de l'indisponibilité correspond à la date de demande du report.

Demande de services normalisée

La fonction d'accueil effectuée par les professionnels diffère des autres activités. Afin de mieux en refléter la réalité, la demande de services est l'unité de mesure retenue. Bien que propre à l'accueil, l'unité de mesure « Demande de services normalisée » a la même valeur que l'intervention.

L'information reliée à la notion de « Référé par » est inscrite dans la section « Demande de services normalisée » et non dans la section « Intervention ».

L'élément « Référé par » (élément 003) permet de comptabiliser le nombre de demandes de services en provenance des partenaires et d'analyser les tendances dans le temps à partir d'une période de référence similaire (par mois, par trimestre, par année).

Toutefois, cette façon de procéder ne permet pas de connaître automatiquement le volume d'activités généré par une référence particulière ou des références faites par un partenaire donné. Une lecture plus détaillée de chacune des situations s'impose alors. Par exemple, la production d'un rapport à partir d'écarts de dates peut entraîner des erreurs de comptabilisation importantes (ex. : deux prises en charge par des programmes différents).

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.1	Mises en garde

Le code « Aucune référence formelle » indique uniquement l'absence d'une référence formelle. On ne doit pas déduire de ce code que l'utilisateur aurait dû être référé et qu'il ne l'a pas été.

Démarche et poursuite de démarche pour l'utilisateur

Le système prévoit une codification permettant d'indiquer précisément la démarche première (code d'acte 6000) effectuée pour un utilisateur. et ensuite, la poursuite de la démarche (code d'acte 6050).

À titre d'exemple, un utilisateur qui fait un appel au service d'un intervenant pour résoudre un problème matériel recevra une réponse qui variera dans le temps (en nombre de jours et d'interventions) en raison davantage de la réalité du milieu sociocommunitaire et économique que des efforts consentis par l'intervenant.

En effet, ce qu'il faut constater, c'est qu'une même demande liée à des contextes différents exigera un nombre différent d'interventions pour une réponse similaire (ex. : résoudre le besoin matériel) au besoin exprimé par l'utilisateur

Évaluation de l'utilisateur-individu

Selon la règle pour consigner une intervention, quand une évaluation nécessite plus d'une intervention, un code d'acte particulier est utilisé pour la première rencontre (code d'acte 6500, tandis que les autres rencontres font partie de la poursuite de l'évaluation (code d'acte 6550) et sont codées en conséquence.

Tout comme les démarches pour l'utilisateur, ces interventions n'ont pas toutes le même poids informationnel.

En effet, l'utilisation d'une codification différente pour les codes de « Première rencontre » et de « Poursuite de l'évaluation » permet le décompte du nombre d'évaluations faites par le CRD, de même que du nombre d'interventions requises pour effectuer ces évaluations.

Du point de vue du système d'information, le nombre d'interventions requises pour parachever l'évaluation de l'utilisateur est consigné dans le système et peut donner différentes indications : lourdeur du cas, pratiques professionnelles, organisation du travail, etc. Il faut retenir que, dans les faits, une seule évaluation sera faite pour l'utilisateur.

Dans ce contexte, une analyse linéaire basée sur la seule addition du nombre d'interventions n'est pas représentative de la réalité ou du travail effectué auprès de l'utilisateur.

Intervention impliquant simultanément plusieurs intervenants

Si pour une raison particulière, la présence de plusieurs intervenants du même établissement est nécessaire pour une même intervention, les règles de consignation prévoient qu'il n'y a alors qu'une seule intervention faisant appel à plusieurs intervenants (voir la notion d'intervenant associé dans la section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie).

Donc une seule intervention est consignée dans le système d'information clientèle par l'un des intervenants ayant participé à l'intervention, habituellement celui qui rédige la note clinique au dossier de l'utilisateur. Chacun des autres intervenants participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé et il est désigné comme tel dans le système d'information clientèle.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.1	Mises en garde

La concertation clinique constitue un exemple de situation où, pour assurer entre autres la coordination d'interventions souvent liées à une mise à jour du plan d'intervention, plusieurs intervenants sont appelés à donner un avis professionnel. Il y a cependant qu'un seul plan d'intervention qui est mis à jour et, en conséquence, une seule intervention est consignée dans le système d'information clientèle. Ici encore, la désignation des intervenants associés à cette intervention demeure une indication importante.

La coanimation ou la co-intervention est un autre exemple de situation où une seule intervention est consignée dans le système d'information clientèle par l'un des intervenants ayant participé à l'intervention. Chacun des autres intervenants participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé et il est désigné comme tel dans le système d'information clientèle.

Intervention auprès de multiples usagers

Il n'existe pas de dossier couple ou famille pour des raisons à la fois légales et pratiques. Un usager peut recevoir une intervention individuelle ou une intervention multi-usager.

Ainsi, les notes cliniques liées à une intervention multi-usager sont versées au dossier de chaque usager. Dans ce cas, il y a une seule intervention, à laquelle plusieurs usagers sont rattachés, et non une intervention différente par usager.

Ce type d'intervention étant de plus en plus courant, le traitement et l'analyse des données doivent tenir compte de cette réalité.

Intervention impliquant successivement plusieurs intervenants

Pour un usager, les règles de consignation précisent que, pour des actes différents, chaque intervenant doit inscrire au dossier de l'usager l'intervention qu'il a effectuée. Il inscrira une intervention dans le système d'information clientèle.

Nombre d'interventions ou d'activités ponctuelles normalisées par jour

Puisque le processus de saisie des interventions dans le système d'information clientèle peut varier d'un établissement à un autre et d'un intervenant à un autre, on ne peut établir de comparaison basée sur le nombre d'interventions réalisées au cours d'une même journée (ex.: intensité des services, nombre de visites).

Par ailleurs, la somme des durées d'interventions (ou d'activités ponctuelles) demeure une donnée juste et représentative des services reçus par l'usager.

Ainsi, l'analyse linéaire basée sur la seule addition du nombre d'interventions pourrait ne pas représenter la réalité ou le travail effectué auprès de l'usager.

(Voir aussi les règles pour consigner les interventions individuelles : Durée de l'intervention ; section 2.2 Règles particulières, élément 2.2.4)

(Voir aussi les précisions concernant la durée de l'intervention ; section 3.5 Intervention, élément 041)

(Voir aussi les précisions concernant la durée de l'activité ponctuelle normalisée ; section 3.6 Activité ponctuelle, élément 059)

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.2	Nomenclatures à plusieurs niveaux

Définition de *nomenclature*

Par *nomenclature*, on entend l'ensemble des valeurs d'un élément ou d'un champ, lorsque ces valeurs sont exprimées par une liste de codes et une description de codes.

Par exemple, les valeurs de la nomenclature des lieux d'intervention :

Code	Description
100	Au CRD
120	Au domicile
150	À l'école

Notion de niveaux

L'un des objectifs visés par l'élaboration des nomenclatures du SIC-SRD est d'établir une codification standard des informations à enregistrer. Cette standardisation permettra éventuellement de fusionner et de comparer des renseignements provenant de différents établissements d'une même région ou de différentes régions de la province de Québec.

Afin d'atteindre cet objectif, tout en laissant aux CRD la plus grande flexibilité possible d'adaptation des nomenclatures à leur propre contexte, une codification à deux niveaux a été établie pour certains éléments d'informations pouvant être transférés aux organismes externes.

La codification de premier niveau est celle dite standard et préétablie. Dans le cas des raisons d'intervention et des actes, certains codes de deuxième niveau clairement repérables sont aussi standards et normalisés. Cette codification n'est pas modifiable par l'établissement sans l'accord du responsable du cadre normatif au niveau provincial.

Sous réserve du paragraphe précédent, il existe pour chacun des codes de premier niveau, une nomenclature de deuxième niveau adaptable par les CRD, selon leurs besoins, soit par l'ajout, soit par le retrait de certains codes de deuxième niveau à leur nomenclature, tant que par leur définition, ces nouveaux éléments sont complémentaires de la nomenclature de premier niveau.

Prenons comme exemple la nomenclature rattachée aux codes des lieux d'intervention. On trouve au premier niveau un ensemble de valeurs préétablies, qui sont :

100	Au CRD
120	Au domicile
150	À l'école

Le CRD peut se limiter à cette nomenclature de premier niveau. Cependant, s'il désire détailler chacune des écoles de sa localité, il peut le faire en les inscrivant à l'intérieur d'une nomenclature de deuxième niveau.

Par exemple, à l'intérieur du code 150, concernant les lieux, on peut introduire des codes de second niveau. Pour ce faire, il est recommandé d'utiliser les derniers codes de la catégorie afin de faciliter la gestion des données.

150	À l'école
199	École secondaire n°1 (Deuxième niveau)
198	École secondaire n°2 (Deuxième niveau)
197	École secondaire n°3 (Deuxième niveau)

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.2	Nomenclatures à plusieurs niveaux

Gestion des niveaux

Premier niveau

Les nomenclatures de premier niveau s'appliquent à l'ensemble des CRD. Elles sont désignées dans les listes de valeurs permises par des caractères gras. On trouve ces listes au chapitre 3.

Deuxième niveau

Dans le cas de certaines tables (exemples : raisons d'intervention, actes et certaines autres tables dont le « Référé par »), certains codes de deuxième niveau clairement désignés par un astérisque (*) précédant le code sont normalisés. Les codes de deuxième niveau normalisés doivent être utilisés en priorité par rapport au code de premier niveau correspondant.

Prenons par exemple la catégorie 7700 de l'élément « Acte de l'intervention ». Dans la nomenclature de deuxième niveau liée à cet élément, on trouvera les codes suivants :

7700	Actions de réadaptation (Premier niveau)
*7703	Intervention en situation de crise (Deuxième niveau normalisé)
7721	Rencontre conjugale
7722	Rencontre familiale

Dans ce cas-ci, le code de deuxième niveau précédé d'un astérisque (*) est normalisé, même s'il s'agit d'un code de deuxième niveau.

Dans le module de pilotage, un code défini comme deuxième niveau et **précédé d'un astérisque (*)** dans le cadre normatif doit être rattaché à lui-même. Les autres codes de deuxième niveau qui **ne sont pas précédés d'un astérisque (*)** dans le cadre normatif doivent être rattachés au code de premier niveau de la grande catégorie.

Pour les autres codes de deuxième niveau, afin de promouvoir le partage des informations concernant la clientèle d'une région, il y a un intérêt à les standardiser en concertation avec votre établissement.

Advenant l'utilisation de la nomenclature de deuxième niveau, l'emploi des codes numériques établis pour les actes listés est obligatoire. Toute nouvelle nomenclature de deuxième niveau devra utiliser un code différent pour des actes différents de ceux qui sont présentés au chapitre 3.

Pour faciliter la gestion des données, il faut utiliser les derniers codes d'une catégorie. Par exemple : si l'on désire ajouter « Évaluation ou réévaluation nutritionnelle » comme élément de deuxième niveau pour la catégorie 6500 on choisira **6599** comme code et non **6501**.

6500	Actions d'évaluation ou de réévaluation (Premier niveau)
6502	Évaluation ou réévaluation psychosociale
6503	Évaluation ou réévaluation médicale
6507	Évaluation ou réévaluation psychologique
6516	Évaluation ou réévaluation nursing
6599	Évaluation ou réévaluation nutritionnelle

Troisième niveau

Pour répondre aux besoins locaux ou régionaux, des codes de troisième niveau peuvent être utilisés régionalement, notamment dans le champ « Référé par » de la demande de services normalisée.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.3	Règles d'ouverture des dossiers individus

Les tableaux ci-après énoncent des règles relatives à l'ouverture des dossiers individus et ne constituent pas une politique d'ouverture de dossiers.

Chaque CRD doit établir une politique d'ouverture de dossiers qui fait référence aux éléments légaux inclus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements ainsi qu'aux éléments définis dans le présent cadre normatif

Règle générale – dossiers individus

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Selon le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (L.R.Q, chapitre S-5, r. 3.01), chapitre V Article 50 : ➤ « Un établissement doit tenir un dossier sur chacun des bénéficiaires qui reçoivent des services, sauf ceux visés aux articles 45 et 51. ➤ Les renseignements exigés du bénéficiaire en vertu de l'article 23 sont conservés au dossier de l'usager. » Pour tout usager de moins de 14 ans, l'intégrité (sécurité) de l'enfant et l'urgence de la situation priment sur l'exigence d'obtenir le consentement des parents avant d'ouvrir le dossier (en vertu des articles 13, 14, 33 et 37 du Code civil du Québec). Dans le cas de signalements retenus ou non en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, la règle générale d'ouverture de dossier s'applique.	

Les règles particulières viennent préciser l'application de la règle générale au regard de certains types de services. Pour chaque type de service, les cas pour lesquels un dossier est ouvert ou non sont nommément précisés.

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Accueil, évaluation, orientation	
Évaluation du « requis » de services de réadaptation. Référence formelle du réseau	Information référence.
Rencontre conjugale ou familiale	
Pour les couples ou les familles qui demandent des services, un dossier sera ouvert pour chacune des personnes visées par un plan d'intervention (PI).	

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.4	Règles pour consigner les interventions individuelles

Le but visé par ces directives est une standardisation de la consignation des interventions et ainsi, d'aider les intervenants dans différentes situations auxquelles ils sont confrontés, l'objectif étant de favoriser la comparaison des données aux niveaux local, régional et provincial. Néanmoins, le lecteur devra considérer que les mises en garde présentées à la sous-section 2.2.1 de ce chapitre nuancent cet objectif.

Règle générale

Dans le respect de la définition de l'intervention présentée dans ce chapitre (*voir section 2.1, sous-section 2.1.1*), une intervention est consignée lorsque les points suivants sont réunis :

1. Toute intervention, telle que définie, doit être consignée dans le système d'information clientèle.
2. L'intervention inclut l'ensemble des actions posées au cours de la rencontre ou de la communication téléphonique. Puisque le système d'information SIC-SRD prévoit un maximum de trois raisons d'intervention et de trois actes pour décrire une intervention, les informations retenues pour la décrire se doivent d'être les plus pertinentes possible par rapport au service rendu à l'utilisateur.
3. Chaque intervention se retrouve au dossier au moyen de notes cliniques, mais toute note n'entraîne pas nécessairement la consignation d'une intervention dans le système d'information clientèle. Puisque le mode de rédaction des notes versées au dossier varie d'un intervenant à un autre, on ne peut établir de relations entre le nombre de notes et le nombre d'interventions consignées.
4. Certaines actions posées en dehors de la rencontre ou de la communication téléphonique auprès de l'utilisateur ou de toute autre personne en relation avec lui peuvent être consignées à titre d'intervention. Pour plus de détails, se référer aux règles particulières qui sont présentées dans les pages suivantes (ex. : concertation clinique, démarches pour l'utilisateur).
5. Par ailleurs, certaines activités, bien qu'elles soient nécessaires à l'intervention, peuvent dans certains cas, entraîner la rédaction d'une note au dossier sans consignation d'une intervention dans le système d'information clientèle. Il s'agit notamment des activités suivantes :
 - Lecture du dossier utilisateur.
 - Préparation du matériel.
 - Rédaction de la note au dossier et de tout autre document (ex. : outil d'évaluation).
 - Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.
 - Confirmation du résultat d'une démarche.
 - Communication avec l'utilisateur afin de compléter l'information en vue de prioriser les services.
6. Bien qu'elles puissent entraîner la rédaction d'une note au dossier, les situations suivantes ne sont pas considérées comme des interventions et ne doivent pas être consignées dans le système d'information clientèle.
 - Intervention individualisée faite au cours d'une intervention de groupe.
 - Inscription, annulation ou confirmation d'un rendez-vous.
 - Message laissé sur un répondeur.
 - Communication d'information entre intervenants pour assurer la continuité des services.
 - Utilisation du texto ou du courriel.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.4	Règles pour consigner les interventions individuelles

Règles particulières

Dans la pratique, certaines situations suscitent différentes interprétations, que ce soit à cause du nombre d'intervenants, de la durée ou de la continuité (ou périodicité) de l'intervention ou de sa nature. Les règles particulières précisent les modalités d'interprétation de ces situations, et ce, à l'intérieur des règles générales énoncées précédemment. Ces règles ont été établies avec un souci de normalisation.

Absence de l'utilisateur

L'absence de l'utilisateur n'est pas considérée comme une intervention. Toutefois, si l'intervenant juge que l'utilisateur est à risque et fait des démarches significatives pour s'assurer de sa sécurité (ex. : démarches prévues dans un protocole d'urgence, appeler la police), une intervention est alors consignée. L'absence de l'utilisateur à un **premier** rendez-vous planifié, avec ou sans préavis, constitue une indisponibilité.

Concertation clinique pour un utilisateur

La concertation clinique est consignée dans le système d'information clientèle comme une seule intervention et est inscrite par l'intervenant ayant participé à la concertation qui rédige habituellement la note clinique au dossier de l'utilisateur.

Cependant, chaque intervenant du CRD présent et participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé et il est désigné comme tel dans le système d'information clientèle (*voir section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie*).

La concertation clinique possède les caractéristiques suivantes :

- Elle se fait en unidisciplinarité ou en pluri, multi ou interdisciplinarité.
- La concertation clinique entraîne une décision d'orientation ou de réorientation du plan d'intervention ou du plan de services individualisé en termes d'objectifs et non de moyens.
- Elle est suivie de la rédaction d'une note clinique qui est versée au dossier.
- Les intervenants présents sont généralement impliqués dans le suivi de l'utilisateur.
- La concertation clinique est habituellement prévue dans le plan d'intervention ou plan de services individualisé ou est prévisible.

Les situations suivantes constituent des exclusions à cette définition et ne doivent pas être considérées comme des interventions pouvant être consignées dans le système d'information clientèle :

- Discussion servant à obtenir le point de vue d'un autre intervenant sur une impression ou une intervention.
- Discussion entre intervenants pour désamorcer une charge émotionnelle (ventilation).
- Soutien professionnel entre intervenants.
- Rencontre de supervision professionnelle.
- Échange d'information.
- Transfert de dossier entre intervenants.
- Communication d'information entre intervenants pour assurer une continuité de service.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.4	Règles pour consigner les interventions individuelles

Durée de l'intervention

(Voir aussi les précisions concernant la durée de l'intervention ; section 3.5 Intervention, élément 041)

Temps fourni par l'intervenant pour effectuer une intervention. La durée correspond uniquement au temps fourni par l'intervenant en entrevue ou en communication téléphonique.

Elle exclut le temps de transport et le temps de rédaction de la note ou de tout autre document

Évaluation de l'usager

(Voir aussi « Mises en garde », sous-section 2.2.1)

Dans la majorité des cas, l'évaluation d'un usager s'effectue à l'intérieur d'une seule rencontre. Par conséquent, l'évaluation entraînera une seule intervention (code d'acte 6500).

Si le processus d'évaluation n'est pas complété à cette première rencontre, chaque rencontre ou communication téléphonique avec l'usager ou toute autre personne en relation avec lui pour compléter l'évaluation sera considérée comme une intervention et sera désignée par un code d'acte particulier appelé « Poursuite d'évaluation » (code d'acte 6550).

Cette approche permet de connaître le nombre d'évaluations effectuées et complétées en une seule rencontre ou en plusieurs rencontres.

Évaluation ou réévaluation spécialisée

Toute évaluation ou réévaluation spécialisée doit être consignée dans le système d'information, qu'elle soit effectuée pour un usager admis ou inscrit. L'évaluation ou réévaluation spécialisée faite en hébergement pour un usager admis sera prise en considération dans le calcul de l'indicateur de gestion sur le délai à l'évaluation spécialisée.

Une évaluation ou réévaluation spécialisée faite par un intervenant rattaché à un centre d'activités externe pour un usager admis doit être consignée dans le centre d'activités auquel est rattaché l'intervenant.

Si l'évaluation ou la réévaluation spécialisée se fait dans le processus d'accueil en même temps que la demande de services, elle constitue, comme chaque fois qu'elle est faite, une intervention avec le code d'acte 6530. Il s'agit de la seule exception permettant qu'une intervention soit saisie en même temps qu'une demande.

Le code d'évaluation ou de réévaluation spécialisée est utilisé autant de fois qu'il y a d'évaluation spécialisée ou de réévaluation complétée. Si l'évaluation ou la réévaluation spécialisée se fait sur plus d'une rencontre, le code « Poursuite d'évaluation spécialisée » doit être utilisé.

Si l'évaluation ou la réévaluation spécialisée est codée au moment de la saisie de la demande de services, cette intervention ne sera reliée à l'épisode de services que si l'épisode de services est ouvert avant la saisie de la statistique de l'intervention. Il en est de même pour relier l'évaluation ou la réévaluation spécialisée à l'assignation. Ainsi, l'évaluation ou la réévaluation spécialisée ne pourra être reliée à l'assignation que si l'assignation est faite avant la saisie de la statistique de l'intervention.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.4	Règles pour consigner les interventions individuelles

GAIN administré par l'intervenant

Abrogé au 1^{er} avril 2019

GAIN autoadministré (individuel ou en groupe)

Abrogé au 1^{er} avril 2019

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.4	Règles pour consigner les interventions individuelles

Interventions individuelles impliquant simultanément plusieurs intervenants

(Voir aussi « Mises en garde », sous-section 2.2.1)

Lorsque plusieurs intervenants de l'établissement interviennent simultanément auprès d'un usager, à l'intérieur d'un même acte, une seule intervention est consignée dans le système d'information clientèle par l'un des intervenants ayant participé à l'intervention, habituellement celui qui rédige la note clinique au dossier de l'usager. Chacun des autres intervenants participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé et il est désigné comme tel dans le système d'information clientèle.

Interventions impliquant successivement plusieurs intervenants

(Voir aussi « Mises en garde », sous-section 2.2.1)

Lorsque plusieurs intervenants agissent successivement auprès d'un usager et posent des actes différents, chaque intervenant consigne l'intervention qu'il a effectuée.

Plan d'intervention (PI) ou plan de services individualisé (PSI)

L'inscription du code du plan d'intervention (PI) ou du plan de services individualisé (PSI) est prévue lors de sa présentation à l'usager ou à son représentant. La même règle s'applique lors de la révision du PI ou du PSI.

Plus d'une intervention par jour pour un usager

(Voir aussi la mise en garde sur le Nombre d'interventions par jour; section 2.2 Règles particulières, sous-section 2.2.1 Mise en garde)

Toutes les actions posées pour un usager au cours d'une même journée peuvent être incluses dans une seule intervention ou dans plusieurs interventions par jour. Cependant, la durée totale de ces actions doit représenter la durée réelle des services rendus.

En effet, si la nature du service nécessite plus d'une rencontre ou d'une communication téléphonique par jour avec un usager ou avec toute autre personne en relation avec lui, l'intervenant peut consigner une seule ou autant d'interventions qu'il y a de rencontres ou de communications.

À titre d'exemple, une intervention en situation de crise de 30 minutes la même journée qu'une rencontre de 60 minutes peut résulter en la consignation d'une seule intervention de 90 minutes ou de 2 interventions (de 30 et 60 minutes).

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.4	Règles pour consigner les interventions individuelles

Les étapes du GAIN

Abrogé le 1er avril 2019

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.5	Règles pour consigner les interventions multi-usagers

Règle générale pour consigner les interventions multi-usagers

(Voir aussi « Mises en garde », sous-section 2.2.1)

La rencontre de plusieurs usagers lors d'une même intervention est considérée comme une seule intervention où sera désigné chacun des usagers présents et visés par le plan d'intervention. En conséquence, une note clinique doit être versée au dossier de chacun de ces usagers.

Note Cette approche permet de connaître le nombre de services rendus à chacun des usagers, de même que le nombre d'interventions multi-usagers effectuées.

Les règles générales et particulières pour consigner les interventions individuelles s'appliquent aussi pour les interventions multi-usagers, à l'exception du fait qu'une seule intervention est consignée pour l'ensemble des personnes présentes au moment de l'intervention.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.6	Règle d'ouverture des dossiers groupes

Le tableau ci-après énonce des règles relatives à l'ouverture des dossiers groupes et ne constituent pas une politique d'ouverture de dossiers.

Règle générale – Dossiers groupes

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Le dossier groupe est une exigence de l'application I-CLSC pour la consignation des interventions de groupe. Il s'agit d'un document administratif. Toutefois, tout usager inscrit et participant à un groupe doit avoir un dossier individu. Toute note clinique concernant un participant au groupe est consignée dans son dossier individu. Par contre, cette note clinique ne doit pas se traduire par la consigne d'une intervention individuelle dans le système d'information clientèle.	Un suivi conjugal ou familial n'entraîne pas une ouverture de dossier groupe (<i>voir les règles d'ouverture des dossiers individus, sous-section 2.2.3</i>). Si le plan d'intervention du groupe demande un travail en sous-groupe, ces derniers ne constituent pas de nouveaux groupes donc ne nécessitent pas l'ouverture d'autres dossiers groupes. Les rencontres de ces sous-groupes sont consignées comme une intervention de groupe dans le système d'information clientèle. Toute activité d'information de masse n'entraîne pas l'ouverture d'un dossier groupe. Il s'agit là d'une activité ponctuelle de groupe (ex. : kiosque, émissions de radio ou de télévision, etc.). Toute activité de présentation des services qu'offre le CRD n'entraîne pas l'ouverture d'un dossier groupe.

Note Si un participant à un groupe a besoin d'un suivi individuel en dehors de la rencontre de groupe, on doit se référer aux règles d'ouverture des dossiers individus (*voir sous-section 2.2.3*).

Contenu du dossier groupe

À titre indicatif, un dossier groupe peut comprendre les éléments suivants :

- Formulaire d'inscription.
- Enregistrement des personnes qui participent aux rencontres du groupe (l'enregistrement doit comprendre les nom et prénom du participant).
- Plan d'intervention en matière d'objectifs et de moyens utilisés, de thèmes à traiter et d'échéancier.
- Notes d'évolution du groupe.
- Bilan des rencontres du groupe.
- Correspondance et documentation pertinentes du groupe.

Remarque Les grilles individuelles de vérification des critères d'admissibilité des participants, test ou autres outils de travail doivent être placées dans les dossiers individuels.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.7	Règles pour consigner les interventions en groupe

Les directives pour consigner les interventions (section 2.2) dans le système d'information clientèle SIC-SRD sont énoncées dans les « Règles pour consigner les interventions ». Ces orientations sont constituées de règles générales et de règles particulières.

Le but visé par ces directives est une standardisation de la consignation des interventions et ainsi d'aider les intervenants dans différentes situations auxquelles ils sont confrontés, l'objectif étant de favoriser la comparaison des données aux niveaux local, régional et provincial. Néanmoins, le lecteur devra considérer que les mises en garde présentées à la sous-section 2.2.1 de ce chapitre nuancent cet objectif.

Règles générales

1. Une intervention est consignée pour chaque rencontre en groupe faite dans le cadre d'un PI.
2. Si le plan d'intervention du groupe demande un travail en sous-groupe (ateliers de travail) à l'intérieur de la rencontre, une seule intervention sera consignée pour la rencontre. Si le plan d'intervention du groupe demande un travail en sous-groupe, une intervention sera consignée pour chaque rencontre, même si tous les sous-groupes ne sont pas présents à la rencontre. Donc, une seule intervention est consignée, à laquelle sont rattachés les usagers qui sont présents à la rencontre du groupe.
3. L'intervention inclut l'ensemble des actions posées dans le cadre de la rencontre. Puisque le système SIC-SRD prévoit un maximum de trois raisons d'intervention et de trois actes pour décrire une intervention, les informations retenues pour la décrire se doivent d'être les plus pertinentes possible par rapport au service rendu.
4. Lors d'une intervention en groupe, la gestion des présences des usagers est obligatoire. Chaque intervention en groupe doit apparaître dans l'historique du dossier de l'utilisateur participant.
5. Toute note clinique concernant un participant au groupe est consignée dans son dossier. Par contre, cette note clinique **ne doit pas** se traduire par une intervention individuelle consignée dans le système d'information clientèle.
6. Conformément à la définition de l'intervention en groupe, aucune des actions posées en dehors de la rencontre n'est considérée comme une intervention en groupe. Ces actions ne sont donc pas consignées dans le système d'information clientèle.
7. Certaines activités, bien qu'elles soient nécessaires à l'intervention et puissent, dans certains cas, entraîner la rédaction d'une note consignée dans le dossier, ne sont pas considérées comme des interventions en groupe en elles-mêmes. Il s'agit des activités suivantes :
 - Évaluation individuelle en vue de l'inscription à un groupe (intervention individuelle à consigner dans le système d'information clientèle et note à inscrire au dossier de l'utilisateur).
 - Lecture du dossier.
 - Rédaction de la note au dossier et de tout autre document.
 - Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.7	Règles pour consigner les interventions en groupe

8. Bien qu'elles puissent entraîner la rédaction d'une note qui sera versée au dossier, les situations suivantes ne sont pas considérées comme des interventions et ne doivent pas être consignées :
- Absence de tous les participants au cours d'une rencontre prévue.
 - Planification ou annulation d'une rencontre.
 - Confirmation d'une rencontre.
 - Préparation technique d'une rencontre (lecture, recherche, visionnement de films ou de vidéos, préparation du matériel, prêt, commande ou organisation : salles, équipements, photocopies, etc.
 - Concertation clinique.
 - Activités de formation et rencontres administratives auprès du personnel du CRD.
 - Création d'outils de travail.
 - Prêt de matériel ou d'équipement.
9. Une intervention auprès d'une famille ou d'un couple n'est pas considérée comme une intervention en groupe (*voir les règles pour consigner les interventions multi-usagers, sous-section 2.2.5*).

Règles particulières

Dans la pratique, certaines situations suscitent différentes interprétations à cause du nombre d'intervenants, de la durée ou de la continuité (ou périodicité) de l'intervention ou de sa nature même. Les règles particulières viennent préciser les modalités d'interprétation de ces situations, et ce, à l'intérieur des règles générales énoncées précédemment. L'élaboration de ces règles s'est faite dans un souci de normalisation.

Intervention en groupe impliquant plusieurs intervenants

(Voir aussi « Mises en garde », sous-section 2.2.1)

Lorsque plusieurs intervenants du même établissement interviennent au cours d'une même rencontre, une seule intervention est consignée par l'un des intervenants. Cependant, chaque intervenant présent et participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé (*voir « Terminologie », section 2.1, sous-section 2.1.1*) et peut être relié à cette intervention.

Si le plan d'intervention du groupe demande un travail en sous-groupes, une seule intervention sera consignée pour la rencontre.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.8	Règles pour consigner les demandes de services normalisées et cheminement d'une demande de services

Règles générales

Les demandes suivantes sont consignées dans les demandes de services normalisées^{1,2,3}, qu'il y ait acceptation ou refus de la demande par le CRD.

Excluant : Demandes d'information, de conseil-assistance, les situations de crise¹¹, les inscriptions à un groupe¹⁰ et les références internes du CRD^{7,9}.

1.	Toute demande de services qui requiert une analyse de la part d'un professionnel assigné à l'accueil .
2.	Toute demande de services provenant d'une référence formelle du réseau , tant que l'utilisateur n'a pas d'épisode de services ouvert dans l'établissement.
3.	Toute demande de services provenant d'une référence formelle faite à une infirmière de l'équipe de liaison spécialisée en dépendance dans les urgences qu'il y ait ou non un épisode de services actif dans l'établissement ou qu'il y ait une demande de services en attente de décision au CRD.

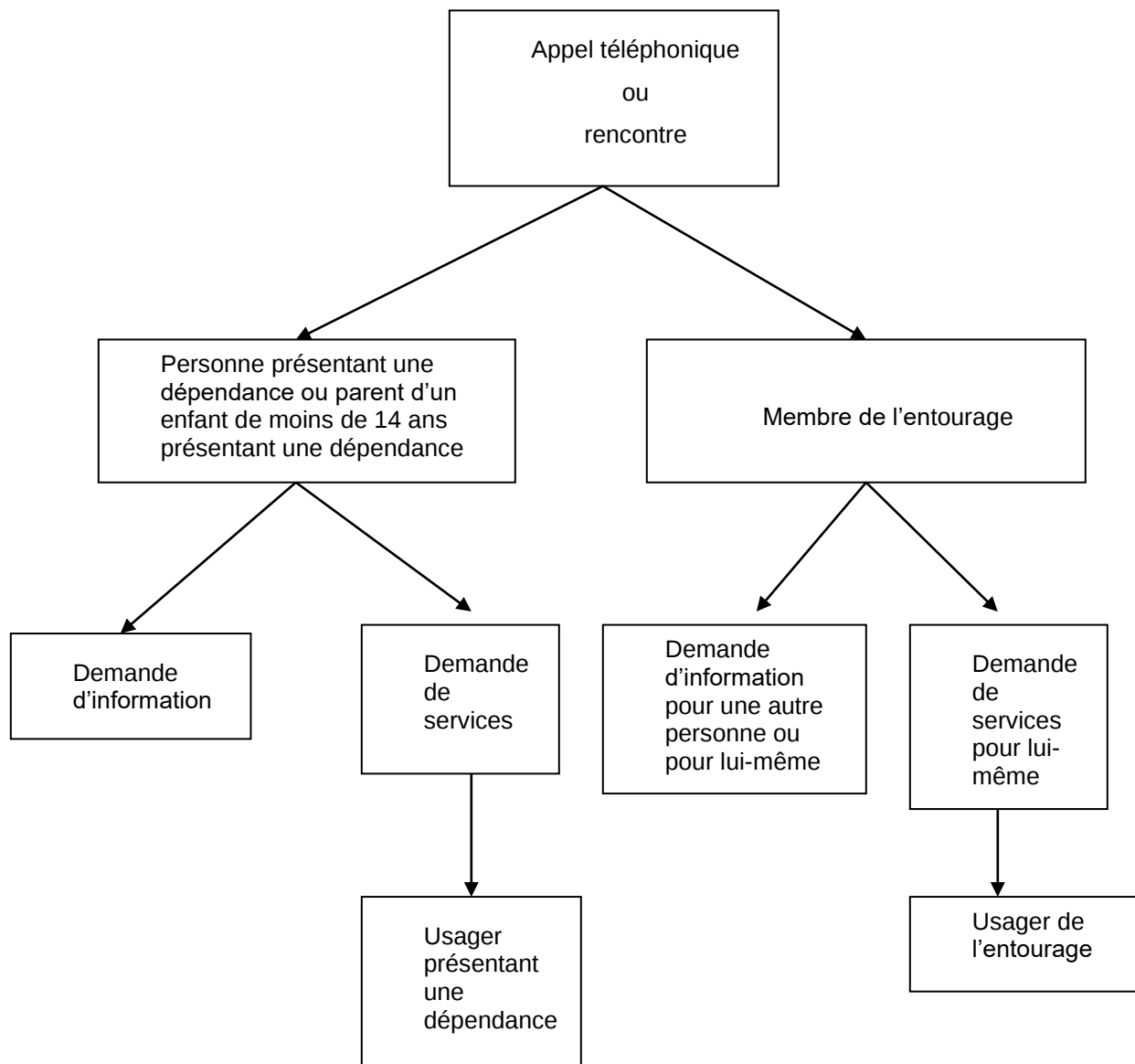
Règles particulières

4.	La demande de services normalisée sera inscrite au nom de la personne qui recevra les services après avoir obtenu son accord.
5.	Si l'intervenant assigné à l'accueil reçoit une demande de services commence l'analyse par téléphone et la termine lors d'une rencontre, on ne comptabilise qu'une demande de services normalisée.
6.	Lorsqu'un intervenant traite une demande de services et que l'intervention débute au cours de la même rencontre, à l'exception de l'évaluation spécialisée (voir les règles pour consigner les interventions individuelles, sous-section 2.2.4), l'intervenant comptabilise une demande de services seulement . À la prochaine rencontre, une intervention sera consignée
7.	Pour un établissement multivocationnel, on devra distinguer la mission CRD des autres missions. Par conséquent, une référence provenant d'un service appartenant à une mission autre que celle des CRD sera comptabilisée comme une référence formelle du réseau.
8.	Lorsqu'un usager fait une demande de services individuelle au CRD et qu'on assure un suivi individuel selon le plan d'intervention, si le processus d'évolution amène un suivi multi-usager , il n'y aura pas de nouvelle demande de services normalisée, mais nous pouvons consigner une « autre demande » pour les autres usagers, afin de gérer l'assignation et la charge de cas, si un suivi est nécessaire.
9.	Si l'intervenant relève un besoin de services pour une personne résidant avec l'usager , on ne comptabilise pas de demande de services normalisée. À des fins d'assignation et pour gérer la charge de cas, il y aura lieu de procéder à l'enregistrement d'une « autre demande » si un suivi est requis pour cette personne.
10.	Dans le cadre d'une demande de services de type individuel faite par un usager, si on constate après analyse, selon les besoins de la personne, qu'elle pourrait être orientée vers des rencontres en groupe , la demande sera considérée comme une demande de services normalisée individuelle acceptée, assignée à un sous-programme et référée à un groupe. Si l'utilisateur est déjà suivi au CRD ou est en liste d'attente pour recevoir des services du CRD (épisode de services ouvert) et qu'il est référé à un groupe au CRD, aucune demande de services n'est à enregistrer.
11.	Lors d'une situation de crise , l'intervenant consigne une intervention. Il consignera une demande de services normalisée à la deuxième rencontre ou communication téléphonique avec l'usager.
12.	La demande de services pour une personne membre de l'entourage est comptabilisée distinctement de la demande de services pour l'usager ayant une dépendance.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.8	Règles pour consigner les demandes de services normalisées et cheminement d'une demande de services

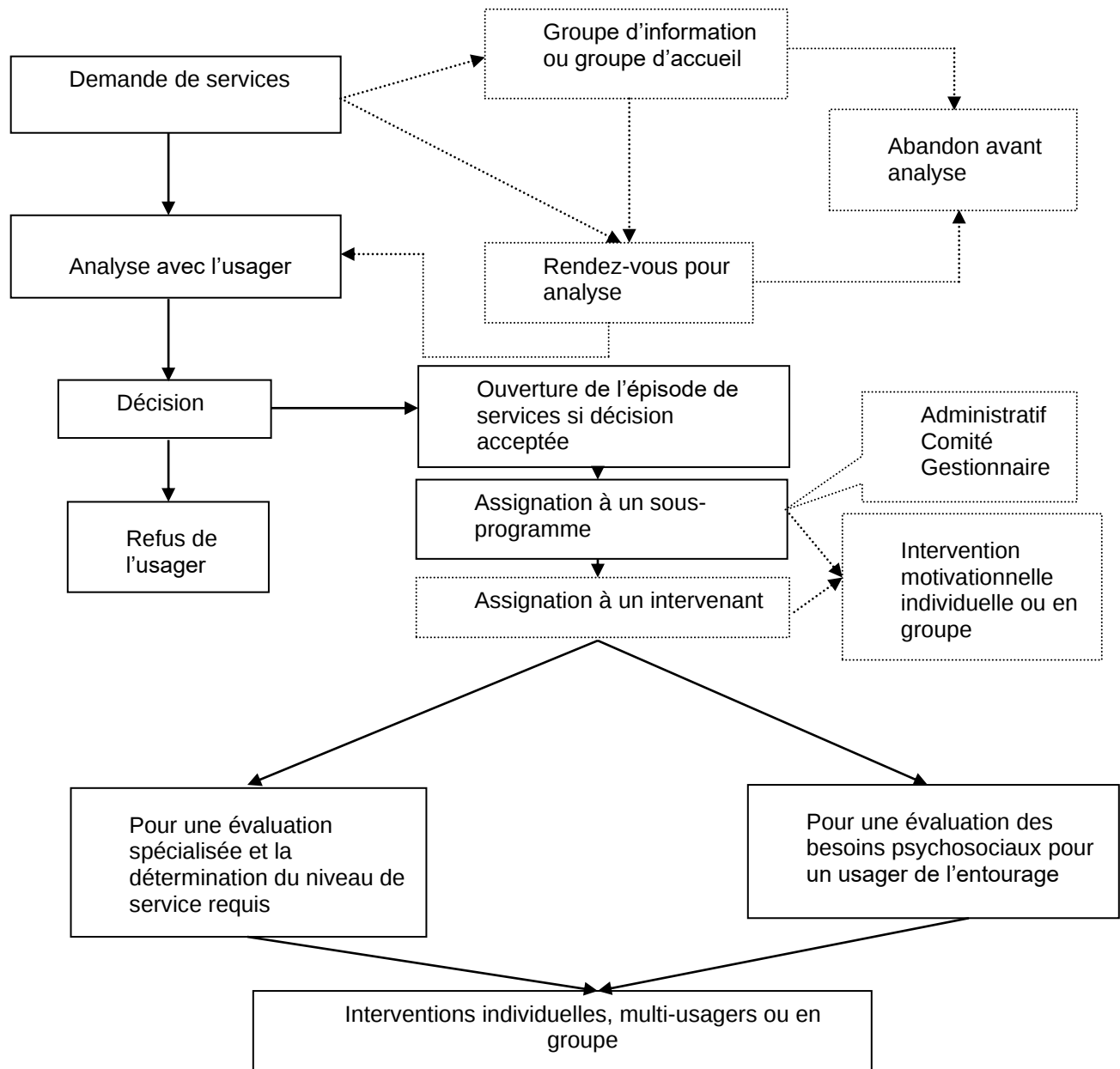
Demande de services – premier contact

- Appel téléphonique
- Rencontre
- Référence formelle



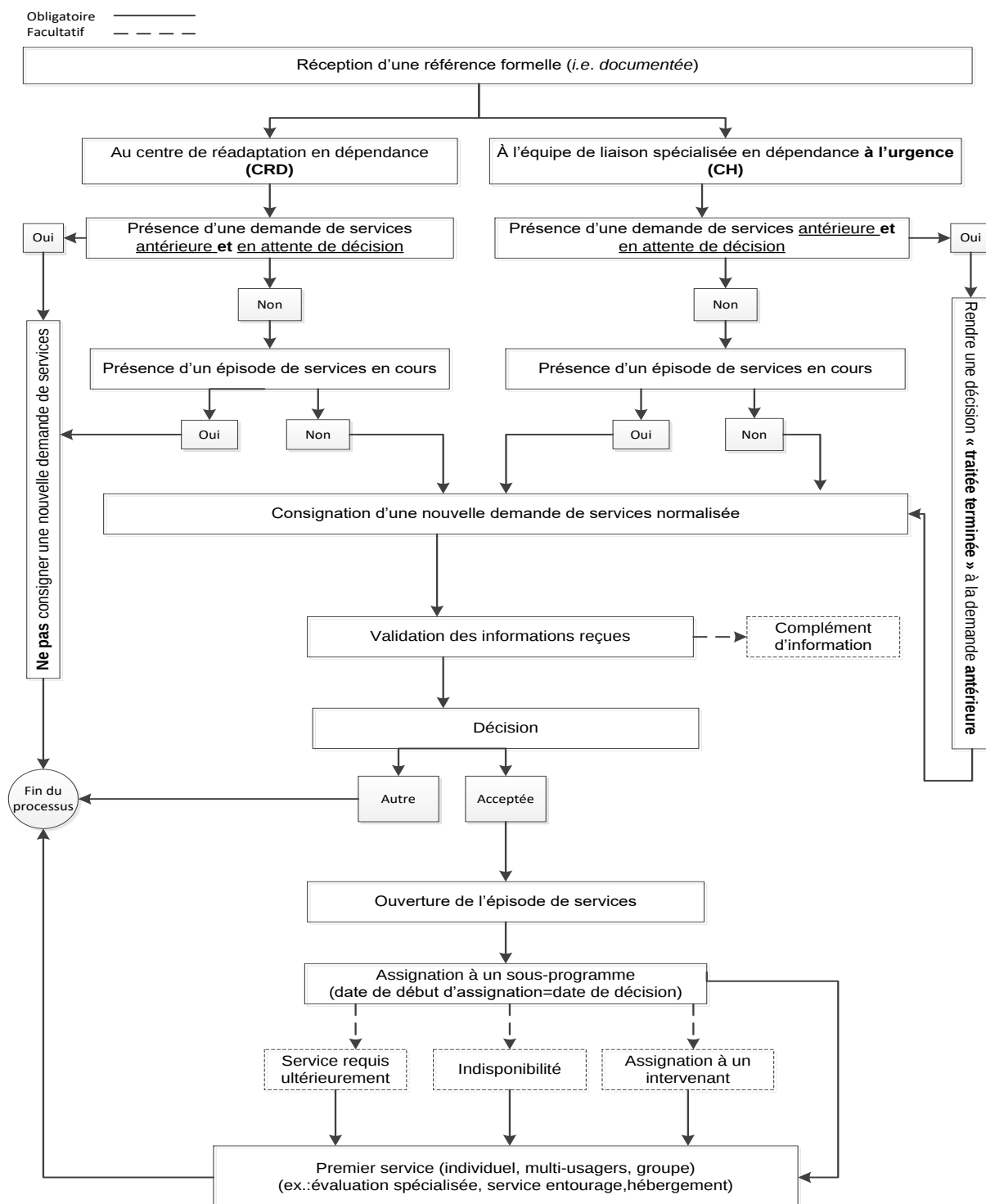
Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.8	Règles pour consigner les demandes de services normalisées et cheminement d'une demande de services

Cheminement d'une demande de services sans référence formelle



Chapitre 2 Informations générales
Section 2.2 Règles particulières
Sous-section 2.2.8 Règles pour consigner les demandes de services normalisées et cheminement d'une demande de services

Cheminement d'une demande de services avec référence formelle (i.e. documentée)



Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.9	Règles pour la gestion de l'épisode de services

Règle générale

Il n'y a qu'un seul épisode de services actif par usager.

Un usager ne peut avoir qu'un seul épisode de services ouvert dans un même intervalle de temps, soit un seul épisode de services à la fois.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.10	Règles pour le calcul des délais d'accès

Le but de cette sous-section est de préciser aux établissements les calculs des délais d'accès qui sont effectués à partir de certains éléments inclus dans le cadre normatif.

On retrouve dans cette sous-section :

1. Le délai d'accès à un premier service.
 - 1.1. Calcul du délai d'accès à un premier.
 - 1.2. Calcul du délai d'accès à un premier lors d'une demande de report du début des services par l'utilisateur (période de l'indisponibilité de l'utilisateur).
 - 1.3. Calcul du délai d'accès à premier service lors d'un service requis ultérieurement.
 - 1.4. Exemples de calculs de délais d'accès à un premier.
2. Le délai d'accès à l'évaluation spécialisé.
3. Le délai d'accès à l'hébergement.
4. Le délai après l'évaluation spécialisée pour l'obtention des services.
5. Le délai d'accès à un premier service de substitution

1. Le délai d'accès à premier service

Le délai d'accès représente la durée pendant laquelle l'utilisateur fut en attente de recevoir un service. Le délai d'accès considéré aux fins de reddition de compte est la période d'attente attribuable au CRD.

De façon générale, une fois la demande de services acceptée, le compteur du délai est activé pour se terminer au premier service rendu. Dans le cas où l'utilisateur refuse le premier service, c'est le délai d'accès au premier service offert (moment où le CRD est disponible pour rendre le service) qui est considéré.

Prémisse

- Le délai d'accès aux services est calculé pour les utilisateurs qui ont reçu un premier service dans la période de référence.
- De façon générale, le calcul du délai d'accès débute avec l'acceptation de la demande de services jusqu'à l'obtention du service. Toutefois, dans le but d'assurer une comparabilité des données et pour tenir compte des processus qui diffèrent d'un CRD à l'autre, le délai entre la date de réception de la demande de services et la date de la décision relative à la demande de services (délai d'accueil) est ajouté au calcul du délai.
- L'indisponibilité de l'utilisateur stoppe le compteur du délai d'accès aux services.
- En présence d'une date de service requis ultérieurement, la date de début de calcul du délai d'accès est la date du service requis ultérieurement.
- Lorsqu'un épisode de services se ferme, alors qu'il y a une indisponibilité de l'utilisateur en cours, aucun délai d'accès n'est calculé, car l'utilisateur n'a pas reçu de services.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.10	Règles pour le calcul des délais d'accès

1.1 Calcul du délai d'accès à un premier service

Le délai d'accès est calculé à partir de la date d'acceptation de la demande de services (date d'ouverture de l'épisode de services) jusqu'à la date de la première intervention, qu'elle soit individuelle ou en groupe, auquel s'ajoute le délai d'accueil le cas échéant.

Exemple de calcul du délai d'accès à un premier service

Un usager formule une demande de services le 1^{er} septembre qui est acceptée le 1^{er} septembre. La première intervention se fait le 15 septembre.

*Exemple basé sur la présence d'une seule assignation dans l'épisode de services.

Usager	CRD	Calcul du délai d'accès
Demande de services : 1 ^{er} septembre	Date de réception de la demande de services : 1 ^{er} septembre.	Date considérée si différente de la date d'acceptation de la demande de services.
	Date d'acceptation de la demande de services : 1 ^{er} septembre. Date d'ouverture de l'épisode de services : 1 ^{er} septembre Date d'assignation : 1 ^{er} septembre	Date de départ du calcul : 1 ^{er} septembre.
	Date du service : 15 septembre	Date de fin du calcul : 15 septembre
		Délai d'accès : 14 jours

Le calcul du délai d'accès est le suivant :

- Date d'intervention – date d'acceptation de la demande de services.
(15 septembre – 1^{er} septembre = 14 jours)
- + Délai d'accueil (1^{er} septembre – 1^{er} septembre = 0)
- **Délai d'accès : (14+0) = 14 jours**

1.2 Calcul du délai d'accès à premier service lors d'une demande de report du début des services par l'usager (période de l'indisponibilité de l'usager)

La demande de report des services par un usager au moment où le CRD est prêt à lui rendre des services, constitue un arrêt définitif du compteur du délai d'accès. Le délai d'accès est calculé à partir de la date d'acceptation de la demande de services (date de l'ouverture de l'épisode de services) jusqu'à la date de l'indisponibilité de l'usager et ce même si une attente pourrait survenir lorsque l'usager donnera sa disponibilité pour recevoir des services.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.10	Règles pour le calcul des délais d'accès

Exemple de calcul de délai d'accès à un premier service lors d'une demande de report du début des services par l'utilisateur (période de l'indisponibilité de l'utilisateur)

Un usager formule une demande de services le 1^{er} septembre qui est acceptée le 1^{er} septembre. Le CRD communique avec lui le 15 septembre pour lui offrir des services. L'utilisateur est indisponible et demande le report du service. L'indisponibilité est indiquée en date du 15 septembre. Le 15 octobre, l'utilisateur communique avec le CRD pour l'informer qu'il est maintenant disponible à recevoir le service. L'utilisateur reçoit le service le 30 octobre.

*Exemple basé sur la présence d'une seule assignation dans l'épisode de services.

Usager	CRD	Calcul du délai d'accès
Demande de services : 1 ^{er} septembre	Date de réception de la demande de services : 1 ^{er} septembre.	Date considérée si différente de la date d'acceptation de la demande de services.
	Date d'acceptation de la demande de services : 1 ^{er} septembre. Date d'ouverture de l'épisode de services : 1 ^{er} septembre Date d'assignation : 1 ^{er} septembre	Date de départ du calcul : 1 ^{er} septembre.
	Offre de services : 15 septembre	
Demande de report du début des services : 15 septembre	Date du début de l'indisponibilité de l'utilisateur : 15 septembre	Date de fin du calcul : 15 septembre
Disponibilité pour recevoir des services : 15 octobre	Date de fin de l'indisponibilité : 15 octobre	
	Date du service : 30 octobre	Délai d'accès : 14 jours

Le calcul du délai d'accès est le suivant :

- Date de début de l'indisponibilité – date d'acceptation de la demande de services.
(15 septembre – 1^{er} septembre = 14 jours)
- + Délai d'accueil : (1^{er} septembre – 1^{er} septembre = 0)
- **Délai d'accès : (14+0) = 14 jours**

La période entre la date où l'utilisateur communique sa disponibilité pour recevoir les services après en avoir demandé le report et la date où le service est effectivement rendu n'est pas considérée dans le calcul du délai d'accès, car le CRD avait déjà offert le service.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.10	Règles pour le calcul des délais d'accès

1.3 Calcul du délai d'accès à un premier service lors d'un service requis ultérieurement

La réception d'une référence formelle pour un hébergement ou pour tout autre service comportant une date ultérieure de services requis a un impact sur le calcul du délai d'accès en permettant au CRD de se constituer une liste d'attente aux services et de planifier une organisation de services tout en ne se voyant pas imputer un délai dont il n'est pas responsable. Une entente avec un usager sur une date future d'hébergement constitue également un service requis ultérieurement.

Exemple de calcul de délai d'accès à un premier service lors d'un service requis ultérieurement

Une référence formelle d'hébergement est acheminée au CRD en date du 1^{er} septembre pour un usager. La demande est acceptée le 1^{er} septembre. Le 15 septembre est la date prévue où les services d'hébergement sont requis. Le 15 septembre, l'usager est disponible pour être hébergé. L'usager est admis le 30 octobre.

*Exemple basé sur la présence d'une seule assignation dans l'épisode de services.

Référence formelle ou usager lui-même	CRD	Calcul du délai d'accès
Demande de services : 1 ^{er} septembre	Date de réception de la demande de services : 1 ^{er} septembre.	Date considérée si différente de la date d'acceptation de la demande de services.
	Date d'acceptation de la demande de services : 1 ^{er} septembre.	
Date prévue d'hébergement : 15 septembre	Date d'ouverture de l'épisode de services : 1 ^{er} septembre Date d'assignation : 1 ^{er} septembre Date de service requis ultérieurement : 15 septembre Appel pour hébergement : 30 octobre	
Admission en hébergement : 30 octobre	Date d'occupation du lit : 30 octobre	Date de fin du calcul : 30 octobre
		Délai d'accès : 45 jours

Le calcul du délai d'accès est le suivant :

- Date d'obtention du service – date de service requis ultérieurement :
(30 octobre – 15 septembre = 45 jours)
- + Délai d'accueil : (1^{er} septembre – 1^{er} septembre = 0)
- **Délai d'accès : (45+0) = 45 jours**

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.10	Règles pour le calcul des délais d'accès

1.4 Exemples de calcul de délais d'accès

Service requis ultérieurement avec demande de report de l'utilisateur

*Exemple basé sur la présence d'une seule assignation dans l'épisode de services.

Référence formelle	CRD	Calcul du délai d'accès
Demande de services : 1 ^{er} avril	Date de réception de la demande de services : 1 ^{er} avril.	Date considérée si différente de la date d'acceptation de la demande de services.
	Date d'acceptation de la demande de services : 1 ^{er} avril.	
Date prévue d'hébergement : 15 avril	Date d'ouverture de l'épisode de services : 1 ^{er} avril Date d'assignation : 1 ^{er} avril Date de service requis ultérieurement : 15 avril Appel pour hébergement : 22 avril	Date de départ du calcul : 15 avril
Date de report de l'hébergement : 22 avril	Date de début de l'indisponibilité : 22 avril	Date de fin du calcul : 22 avril
Disponibilité pour hébergement : 30 avril	Date de fin de l'indisponibilité : 30 avril	
Admission en hébergement : 30 avril	Date d'occupation du lit : 30 avril	Délai d'accès : 7 jours

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.10	Règles pour le calcul des délais d'accès

Service requis ultérieurement avec plusieurs demandes de report de l'usager

*Exemple basé sur la présence d'une seule assignation dans l'épisode de services.

Référence formelle	CRD	Calcul du délai d'accès
Demande de services : 1 ^{er} avril	Date de réception de la demande de services : 1 ^{er} avril.	Date considérée si différente de la date d'acceptation de la demande de services.
	Date d'acceptation de la demande de services : 1 ^{er} avril.	
Date prévue d'hébergement : 15 avril	Date d'ouverture de l'épisode de services : 1 ^{er} avril Date d'assignation : 1 ^{er} avril Date de service requis ultérieurement : 15 avril Appel pour hébergement : 22 avril	Date de départ du calcul : 15 avril
Demande de report de l'hébergement : 22 avril	Indisponibilité de l'usager : 22 avril au 30 avril Appel pour hébergement : 30 avril	Date de fin du calcul : 22 avril
Demande de report d'hébergement : 30 avril	Indisponibilité de l'usager : 30 avril au 15 mai Appel pour hébergement : 30 mai	
Admission en hébergement : 30 mai	Date d'occupation du lit : 30 mai	Délai d'accès : 7 jours

2. Le délai d'accès à l'évaluation spécialisée

Indicateur de gestion : Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.

Dans un épisode de services, nombre d'usagers dont la date de la première évaluation spécialisée moins la date de réception de la demande de services est inférieure ou égale à 22 jours du calendrier.

Méthode de calcul détaillée et précisée dans la fiche indicateur 1.07.04. disponible dans le [répertoire des indicateurs de gestion du MSSS](#) ainsi que la [documentation relative à cette production de données](#) disponibles sur le site extranet SIC-SRD de la DGTI.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.2	Règles particulières
Sous-section	2.2.10	Règles pour le calcul des délais d'accès

3. Le délai d'accès à l'hébergement

À venir

4. Le délai après l'évaluation spécialisée pour l'obtention des services

À venir

5. Délai d'accès à un premier service médical de substitution

Pour les usagers ayant reçu un premier service médical de substitution dans la période de référence dans les centres de réadaptation offrant des services en substitution (médecin prescripteur), période généralement située entre la date d'assignation à un sous-programme relié à un sous-centre d'activités médical de substitution et la date du premier service médical reçu, période à laquelle s'ajoute le délai d'accueil lorsque requis.

Méthode de calcul détaillée et précisée dans la [documentation relative à cette production de données](#) disponible sur le site extranet SIC-SRD de la DGTI.

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.3	Liste alphabétique des éléments

Nom de l'élément	Section	Numéro
Abus/dépendances	3.7	101
Acte de l'activité ponctuelle	3.6	054
Acte de l'intervention	3.5	035
Argent dépensé (12 derniers mois)	3.7	107
Argent dépensé (30 derniers jours)	3.7	106
Catégorie d'usager-groupe	3.4	026
Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle	3.6	062
Catégorie de l'intervenant de l'intervention	3.5	044
Centre d'activités de l'activité ponctuelle	3.6	050
Centre d'activités de l'assignation	3.9	029
Centre d'activités de l'intervention	3.5	031
Centre d'activités de la demande de services	3.1	005
Cessation de l'épisode de services	3.9	010
Clientèle ayant un besoin spécifique associé	3.7	103
Code de la municipalité de la résidence habituelle	3.3	025
Code postal de la résidence habituelle	3.3	024
Complétée	3.7	114
Date de début de l'assignation à un centre d'activités	3.9	011
Date de début de l'épisode de services	3.9	008
Date de début de l'indisponibilité	3.9	120
Date de fin d'assignation à un centre d'activités	3.9	012
Date de fin de l'épisode de services	3.9	009
Date de fin de l'indisponibilité	3.9	121
Date de l'activité ponctuelle	3.6	051
Date de l'évaluation	3.7	100
Date de l'intervention	3.5	032
Date de la décision de la demande de services	3.1	007
Date de naissance	3.3	019
Date de réception de la demande de services	3.1	002
Date de service requis ultérieurement	3.9	122
Date et heure d'admission	3.8	203
Date et heure de départ	3.8	204
Décision de la demande de services	3.1	006

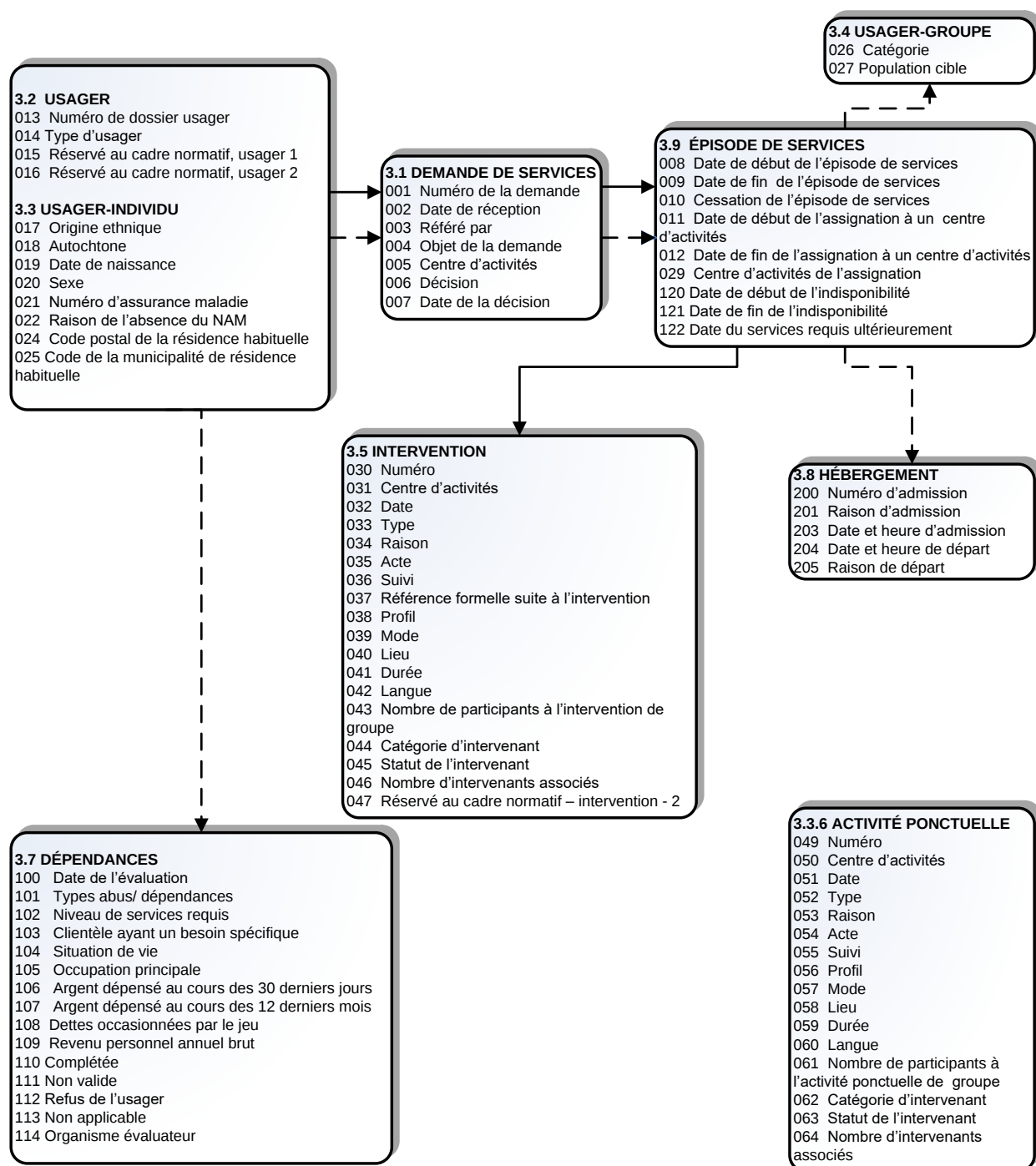
Chapitre	2	Informations générales
Section	2.3	Liste alphabétique des éléments

Nom de l'élément	Section	Numéro
Dettes occasionnées	3.7	108
Durée de l'activité ponctuelle	3.6	059
Durée de l'intervention	3.5	041
Langue d'intervention	3.5	042
Langue de l'activité ponctuelle	3.6	060
Lieu de l'activité ponctuelle	3.6	058
Lieu de l'intervention	3.5	040
Mode d'intervention	3.5	039
Mode de l'activité ponctuelle	3.6	057
Niveau de service requis	3.7	102
Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle	3.6	064
Nombre d'intervenants associés à l'intervention	3.5	046
Nombre de participants à l'activité ponctuelle en groupe	3.6	061
Nombre de participants à l'intervention en groupe	3.5	043
Non valide	3.7	111
Non applicable	3.7	113
Numéro d'admission	3.8	200
Numéro d'assurance maladie	3.3	021
Numéro de dossier	3.2	013
Numéro de l'activité ponctuelle	3.6	049
Numéro de l'intervention	3.5	030
Numéro de la demande de services	3.1	001
Objet de la demande de services	3.1	004
Occupation principale	3.7	105
Population cible du groupe	3.4	027
Profil de l'activité ponctuelle	3.6	056
Profil de l'intervention	3.5	038
Raison d'admission	3.8	201
Raison de départ	3.8	205
Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	3.3	022
Raison de l'activité ponctuelle	3.6	053
Raison de l'intervention	3.5	034
Référé par – de la demande de services	3.1	003

Chapitre	2	Informations générales
Section	2.3	Liste alphabétique des éléments

Nom de l'élément	Section	Numéro
Référence formelle suite à l'intervention	3.5	037
Refus de l'utilisateur	3.7	112
Réservé au cadre normatif – Intervention 2	3.5	047
Revenu familial annuel brut	3.7	110
Types d'abus/dépendances	3.7	101
Réservé au cadre normatif – Usager 1	3.2	015
Réservé au cadre normatif – Usager 2	3.2	016
Revenu personnel annuel brut	3.7	109
Sexe	3.3	20
Situation de vie	3.7	104
Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	3.6	063
Statut de l'intervenant de l'intervention	3.5	045
Suivi de l'activité ponctuelle	3.6	055
Suivi de l'intervention	3.5	036
Type d'activité ponctuelle	3.6	052
Type d'intervention	3.5	033
Type d'utilisateur	3.2	014

Chapitre 2 Informations générales
Section 2.4 Schéma des éléments



Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.0	Description de chacun des éléments
Élément	0000	Guide de lecture

❖ FORMAT	Type Longueur (du système SIC-SRD) : X Gabarit (si nécessaire, ex : AAAAMMJJ)
❖ DÉFINITION	S'assurer que la définition est la plus précise possible.
❖ DESCRIPTION	Caractéristiques (obligatoire, mesure ou catégorie, provenance avec référence) Valeurs (construction de l'élément, étendue des valeurs, valeurs par défaut et attribution) Exceptions ou réserves (ex. : écourté)
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Pratiques acceptées Contexte particulier
❖ VALIDATION	Décrire la ou les règles de validation en vigueur.
❖ REQUIS PAR	Par le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Puisque de plus en plus de systèmes d'information clientèle puisent des éléments dans d'autres systèmes, en vue d'une intégration des éléments.
❖ TRANSMISSION	Cette description sera présente dans certains cas où il est nécessaire d'apporter une précision concernant la transmission (<i>exemple</i> : Seuls les trois premiers caractères du code postal seront transmis).
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : le cas échéant (code, libellé ou étiquette). Liste des codes historiques le cas échéant

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée

La présente sous-section regroupe les éléments d'information relatifs à une demande de services normalisée. La demande de services normalisée est comptabilisée quelle que soit la décision prise, donc que la décision touchant cette demande soit une acceptation ou un refus.

On trouve dans cette sous-section les éléments suivants :

- 001 Numéro de la demande de services
- 002 Date de réception de la demande de services
- 003 Référé par de la demande de services
- 004 Objet de la demande de services
- 005 Centre d'activités de la demande de services
- 006 Décision de la demande de services
- 007 Date de la décision relative à la demande de services

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	001	Numéro de la demande de services

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Numéro séquentiel attribué à chaque demande de services normalisée.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire
❖ PRÉCISIONS	Le numéro séquentiel est généré automatiquement par le système. Un numéro de demande de services normalisée n'est attribué qu'une seule fois.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	002	Date de réception de la demande de services

❖ FORMAT	Date Longueur : 12 Gabarit : AAAAMMJJHHMM
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date à laquelle une demande de service normalisée est reçue par le CRD.
❖ DESCRIPTION	Date de la demande de services faite par l'utilisateur ou son représentant ou date de réception d'une référence formelle du réseau. Cette date est obligatoire pour chaque demande de services normalisée.
❖ PRÉCISIONS	Date utilisée pour le calcul du délai d'accueil (<i>voir chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie</i>).
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de réception de la demande de services normalisée doit être postérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date d'ouverture du dossier dans l'application et l'élément « Date de naissance de l'utilisateur » (019) : la date de réception de la demande de services normalisée peut être antérieure à la date d'ouverture du dossier, mais doit être égale ou postérieure à la date de création de la fiche dans le système. La date de réception de la demande de services normalisée doit être postérieure ou égale à la date de naissance de l'utilisateur.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	003	Référé par de la demande de services

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 10
- ❖ **DÉFINITION** Code désignant la provenance de la demande de services.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes pour la saisie

L'élément « référé par » doit être présent, qu'il y ait ou non prise en charge de l'utilisateur par le CRD.

Dans le cas d'une référence formelle du réseau, celle-ci consiste en un document papier ou électronique ou en une communication téléphonique avec un professionnel assigné à l'accueil suivi de documents papier ou électroniques, qui fournit sur la personne qui doit recevoir des services, des résultats de détection et d'évaluation.

La personne visée a consenti à la référence formelle qui est faite **avant** son arrivée à l'établissement et qui permet de planifier les services avec cette dernière.

La référence formelle est acheminée au professionnel du CRD. Toute ordonnance d'évaluation rendue par la cour est considérée comme une référence formelle des services policiers et du milieu judiciaire.

Lorsque la référence provient des centres hospitaliers, on doit utiliser les codes de deuxième niveau (251 à 299) pour désigner les centres hospitaliers référents. Pour cette raison, le pilotage doit être à jour. Par la suite, un lien de pilotage doit être fait entre le code de deuxième niveau du « référé par » et le numéro d'établissement.

Dans le cas d'un établissement multivocationnel, on doit distinguer les différentes missions et coder la mission qui réfère l'utilisateur.
- ❖ **VALIDATION**

Validation sur l'élément
Validation de présence automatique à la saisie.
Validation de valeur automatique à la saisie.

Validation interéléments
Validation verticale automatique à la saisie avec le code de l'établissement de la table de pilotage. Ce code provient du référentiel Établissement (M02) :
Si le code est 250, un code de deuxième niveau devrait être disponible avec une liste de centres hospitaliers.
- ❖ **REQUIS PAR** Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	003	Référé par de la demande de services

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Référentiel Établissement (M02)
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : Référence formelle du réseau de la santé et des services sociaux 110 Clinique médicale privée Tout intervenant qui pratique en clinique médicale privée (médecin, psychologue, etc.). Excluant : groupe de médecine de famille (150) et intervenant en pratique privée (610). 130 CLSC Tout intervenant travaillant dans un CLSC. 150 Groupe de médecine de famille (GMF) Tout intervenant pratiquant dans un groupe de médecine de famille accrédité. Incluant : les GMF faisant partie d'un CISSS ou CIUSSS. 160 Services Info-Santé ou Info-Social Tout intervenant travaillant aux services Info-Santé ou Info-Social. 170 Autre CRD Tout intervenant travaillant dans un autre CRD. 200 Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) Tout intervenant travaillant dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse. Incluant : Le centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	003	Référé par de la demande de services

220 Département de l'hôpital (réservé aux équipes de liaison spécialisées en dépendances dans les urgences)

- *221 Urgence physique
- *222 Urgence psychiatrique
- *223 Urgence pédopsychiatrique
- *224 Unité de soins en santé mentale
- *225 Unité de soins en santé physique
- *226 Autre

Utilisation du code de département tel qu'il existe à l'hôpital, par exemple, s'il n'y a pas d'urgence pédopsychiatrique, ne pas utiliser ce code.

L'urgence pédiatrique doit être codée dans l'urgence physique.

Les unités de soins en santé physique incluent toutes les unités de soins à l'exception des unités de soins en santé mentale. Par exemple, la pédiatrie, la néonatalogie, l'unité mère-enfant et l'obstétrique sont considérées des unités de soins en santé physique.

250 Centre hospitalier (incluant : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre hospitalier de soins psychiatriques)

Tout intervenant travaillant dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou un centre hospitalier de soins psychiatriques.

Excluant : tout intervenant travaillant dans un centre hospitalier de soins de longue durée (580), tout intervenant d'une équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence (300).

300 Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence

À utiliser exclusivement lorsqu'il s'agit d'une référence d'une équipe de liaison d'un autre CRD à un intervenant d'une équipe de liaison.

- *301 CRD CRDM-IUM
- *302 CRD Foster

580 Autres établissements et installations du réseau

Tout intervenant travaillant dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique (CRDP), tout intervenant travaillant dans un centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle (CRDI), tout intervenant travaillant dans un centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD).

Excluant : intervenant travaillant dans un CLSC (130), dans un CPEJ ou CRJDA (200), dans un CHSGS ou un CHPSY (250), dans un autre CRD (170).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	003	Référé par de la demande de services

Autre référence formelle

610 Autre intervenant en pratique privée

Tout intervenant en pratique privée.

Excluant : tout intervenant pratiquant dans une clinique médicale privée (110)

620 Services policiers et milieu judiciaire

Un membre des forces policières et le personnel du milieu judiciaire.

Incluant : agent de probation, avocat, juge, etc., centre de détention, ordonnance d'évaluation rendue par la cour.

*621 Programme alternatif aux sanctions pénales

630 Institution scolaire

Le personnel enseignant, non enseignant ou d'encadrement d'une école, d'un cégep ou de toute autre institution d'enseignement.

700 Organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie

Un membre d'un organisme privé ou communautaire : groupe connu qui travaille au mieux-être de ses concitoyens et de la communauté pour des problèmes de toxicomanie ou de jeu pathologique et certifié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Excluant : centre de crise en santé mentale, tout autre organisme bénévole, communautaire ou socioéconomique (800).

765 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

800 Toute autre référence formelle

Référence formelle effectuée par les entreprises privées. Ententes particulières avec les entreprises privées ou toute autre référence d'un organisme bénévole, communautaire ou socioéconomique non mentionné.

Pour toute référence provenant d'un intervenant de ces organismes et travaillant dans un casino ou un salon de jeu :

**Pour toute référence provenant d'un intervenant de la ligne
«Jeu:Aide et référence»**

*803 JAR (Jeu Aide et référence)

Aucune référence formelle

900 Aucune référence formelle

À titre indicatif seulement, incluant : parent, ami, voisin, usager lui-même, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	004	Objet de la demande de services

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code qualifiant la demande de services normalisée
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Pour la clientèle entourage, l'objet de la demande est le code du problème présenté par l'usager ayant une dépendance.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 600 Dépendances Demande de services destinée aux jeunes, aux adultes ainsi qu'à leur entourage et liée à un TUS, un TJHA ou à un problème de cyberdépendance. *601 TUS (Trouble lié à l'utilisation d'une substance) *602 TJHA (Trouble lié au jeu de hasard et d'argent) *603 TUS et TJHA (Trouble lié à l'utilisation d'une substance et au jeu de hasard et d'argent) *604 Cyberdépendance *605 Cyberdépendance et TUS *606 Cyberdépendance et TJHA

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	005	Centre d'activités de la demande de services

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant à quel centre ou sous-centre d'activités du <i>Manuel de gestion financière</i> est rattaché l'intervenant qui traite la demande de services normalisée (voir chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie).
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie L'intervenant qui traite la demande de services normalisée codera le code de sous-programme auquel il est rattaché. Le sous-programme n'apparaît pas comme un élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système d'information SIC-SRD. À l'écran, l'intervenant saisit le sous-programme lorsqu'il enregistre une demande de services. Un lien de pilotage doit être fait entre le centre ou le sous-centre d'activités et le sous-programme. Pour faire le lien de pilotage dans le sous-programme, il faut obligatoirement sélectionner le centre ou le sous-centre d'activités dans le menu déroulant. Les centres d'activités non reliés à la mission des CRD dans le <i>Manuel de gestion financière</i> (MGF) ne devront pas paraître dans la banque commune de données. Ainsi, le sous-programme utilisé doit être rattaché à l'un des centres ou sous-centres d'activités reliés à la mission des CRD. À la demande des responsables de la reddition de compte, vous pourriez être appelé à utiliser des sous-centres d'activités (s-c/a) se terminant par 8 ou 9. Ils peuvent être utilisés à la demande d'un CISSS ou d'un CIUSSS pour rendre compte des activités hors territoire d'un CRD dans des domaines déjà couverts par le MGF et pour la production du rapport financier.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le sous-programme du CRD de la table de pilotage.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	005	Centre d'activités de la demande de services

❖ **VALEURS PERMISES**

Liste des valeurs permises :

Pour connaître les valeurs permises, se référer à la liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à l'annexe I.

Pour connaître la définition des valeurs permises admissibles dans SIC-SRD, se référer au *Manuel de gestion financière* (MGF).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	006	Décision de la demande de services

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code attribué à une décision rendue à la suite de l'analyse de la demande de services normalisée ou de la vérification des critères d'admissibilité aux services du CRD.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Lorsque la demande de services normalisée a été traitée par un intervenant, une décision est obligatoirement rendue. Le délai maximal pour rendre une décision suite à l'analyse ou de la vérification des critères d'admissibilité aux services du CRD est de 14 jours ouvrables, soit en deçà du délai de 15 jours ouvrables fixé pour l'évaluation spécialisée. Il est important de s'assurer que le code de décision est saisi. Pour connaître la Liste des valeurs permises : se référer à la rubrique « Valeurs permises ». Lorsqu'un intervenant ne fait que suggérer à un usager de consulter une autre ressource sans contacter l'autre ressource, il ne s'agit pas d'une référence formelle. La décision sera alors « Traitée et terminée » (400). Si l'intervenant suggère de consulter une autre ressource et propose de faire les démarches pour l'usager et que l'usager refuse, le code de décision sera alors « Refus de l'usager » (700).
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle au central. Validation de valeur manuelle à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Acceptée 200 Refusée Non-respect des critères d'admissibilité aux services du CRD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	006	Décision de la demande de services

400 Traitée et terminée

Incluant : lorsque l'intervenant ne fait que suggérer à l'utilisateur de consulter une autre ressource sans faire d'autre intervention.

La décision rendue dans le cas d'une demande de services en attente de décision lorsqu'il y a une nouvelle demande de services pour le même usager, reçue et acceptée par l'équipe de liaison spécialisée en dépendances dans les urgences.

500 Orientée vers des ressources externes

*504 Autres CRD

*506 Organismes privés ou communautaires certifiés en toxicomanie

Excluant : autres organismes bénévoles, communautaires ou socioéconomiques (507)

*507 Autres organismes bénévoles, communautaires ou socioéconomiques

Excluant : organismes privés ou communautaires certifiés en toxicomanie (506)

600 Orientée vers une autre mission

*601 CLSC

*602 CH incluant CHSGS, CHPSY

*603 CPEJ, CRJDA

*609 Autres missions du réseau

Incluant : CRDI (Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle) et CRDP (Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique).

700 Refus de l'utilisateur

Incluant : Usager refuse la référence formelle à une autre ressource et usager refuse les services du CRD.

800 Abandon de l'utilisateur avant analyse

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	007	Date de la décision relative à la demande de services
❖ FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 8 Gabarit : AAAAMMJJ
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date à laquelle la décision relative de la demande de services normalisée est rendue.	
❖ DESCRIPTION	Cette date est obligatoire pour chaque décision prise.	
❖ PRÉCISIONS	Date utilisée pour le calcul du délai d'accueil (<i>voir chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie</i>). Date utilisée pour le calcul du délai d'accès (<i>voir chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie</i>). Délai de décision (<i>voir chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie</i>).	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de la décision doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de réception de la demande de services normalisée » (002) : la date de la décision de la demande de services normalisée doit être postérieure ou égale à la date de réception de la demande de services normalisée.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager

La présente sous-section regroupe les éléments d'information relatifs à l'usager. Ces données sont obtenues auprès de l'usager ou de son représentant au moment de l'ouverture du dossier et elles sont maintenues à jour au besoin. La définition de l'usager d'un CRD est donnée au chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie.

On trouve dans la présente sous-section, les éléments suivants :

- 013 Numéro de dossier
- 014 Type d'usager
- 015 Réservé au cadre normatif – Usager 1
- 016 Réservé au cadre normatif – Usager 2

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	013	Numéro de dossier

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 12
❖ DÉFINITION	Numéro non descriptif, unique et permanent, attribué par le CRD qui permet de regrouper toutes les données concernant l'usager et les services qui lui sont donnés.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
❖ PRÉCISIONS	La composition du numéro de dossier de l'usager est laissée à la discrétion du CRD. Le numéro peut être attribué séquentiellement par le système ou manuellement par le CRD. Chaque usager doit avoir son propre numéro de dossier. Le numéro de dossier doit être non descriptif. Par conséquent, l'usage du numéro d'assurance maladie ou de tout autre numéro similaire comme numéro de dossier de l'usager doit être évité.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	014	Type d'utilisateur
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION		Code indiquant si l'utilisateur est une personne (utilisateur-individu) ou un groupe de personnes (utilisateur-groupe)
❖ DESCRIPTION		Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et sa forme est numérique de longueur 1. Le type d'utilisateur est attribué automatiquement en sélectionnant la fenêtre correspondant au type d'utilisateur à saisir.
❖ PRÉCISIONS		Individu (code1) Les éléments suivants doivent être présents : ➤ Date de naissance ➤ Sexe ➤ NAM ou raison de l'absence du NAM ➤ Code postal de la résidence habituelle ➤ Code de la municipalité de résidence habituelle Les éléments suivants doivent être absents (zones vides) : ➤ Catégorie d'utilisateur-groupe ➤ Population cible groupe ➤ Nombre d'inscriptions Groupe (code 2) En CRD il n'existe pas d'utilisateur-groupe. Les CRD donnent des services à des utilisateurs (individus), en groupe. Toutefois, l'application I-CLSC exige la création d'un utilisateur-groupe qui correspond, dans les CRD, au dossier groupe. Les éléments suivants doivent être présents : ➤ Catégorie d'utilisateur-groupe ➤ Population cible groupe Les éléments suivants doivent être absents (zone vide) : ➤ Date de naissance ➤ Sexe ➤ NAM ou raison de l'absence du NAM ➤ Code postal de la résidence habituelle ➤ Code de la municipalité de résidence habituelle
❖ VALIDATION		Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	014	Type d'usager

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

❖ **TRANSMISSION** Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

❖ **VALEURS PERMISES** **Liste des valeurs permises :**

- 1** Usager-individu
- 2** Usager-groupe

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	015	Réservé au cadre normatif – Usager 1

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Champ libre du système d'information clientèle réservé au cadre normatif pour usage futur.
❖ DESCRIPTION	Cette information sera obligatoire au moment de l'activation de ce champ par l'insistance concernée. Les valeurs possibles seront définies au moment de l'activation.
❖ PRÉCISIONS	Cet élément a été créé pour un usage spécial à des fins de recherche ou afin de répondre à des besoins particuliers généralement pour une période donnée. L'activation de cet élément sera toujours signifiée par écrit aux CRD concernés par les instances autorisées.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Aucune. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	016	Réservé au cadre normatif – Usager 2

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 3
- ❖ **DÉFINITION** Champ libre du système d'information clientèle réservé au cadre normatif pour usage futur.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette information sera obligatoire au moment de l'activation de ce champ par l'insistance concernée. Les valeurs possibles seront définies au moment de l'activation.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Cet élément a été créé pour un usage spécial à des fins de recherche ou afin de répondre à des besoins particuliers généralement pour une période donnée.

L'activation de cet élément sera toujours signifiée par écrit aux CRD concernés par les instances autorisées.
- ❖ **VALIDATION**

Validation sur l'élément
Aucune.

Validation interéléments
Aucune.
- ❖ **REQUIS PAR**
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu

La présente sous-section regroupe les données relatives à un usager-individu. Les notions d'usager-couple et d'usager-famille n'ont pas été retenues dans le cadre normatif SIC-SRD, puisque chacune des personnes constituant un couple ou une famille est considérée individuellement. Par conséquent, ces personnes auront, s'il y a lieu, leur propre dossier usager-individu, comme le prévoient les règles d'ouverture des dossiers usagers-individus énoncées au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.3.

Les usagers-individus peuvent bénéficier d'une intervention sur une base individuelle, multi-usager ou en groupe.

On trouve dans cette sous-section, les éléments suivants :

- 017 Origine ethnique
- 018 Autochtone (*non disponible*)
- 019 Date de naissance
- 020 Sexe
- 021 Numéro d'assurance maladie (NAM)
- 022 Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie
- 024 Code postal de la résidence habituelle
- 025 Code de municipalité de la résidence habituelle

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	017	Origine ethnique

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant le groupe ethnique auquel la personne s'identifie ou affirme son appartenance.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est facultative. Sa forme numérique est de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	L'origine ethnique ne doit pas être confondue avec la citoyenneté ou la nationalité. Consignes pour la saisie L'origine ethnique est un élément facultatif en ce sens qu'il n'y a pas d'obligation à indiquer une origine ethnique dans chaque dossier. L'origine ethnique est à utiliser lorsqu'il s'agit d'une origine ethnique différente pour laquelle il y a un intérêt à recueillir l'information, dont la communauté asiatique, qui nécessite des interventions particulières.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur manuelle à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Afrique Inclus entre autres les pays suivants : Afrique du sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Égypte, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Lybie, Madagascar, Malawi, Mali, Maroc, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Somalie, Soudan, Tanzanie, Togo, Tunisie, Zambie, Zimbabwe.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	017	Origine ethnique

200 Amérique

Inclus les pays de l'Amérique du Nord et du Sud dont entre autres : Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Équateur, États-Unis, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République Dominicaine, Salvador, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela.

300 Asie

Inclus entre autres les pays suivants : Afghanistan, Arabie Saoudite, Arménie, Bahreïn, Bangladesh, Birmanie, Cambodge, Chine, Corée, Émirats arabes unis, Inde, Indonésie, Irak, Iran, Israël, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizistan, Koweït, Laos, Liban, Malaisie, Mongolie, Népal, Oman, Ouzbékistan, Pakistan, Philippines, Qatar, Singapour, Sri Lanka, Syrie, Tadjikistan, Taïwan, Thaïlande, Turquie, Vietnam, Yémen.

400 Europe

Inclus entre autres les pays suivants : Albanie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Serbie, Slovaquie, Suède, Suisse, Ukraine.

500 Océanie

Inclus entre autres les pays suivants : Australie, Fidji, Micronésie, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Salomon, Samoa, Tonga.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	019	Date de naissance

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit : AAAAMMJJ
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de naissance de l'usager.		
❖ DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Si l'année de la date de naissance est antérieure à l'année de la date du jour moins 100, faire confirmer l'année. En l'absence de la date de naissance pour un usager, utiliser la convention suivante : calculer la différence entre l'année en cours et son âge, et ajouter 01 pour le mois et 01 pour la date. Exemple : client âgé de 47 ans 2007 – 47 = 1960 Donc la date de naissance sera : 1960-01-01. Inscrire « DDN à valider » dans le champ « Avis » de la fenêtre « Identification CLSC » de l'index-client jusqu'à ce que la date de naissance soit obtenue. Une fois la date de naissance obtenue, enlever le contenu de l'avis.		
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur manuelle à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément « Type d'usager » (014) : si le type d'usager est individu (code 1), la date de naissance est obligatoire; si le type d'usager est groupe (code 2), la date de naissance est absente (zone vide). Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date d'ouverture du dossier dans l'application : la date de naissance doit être antérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier. Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de naissance de l'usager doit être antérieure ou égale à la date du jour.		
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.		
❖ VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	020	Sexe

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Conformation biologique caractéristique qui distingue l'homme et la femme.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque usager. Elle est normalisée et saisie sous une forme alphabétique.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie En absence de cette information, le code X (inconnu) peut être utilisé temporairement. Afin d'éviter des codes de sexe erronés et avant de procéder à l'extraction des données locales, il est important d'effectuer une validation manuelle afin de corriger les dossiers qui auraient un code de sexe avec une valeur X.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur manuelle à la saisie, manuelle à l'établissement et au central. Validation interéléments Validation verticale automatique avec l'élément « Type usager » (014) : si le type d'utilisateur est individu, le code du sexe est M ou F; si le type d'utilisateur est groupe, il n'y a pas de code du sexe (zone vide).
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : M Masculin F Féminin

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	021	Numéro d'assurance maladie

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 12
❖ DÉFINITION	Numéro d'assurance maladie (NAM) attribué à un usager par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
❖ DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire. Le format du numéro d'assurance maladie est : ➤ Alphabétique pour les positions 1 à 4. ➤ Numérique pour les positions 5 à 12.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Si le numéro d'assurance maladie est absent, vous devez indiquer la raison de l'absence du numéro d'assurance maladie. La onzième position du NAM indique le caractère de distinction des jumeaux. Actuellement, la valeur est numérique (de 1 à 9). Cette valeur pourrait devenir alphabétique si plus de neuf (9) jumeaux existaient pour un même NAM. Autres provinces Si l'usager vient d'une autre province et que vous connaissez son numéro d'assurance maladie, inscrire le numéro d'assurance maladie et sélectionner la province correspondante.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur manuelle à la saisie, manuelle à l'établissement et au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	022	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie
❖ FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant la raison pour laquelle le numéro d'assurance maladie (NAM) ne figure pas au dossier informatisé de l'usager.	
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque usager dont le numéro d'assurance maladie n'est pas inscrit. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.	
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur manuelle à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique avec l'élément « Type usager » (014) : si le type d'usager est individu (code 1) et que le NAM est absent, la raison de l'absence du NAM est obligatoire; si le type d'usager est groupe (code 2), la raison de l'absence du NAM est absente (zone vide).	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 20 Usager dont l'état nécessite des soins urgents 40 Mineur de 14 ans ou plus recevant des services assurés sans l'autorisation parentale. 50 Usager dont la carte est expirée, qui n'a pu la présenter, qui ne l'a pas encore reçue ou dont la carte a été perdue, volée ou n'a jamais été demandée. 60 Non-résident du Québec (résident d'une autre province ou d'un autre pays) 90 Autres	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	024	Code postal de la résidence habituelle

- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|--------------|------------------|------------|----------------------------|------------|-----------|------------|--------------|------------|-----------|------------|--------------|------------|-----------|
| ❖ FORMAT | Alphanumérique | Longueur : 6 | Gabarit : X9X9X9 | | | | | | | | | | | | |
| ❖ DÉFINITION | Partie intégrante de l'adresse du lieu de résidence habituel de l'usager, selon la Société canadienne des postes. | | | | | | | | | | | | | | |
| ❖ DESCRIPTION | <p>Cette catégorisation est obligatoire pour l'usager résident du Québec. Les valeurs acceptées pour chaque position du code postal sont :</p> <table><tr><td>Position 1</td><td>G ou H ou J ou K ou P ou X</td></tr><tr><td>Position 2</td><td>Numérique</td></tr><tr><td>Position 3</td><td>Alphabétique</td></tr><tr><td>Position 4</td><td>Numérique</td></tr><tr><td>Position 5</td><td>Alphabétique</td></tr><tr><td>Position 6</td><td>Numérique</td></tr></table> | | | Position 1 | G ou H ou J ou K ou P ou X | Position 2 | Numérique | Position 3 | Alphabétique | Position 4 | Numérique | Position 5 | Alphabétique | Position 6 | Numérique |
| Position 1 | G ou H ou J ou K ou P ou X | | | | | | | | | | | | | | |
| Position 2 | Numérique | | | | | | | | | | | | | | |
| Position 3 | Alphabétique | | | | | | | | | | | | | | |
| Position 4 | Numérique | | | | | | | | | | | | | | |
| Position 5 | Alphabétique | | | | | | | | | | | | | | |
| Position 6 | Numérique | | | | | | | | | | | | | | |
| ❖ PRÉCISIONS | <p>Lieu de résidence habituel désigne le logement dans lequel une personne vit habituellement. Dans la plupart des cas, les usagers connaissent leur lieu de résidence habituel. Cependant, pour certains cas particuliers, on précise, ci-dessous, ce qui doit être considéré comme l'adresse du lieu de résidence habituel de l'usager.</p> <p>Pour un usager qui réside temporairement ailleurs qu'à son lieu de résidence habituel, pour différentes raisons (dépannage, situation sociale difficile, sinistre ou autre) : indiquer l'adresse du lieu de résidence habituel de l'usager et non celle de la résidence temporaire.</p> <p>Pour un étudiant : indiquer l'adresse du logement qu'il occupe au moment de la demande de services au CRD.</p> <p>Pour une personne itinérante ou sans adresse fixe : indiquer l'adresse du CRD.</p> <p>Pour un usager en centre de détention : indiquer l'adresse du centre de détention.</p> <p>Pour un enfant en garde partagée : indiquer l'adresse de l'un des deux parents de l'enfant.</p> <p>Pour une personne qui occupe un logement saisonnier : indiquer l'adresse de son lieu de résidence habituel.</p> <p>Pour l'usager qui a plus d'un lieu de résidence habituel et qui n'habite pas un logement saisonnier : indiquer l'adresse du lieu de résidence au moment de la demande de services au CRD.</p> | | | | | | | | | | | | | | |

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	024	Code postal de la résidence habituelle

❖ **VALIDATION**

Validation de l'élément

Validation de présence automatique à la saisie.

Validation de format automatique à la saisie.

Validation de valeur automatique à la saisie.

Validation interéléments

Validation verticale automatique avec l'élément « Code de municipalité de la résidence habituelle » (025) : le code postal de la résidence habituelle de l'utilisateur doit débiter par G, H, J, K, P ou X, si le code de la municipalité de résidence habituelle de l'utilisateur est propre au Québec.

❖ **REQUIS PAR**

Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

Référentiel Territorial M34

❖ **TRANSMISSION**

Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

❖ **VALEURS PERMISES**

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	025	Code de municipalité de la résidence habituelle
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION		Code défini par le Bureau de la statistique du Québec, attribué à chacune des municipalités ayant un statut légalement reconnu et aux territoires non organisés du Québec. Ce code désigne également une province ou un territoire canadien, les États-Unis ou les autres pays. Le code de la municipalité de résidence habituelle inscrit au dossier de l'utilisateur est celui qui correspond au lieu de résidence habituel de l'utilisateur.
❖ DESCRIPTION		Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 5. Les valeurs de la table sont issues du Référentiel Territorial M34 du Ministère, dont la mise à jour est transmise régulièrement aux établissements. Si une des valeurs utilisées ne fait pas partie du changement, elle peut être ajoutée par pilotage local, après en avoir avisé le pilote de système.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie Le code de la municipalité de la résidence habituelle est généré automatiquement par le système à partir du code postal de la résidence habituelle de l'utilisateur. La plage des codes réservés aux municipalités hors Québec est comprise entre 00080 et 00099. Si le code postal n'est pas un code québécois, des messages de validation paraîtront relativement au code de municipalité et au code de territoire du CRD.
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique avec l'élément « Code postal de la résidence habituelle » (024) : si le code de la municipalité de résidence habituelle est inférieur à 100 (hors Québec), un code hors territoire devra être sélectionné.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		Référentiel Territorial M34
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	025	Code de municipalité de la résidence habituelle

❖ **VALEURS PERMISES**

Liste des valeurs permises :

Pour les usagers qui ne résident pas au Québec, les codes suivants doivent être utilisés :

00080	Alberta
00081	Colombie-Britannique
00082	Île-du-Prince-Édouard
00083	Manitoba
00084	Nouveau-Brunswick
00085	Nouvelle-Écosse
00086	Ontario
00087	Saskatchewan
00088	Terre-Neuve
00089	Territoires du Nord-Ouest
00090	Yukon
00091	États-Unis d'Amérique (USA)
00092	Autres pays
00093	Nunavut

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.4	Usager-groupe

La présente sous-section vise les données relatives à un groupe. Les notions d'usager-couple et d'usager-famille n'ont pas été retenues dans le présent cadre normatif, puisque chacune des personnes constituant un couple ou une famille est considérée individuellement. Par conséquent, s'il y a lieu, un dossier usager sera ouvert, comme le prévoient les règles d'ouverture de dossier individus énoncées au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.3.

En CRD il n'existe pas d'usager-groupe. Les CRD donnent des services à des usagers (individus) en groupe. Toutefois l'application I-CLSC exige la création d'un usager-groupe qui correspond, dans les CRD, au dossier groupe.

La notion d'intervention en groupe est inscrite dans SIC-SRD. On peut se référer au chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie, pour en connaître la définition.

On trouve dans cette sous-section les éléments suivants :

- 026 Catégorie d'usager-groupe
- 027 Population cible du groupe

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.4	Usager-groupe
Élément	026	Catégorie d'usager-groupe
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION		Code renvoyant à la caractéristique principale du groupe.
❖ DESCRIPTION		Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie Un couple ou une famille n'entraînent pas l'ouverture d'un dossier groupe (voir « <i>Règles d'ouverture des dossiers-individus</i> », chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.3). Une intervention auprès d'un couple ou d'une famille sera considérée comme une intervention multi-usager.
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique avec l'élément « Type d'usager » (014) : si le type d'usager est individu (code 1), il n'y a pas de catégorie d'usager-groupe; si le type d'usager est groupe (code 2), le code de la catégorie d'usager-groupe est différent de 0.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		Liste des valeurs permises : 800 Groupe en CRD

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.4	Usager-groupe
Élément	027	Population cible du groupe

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant quelle est la clientèle visée par les activités de groupe.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour les groupes. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Lorsqu'il y a plus d'une population cible dans un groupe, on indique celle qui prédomine.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique avec l'élément « Type d'usager » (014) : si le type d'usager est individu (code 1), le code de la population cible est 0; si le type d'usager est groupe (code 2), le code de la population cible est différente de 0.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 800 La clientèle des CRD

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention

L'intervention se définit comme une ou plusieurs actions accomplies pour un usager nécessitant l'ajout d'une note clinique au dossier (*chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie*).

Certaines activités, bien que nécessaires à l'intervention, ne sont pas considérées comme des interventions en soi. Il s'agit notamment des activités suivantes :

- Lecture du dossier.
- Préparation du matériel
- Rédaction de la note et de tout autre document qui seront versés au dossier (ex. : outils d'évaluation).
- Communication d'information entre intervenants pour assurer la continuité des services.
- Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.
- Confirmation d'un résultat d'une démarche.
- Inscription, annulation ou confirmation de rendez-vous.
- Message laissé sur le répondeur.

Les actions faites par texto ou par courriel ne sont pas considérées comme des interventions.

Il existe trois types d'interventions :

Intervention individuelle

- Intervention accomplie pour un usager ou auprès de toute autre personne en relation avec lui (entourage, représentant légal), généralement dans le cadre d'une rencontre ou d'une communication téléphonique. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique versée au dossier de l'usager.

Intervention multi-usager

- Intervention accomplie auprès de deux ou plusieurs usagers possédant chacun un dossier permanent. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique qui sera versée au dossier de chaque usager. La raison et l'acte doivent être communs aux usagers visés par le plan d'intervention.

Intervention en groupe

- Intervention accomplie en groupe dans le cadre d'une rencontre. Cette intervention, à caractère éducatif ou thérapeutique, s'adresse à un ensemble de personnes.
- Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique qui sera versée au dossier de chaque usager participant, mais aucune intervention individuelle n'est consignée.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention

La présente sous-section regroupe les éléments d'information relatifs à l'intervention. Ces données sont inscrites par l'intervenant.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

- 030 Numéro de l'intervention
- 031 Centre d'activités de l'intervention
- 032 Date de l'intervention
- 033 Type d'intervention
- 034 Raison de l'intervention
- 035 Acte de l'intervention
- 036 Suivi de l'intervention
- 037 Référence formelle suite à l'intervention (abrogé avril 2018)
- 038 Profil de l'intervention
- 039 Mode d'intervention
- 040 Lieu de l'intervention
- 041 Durée de l'intervention
- 042 Langue d'intervention
- 043 Nombre de participants à l'intervention de groupe
- 044 Catégorie de l'intervenant de l'intervention
- 045 Statut de l'intervenant de l'intervention
- 046 Nombre d'intervenants associés à l'intervention
- 047 Réservé au cadre normatif – Intervention – 2

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	030	Numéro de l'intervention
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 9
❖ DÉFINITION	Numéro d'identification unique d'une intervention faite auprès d'un usager.	
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et les valeurs possibles sont : 000000001 à 999999999.	
❖ PRÉCISIONS	La composition du numéro de l'intervention est laissée à la discrétion du CRD. Ce numéro peut être attribué automatiquement par le système ou manuellement par le CRD.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	031	Centre d'activités de l'intervention

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant à quel centre ou sous-centre d'activités du MGF (par l'entremise de l'intervention) le service rendu se rattache. Toutefois, le code 0001 (activité médicale) ne s'y trouve pas.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervention. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Le sous-programme ne paraît pas comme un élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système informatique SIC-SRD. À l'écran, l'intervenant saisit le sous-programme lorsqu'il enregistre une intervention. Un lien de pilotage est obligatoirement fait entre le sous-programme et le centre ou le sous-centre d'activités. Pour faire le lien de pilotage dans le sous-programme, il faut obligatoirement sélectionner le centre ou le sous-centre d'activités dans le menu déroulant. L'intervention, à l'exception de l'activité médicale, se rattache à un centre ou sous-centre d'activités, alors qu'un intervenant peut être affecté à un ou plusieurs centres ou sous-centres d'activités. Les centres d'activités non reliés aux CRD dans le MGF ne devront pas paraître dans la banque commune de données. Ainsi, le sous-programme utilisé doit être rattaché à l'un ou des centres ou sous-centres d'activités reliés aux CRD. À la demande des responsables de la reddition de comptes, vous pourriez être appelé à utiliser des sous-centres d'activités (s-c/a) se terminant par 8 ou 9. Ils peuvent être utilisés à la demande d'un CISSS ou CIUSSS pour rendre compte des activités hors territoire dans les domaines déjà couverts par le MGF et pour la production du rapport financier.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le sous-programme du CRD de la table de pilotage.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	031	Centre d'activités de l'intervention

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

❖ **TRANSMISSION**

Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

❖ **VALEURS PERMISES**

Liste des valeurs permises :

Pour connaître les valeurs permises, se référer à la liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à l'annexe I.

Pour connaître la définition des valeurs permises admissibles dans le SIC-SRD, se référer au *Manuel de gestion financière* (MGF).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	032	Date de l'intervention

❖ FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJHHMM Longueur : 12
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de l'intervention faite auprès de l'usager.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire pour chaque intervention.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de l'intervention doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de naissance » (019) : la date de l'intervention doit être postérieure ou égale à la date de naissance de l'usager, uniquement dans le cas d'un usager-individu.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	033	Type d'intervention
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Code permettant de catégoriser les interventions en fonction des caractéristiques des usagers concernés.	
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.	
❖ PRÉCISIONS	Se référer à la section Terminologie (<i>chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1</i>) du présent cadre normatif pour connaître la définition des différents types d'interventions. On trouve également les définitions au début de la sous-section 3.5.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément « Type d'usager » (014) : si le type d'usager est individu (code 1), le code du type d'intervention sera individu (1), couple (2), multi-usager (3). Si le type d'usager est groupe (code 2), le code du type d'intervention sera groupe (4).	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 1 Intervention individuelle 2 Intervention de couple 3 Intervention multi-usager 4 Intervention en groupe	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	034	Raison de l'intervention

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Besoin ou situation de l'utilisateur, tel que défini par l'intervenant en rapport avec les objectifs de l'intervention.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire, de même que celle de deuxième niveau normalisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie On peut consigner jusqu'à trois raisons pour chaque intervention. Une raison entraîne nécessairement l'inscription d'au moins un acte et traduit la raison réelle et non celle prévue. Le code 5500 ne peut être utilisé pour une intervention et est réservé à l'activité ponctuelle normalisée. Pour plus de renseignements sur la définition des interventions et les règles concernant leur enregistrement, se référer au chapitre 2, section 2.1 et 2.2. Dans le module de pilotage, un code défini comme deuxième niveau et précédé d'un astérisque (*) dans le cadre normatif, doit être rattaché à lui-même. De plus, les autres codes de deuxième niveau qui ne sont pas précédés d'un astérisque (*) dans le cadre normatif, doivent être rattachés au code de premier niveau de la grande catégorie. Pour plus de renseignements sur la notion de niveaux, se référer au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.2. La différence entre la date de l'intervention et la date de naissance définit l'âge de l'utilisateur au moment de l'intervention. Une raison est réservée aux activités auprès de partenaires. Comme ces activités sont comptabilisées dans les activités ponctuelles, on trouvera cette raison dans la sous-section 3.6.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique de la première raison à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation hiérarchique automatiquement et manuellement à la saisie des raisons 2 et 3 avec la raison 1.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	034	Raison de l'intervention

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

❖ **TRANSMISSION** Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

❖ **VALEURS PERMISES** **Liste des valeurs permises :**

4200 Problèmes liés à la dépendance

Difficultés ou troubles découlant de la dépendance à l'alcool, aux médicaments, aux drogues et à l'usage excessif des jeux de hasard et d'argent.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	035	Acte de l'intervention

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Action accomplie par l'intervenant au moment de l'intervention auprès d'un usager.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie On peut consigner jusqu'à trois actes pour chaque intervention. Le code traduit l'acte réel et non l'acte prévu. Le premier acte qui est codé doit désigner l'action principale de l'intervention. Les autres actes (deuxième et troisième) sont des actions qui coexistent, qui surviennent pendant l'intervention ou qui influent sur cette dernière. La saisie des actes d'intervention doit être faite de manière successive à partir du champ de l'acte 1. Pour plus de renseignements sur la définition des interventions et sur les règles concernant leur enregistrement, se référer au chapitre 2, sections 2.1 et 2.2. Dans le module de pilotage, un code défini comme deuxième niveau et précédé d'un astérisque (*) dans le cadre normatif, doit être rattaché à lui-même. De plus, les autres codes de deuxième niveau qui ne sont pas précédés d'un astérisque (*) dans le cadre normatif, doivent être rattachés au code de premier niveau de la grande catégorie. Pour plus de renseignements sur la notion de niveaux, se référer au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.2. L'absence de l'utilisateur à un premier rendez-vous planifié, avec ou sans préavis, n'est pas considérée comme une intervention, mais constitue une indisponibilité. Dans le but d'assurer la qualité des données, un code à usage facultatif a également été prévu, le code 9990, qui est réservé à l'activité ponctuelle non normalisée et qui correspond à l'absence de l'utilisateur à un rendez-vous planifié, en excluant les rendez-vous préalablement annulés par l'intervenant.(voir chapitre 3, section 3.6, élément 054 Acte de l'activité ponctuelle).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	035	Acte de l'intervention

- ❖ **VALIDATION**

Validation de l'élément
Validation de présence automatique du premier acte à la saisie.
Validation de valeur automatique à la saisie.

Validation interéléments
Validation hiérarchique automatique et manuelle à la saisie :
validation hiérarchique automatique à la saisie de l'acte 2 et de
l'acte 3 avec l'acte 1.
- ❖ **REQUIS PAR** Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION** Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
- ❖ **VALEURS PERMISES** Liste des valeurs permises :

6000 Démarche ou poursuite de démarche pour l'utilisateur
Demandes requêtes ou sollicitations faites par l'intervenant pour l'utilisateur.
Incluant : démarches pour défendre des droits, démarches relatives au logement,
signalement à la DPJ, etc.

6050 Poursuite de la démarche
~~Code utilisé lorsque la démarche pour l'utilisateur nécessite plus d'une journée.~~

6100 Actions à caractère physique
Actes thérapeutiques, incluant : injection, pansements, acupuncture, etc.
Excluant : la vaccination (6800).

6500 Évaluation autre (incluant la réévaluation, la poursuite et la mise à jour)
Incluant : Évaluation médicale, évaluation psychosociale (ex. fonctionnement social),
évaluation psychologique; évaluation nursing; RÉSO.

Excluant : Évaluation spécialisée (6530); Évaluation spécialisée poursuite (6560),
Évaluation de l'utilisation problématique d'Internet (UPI) (6530), Évaluation médicale
complétée par un médecin dans le cadre d'un service de substitution (*9501),

~~6502 Évaluation ou réévaluation psychosociale~~
~~6503 Évaluation ou réévaluation médicale~~
~~6507 Évaluation ou réévaluation psychologique~~
~~6516 Évaluation ou réévaluation nursing~~

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	035	Acte de l'intervention

6530	Évaluation spécialisée (incluant la réévaluation et mise à jour) Évaluation réalisée à l'aide d'un outil d'évaluation standardisé, validé scientifiquement et reconnu par le MSSS. Incluant : ▪ ICJA (inventaire canadien des jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent) ▪ IGT IGT-ADO ▪ NID-ÉM ▪ NID-ÉP ▪ Outil d'évaluation de l'utilisation problématique d'Internet (UPI) *6531 Outil d'évaluation spécialisée en cours de validation Code utilisé lorsque l'outil a obtenu une approbation pour être considéré en cours de validation (Modalités à déterminer). *6532 Outil maison de transition Code utilisé lors de l'évaluation ou de la réévaluation, en attente d'implantation d'un outil d'évaluation spécialisée reconnu dans la boîte à outils du MSSS. Incluant : Outil d'évaluation de la cyberdépendance
6550	Poursuite de l'évaluation Code utilisé lorsque le processus d'évaluation de l'utilisateur nécessite plus d'une rencontre ou plus d'une communication téléphonique. Excluant : Poursuite d'évaluation spécialisée (6560)
6560	Évaluation spécialisée (poursuite) Code utilisé lorsque le processus d'évaluation spécialisée de l'utilisateur nécessite plus d'une rencontre ou plus d'une communication téléphonique.
6600	Actions à caractère diagnostique Tests, prélèvements, analyses sanguines et autres et interprétation de leurs résultats. Incluant : test de dépistage de drogues.
6700	Actions d'observation ou de suivi de l'état de santé physique de l'utilisateur Actions à des fins d'observation ou de suivi de l'état physique. Incluant : suivi de l'état de l'utilisateur, signes vitaux.
6800	Actions d'immunisation Vaccinations et inoculations prophylactiques des maladies bactériennes et virales.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	035	Acte de l'intervention

7700 Actions de réadaptation

Toute forme d'aide d'un intervenant d'un CRD visant à permettre aux individus et à leurs proches de résoudre une ou des difficultés en vue de rétablir l'équilibre dynamique de leur rapport avec leur environnement et poursuivre un développement humain et social satisfaisant.

Excluant : les actions de réinsertion sociale et professionnelle (8100).

***7703 Intervention en situation de crise**

7721 Rencontre conjugale

7722 Rencontre familiale

7796 PSI (en présence de l'utilisateur, équipe du CRD et autre organisme)

7797 Révision du PSI (en présence de l'utilisateur, équipe du CRD et autre organisme)

7798 Plan d'intervention (en présence de l'utilisateur)

7799 Révision du plan d'intervention (en présence de l'utilisateur).

8100 Actions de réinsertion sociale et professionnelle

Soutien et accompagnement couvrant les habiletés de la vie quotidienne, le logement, les habiletés sociales, le travail et les études, etc.

Incluant : le soutien, la sensibilisation et l'éducation auprès des proches.

Excluant : les actions de réadaptation (7700).

8101 Soutien et accompagnement eu égard aux habiletés de la vie quotidienne.

8102 Soutien et accompagnement eu égard aux habiletés liées au logement.

8103 Soutien et accompagnement eu égard aux habiletés sociales et communautaires.

8104 Soutien et accompagnement eu égard aux habiletés liées au travail.

8105 Soutien et accompagnement eu égard aux habiletés liées aux études.

8106 Soutien, sensibilisation et éducation auprès des proches : famille, amis, voisins, entourage immédiat.

8107 Soutien, réorganisation et renforcement des réseaux communautaires : entourage, bénévoles, réseau d'entraide, services de garde, etc.

8108 Soutien et aide à l'encadrement budgétaire (ex. : fiducie, conseiller financier en jeu).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	035	Acte de l'intervention

9000 Actions de concertation clinique

Actes liés à la planification et à l'organisation des services visant à optimiser l'ensemble des interventions destinées à l'utilisateur. Cette action de concertation clinique entraîne une décision quant à l'organisation ou à la réorientation du plan d'intervention et entraîne la rédaction d'une note clinique qui sera versée au dossier de l'utilisateur.

9500 Traitement de substitution (réservé aux médecins seulement)

*9501 Évaluation médicale TUO (réservé au médecin)

9502 Suivi médical

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	036	Suivi de l'intervention

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant la suite immédiate de l'intervention dans un même sous-programme, peu importe l'intervenant.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervention. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Aucun suivi Intervention ne nécessitant pas de relance ou de suivi pour un même sous-programme. 400 Suivi Poursuite de l'intervention par un intervenant d'un même sous-programme.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	037	Référence formelle à la suite de l'intervention

Abrogé le 1^{er} avril 2018

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	038	Profil de l'intervention

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code désignant la correspondance du service rendu à l'utilisateur au moment de l'intervention en fonction des programmes-services du Ministère. Cette classification, jointe aux centres d'activités, est la base du rattachement des services à un programme.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire pour chaque intervention.
❖ PRÉCISIONS	Les services d'accompagnement ou de soutien aux familles et aux proches sont rattachés au même programme-service que les services rendus à l'utilisateur, lorsqu'ils sont en rapport avec le plan d'intervention de celui-ci.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 610 Dépendances Services répondant aux personnes présentant un problème d'abus ou de dépendance, et ce, quels que soient la cause et leur âge. Cela comprend notamment les problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu pathologique. Le profil de l'intervention comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits, tels que les traitements à la méthadone. Incluant : les services aux familles et aux proches des personnes ayant une dépendance. *615 Entourage d'un adulte ayant une dépendance. *616 Entourage d'un jeune ayant une dépendance.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	039	Mode d'intervention

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 2
- ❖ **DÉFINITION** Code permettant d'indiquer si l'intervention a été effectuée en présence ou non de l'utilisateur.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette information est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes pour la saisie

Cet élément ne s'applique que pour tous les interventions 1 (individu), 2 (couple), 3 (famille) ou 4 (groupe),

La téléconsultation (modes 7 et 8) implique que l'intervenant à distance soit en contact visuel avec son interlocuteur, en temps réel, par le biais d'un moyen technologie (ex. : Teams, Zoom, Skype etc.).
- ❖ **VALIDATION**

Validation de l'élément
Validation de présence automatique à la saisie.
Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie.

Validation interéléments
Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément « Type d'intervention » (033) :
- si le code du type d'intervention est 1 (individu), 2 (couple), 3 (famille) ou 4 (groupe), le mode d'intervention sera différent de 0.
- ❖ **REQUIS PAR** Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION** Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
- ❖ **VALEURS PERMISES** Liste des valeurs permises :

Modalité	En présence de l'utilisateur	En l'absence de l'utilisateur
En présence	1 Rencontre avec l'utilisateur.	3 Rencontre avec un tiers.
Communication téléphonique	2 Communication téléphonique avec l'utilisateur.	4 Communication téléphonique avec un tiers.
Téléconsultation*	7 Téléconsultation avec l'utilisateur	8 Téléconsultation avec un tiers

*Codes obligatoires à partir du 1^{er} avril 2021, applicables de façon facultative en cours d'année 2020-2021.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	040	Lieu de l'intervention
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION		Code indiquant l'endroit où se trouve l'intervenant au moment de l'intervention effectuée auprès de l'utilisateur ou pour celui-ci.
❖ DESCRIPTION		Cette information est obligatoire pour chaque intervention. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie Les interventions téléphoniques sont codées selon la définition de l'intervention (<i>voir chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie</i>). Le « Mode d'intervention » (élément 039) précise qu'il s'agit d'une communication téléphonique.
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		Liste des organismes certifiés en toxicomanie – Dépendances -
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		Liste des valeurs permises : 100 Au CRD Siège social, point de service ou point de chute 120 Au domicile Au domicile de l'utilisateur, <u>incluant</u> : les HLM, appartements supervisés et foyers de groupe. 150 À l'école Dans une école, un cégep ou toute autre institution d'enseignement. 160 En ressource intermédiaire La ressource intermédiaire est toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'utilisateurs par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.(QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux : <i>LSSS, chapitre S-42 article 302, à jour au 1^{er} novembre 2016</i>, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2016.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	040	Lieu de l'intervention

170 En ressource de type familial

Les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.

Sont reconnues à titre de familles d'accueil des personnes qui accueillent un maximum de neuf enfants en difficulté, afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Sont reconnus à titre de résidence d'accueil des personnes qui accueillent un maximum de neuf adultes ou personnes âgées, afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

400 En milieu de travail

Tout milieu de travail.

470 En centre de détention

Dans une maison de détention, une prison ou tout autre milieu carcéral.

500 Dans les locaux d'un organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie

[Liste des organismes certifiés en toxicomanie – Dépendances -](#)

Excluant : autre organisme bénévole, communautaire ou socioéconomique (900).

600 Autre établissement et installation du réseau de la santé et des services sociaux

Dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

Incluant : CLSC, CHSGS, centre de réadaptation, CPEJ, CRJDA

900 Autre lieu

Dans tout endroit autre que ceux qui sont énumérés précédemment.

Incluant : centre commercial, centre de loisirs, rue, tout autre organisme communautaire, bénévole ou socioéconomique, etc.

Excluant : organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie (500).

Chapitre Section Élément	3 3.5 041	Description des éléments Intervention Durée de l'intervention
❖ FORMAT		Numérique Longueur : 4 Gabarit : HHMM
❖ DÉFINITION		Temps fourni par l'intervenant pour effectuer une intervention.
❖ DESCRIPTION		Cette information est obligatoire. L'étendue des valeurs possibles est comprise entre 00 heure 01 minute et 23 heures 59 minutes.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie La durée de l'intervention correspond uniquement au temps fourni par l'intervenant en entrevue ou en communication téléphonique. Cette durée exclut le temps de transport et le temps de rédaction de la note et de tout autre document. Valeur maximale permise : 23 heures 59 minutes. L'intervenant qui effectue plusieurs interventions (ex. démarches) au cours de la même journée pour un même usager peut consigner une seule intervention en indiquant la durée totale (le temps de chacune des interventions additionné) ou consigner plusieurs interventions distinctes en indiquant la durée réelle de chacune d'elles. <i>(Voir aussi les règles pour consigner les interventions individuelles : Durée de l'intervention ; section 2.2 Règles particulières, élément 2.2.4)</i> <i>(Voir aussi la mise en garde sur le Nombre d'interventions par jour; section 2.2 Règles particulières, sous-section 2.2.1 Mise en garde)</i>
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	042	Langue de l'intervention
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION		Langue dans laquelle l'intervenant du CRD a donné le service à l'utilisateur.
❖ DESCRIPTION		Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS		Cette donnée est fournie par l'intervenant du CRD pour chacune des interventions.
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		Liste des valeurs permises : 100 Français 200 Anglais 900 Autres

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	043	Nombre de participants à l'intervention en groupe
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Pour chaque groupe, cette donnée correspond au nombre de participants présents au moment de l'intervention.	
❖ DESCRIPTION	Cette quantité est obligatoire pour les groupes. L'étendue des valeurs est : 000 à 999.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Lors de la prise des présences au moment des rencontres, seuls les usagers visés par la rencontre seront comptabilisés. La présence d'intervenants du CRD, d'un intervenant d'un autre milieu ou d'un parent ne devrait en aucun cas être comptabilisée, sauf si ces personnes sont visées par la rencontre. Par exemple : pour un groupe parents-enfants (divorce, séparation), on considère l'enfant et le parent, s'ils sont tous les deux visés par l'intervention. Lors d'une intervention, si la rencontre se divise en sous-groupes, on ne comptabilisera qu'une seule rencontre, et chaque usager ne sera compté qu'une seule fois, même s'il a fait partie de plus d'un sous-groupe lors de cette intervention. Si les rencontres en sous-groupe se font en des temps différents, on comptabilisera chaque rencontre, et les usagers seront comptabilisés à chaque rencontre. Il n'est pas nécessaire que tous les sous-groupes d'un groupe soient présents pour comptabiliser une intervention.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément « Type d'utilisateur » (014) : - si le code désignant le type d'utilisateur est groupe (code 2), le nombre de participants doit être différent de 0; - si le code désignant le type d'utilisateur est individu (code 1), le nombre de participants/groupe doit être 0.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION		Code indiquant l'appellation d'emploi de la personne qui effectue l'intervention.
❖ DESCRIPTION		Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervention. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie Cette description de l'appellation d'emploi correspond généralement aux titres d'emploi utilisés dans les conventions collectives. Afin d'alléger la nomenclature, un stagiaire a la permission d'utiliser l'appellation d'emploi dans lequel il effectue son stage en CRD. Le stagiaire est désigné à l'aide de l'élément « Statut de l'intervenant de l'intervention » (045). Le personnel d'une agence privée est catégorisé selon l'appellation d'emploi qu'il occupe. Il est désigné à l'aide de l'élément « Statut de l'intervenant de l'intervention » (045).
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec le nom de l'intervenant.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		Liste des valeurs permises : 100 Médecin¹ 180 Infirmier¹ 185 Infirmier bachelier

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention
		225 Infirmier auxiliaire¹, diplômé en soins de santé et soins d'assistance 275 Auxiliaire familial, auxiliaire familial et social 300 Préposé aux bénéficiaires 350 Travailleur social¹, agent d'intervention en service social 400 Travailleur de quartier ou de secteur 425 Travailleur communautaire 450 Dentiste¹ 525 Psychologue¹, spécialiste du comportement humain 575 Organisateur communautaire 610 Éducateur, technicien en éducation spécialisée 620 Psychoéducateur¹ 625 Agent de relations humaines 650 Technicien en assistance sociale 975 Autre intervenant du CRD

¹ : Appellation réservée

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Intervention
Élément	045	Statut de l'intervenant de l'intervention
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 2
❖ DÉFINITION		Code précisant le lien de l'intervenant avec le CRD.
❖ DESCRIPTION		Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervenant. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1.
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec le nom de l'intervenant.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		Liste des valeurs permises : 1 Personnel du CRD 2 Personnel d'une agence privée 3 Stagiaire 9 Autre statut, incluant le personnel contractuel

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	046	Nombre d'intervenants associés à l'intervention
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Nombre d'intervenants associés participant à l'intervention, et ce, pour chaque intervention effectuée par des intervenants associés.	
❖ DESCRIPTION	Cette quantité est générée automatiquement par le système au moment où les intervenants sont saisis comme intervenants associés. Sinon, la saisie de cette quantité est obligatoire. L'étendue des valeurs possibles est : 0 à 99. Lorsqu'il n'y a pas d'intervenant associé, la valeur par défaut est 0.	
❖ PRÉCISIONS	Un stagiaire qui observe un intervenant n'est pas considéré comme un intervenant associé. Un intervenant qui agit comme superviseur d'un stagiaire n'est pas considéré comme un intervenant associé. Consignes pour la saisie La valeur par défaut est 0 et elle doit être présente si aucun intervenant associé n'a été saisi.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie. (la valeur par défaut est 0 et elle doit être présente si aucun intervenant associé n'a été saisi). Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Intervention
Élément	047	Réservé au cadre normatif – Intervention 2

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Champ libre du système d'information clientèle réservé au cadre normatif pour usage futur.
❖ DESCRIPTION	Cette information sera obligatoire au moment de l'activation de ce champ par l'autorité compétente. Les valeurs possibles seront définies au moment de l'activation.
❖ PRÉCISIONS	Cet élément a été créé pour un usage spécial aux fins de recherche ou pour répondre à des besoins particuliers, généralement pour une période donnée. L'activation de cet élément sera toujours signifiée par écrit aux CRD concernés par les instances autorisées.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Aucune. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle

Une activité ponctuelle est une activité effectuée pour un individu ou un groupe d'individus dans le cadre d'une rencontre ou d'une communication téléphonique. La nature de cette activité ne justifie pas la rédaction d'une note clinique au dossier de l'utilisateur et encore moins l'ouverture d'un dossier. Il s'agit souvent d'une demande d'information, de référence, de conseil, d'assistance ou de service téléphonique pour laquelle aucun suivi n'est généralement prévu.

Note Il peut arriver qu'un dossier soit déjà ouvert pour l'utilisateur visé par une activité ponctuelle. L'intervenant peut consigner une note au dossier, mais en aucun cas il ne peut la qualifier de « clinique », ce qui entraînerait une intervention au sens du cadre normatif (voir dans le chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie, les définitions « intervention » et « note et note clinique au dossier »).

Par ailleurs, pour des fins statistiques, toute activité ayant un caractère « anonyme », par conséquent ne pouvant générer de note clinique dans un dossier, est considérée comme une activité ponctuelle. Elle peut être consignée sur une fiche qui sera conservée dans un endroit déterminé par le CRD.

En plus de la note clinique portée au dossier de l'utilisateur, ce sont les règles d'ouverture de dossier (chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.3) qui départagent les interventions des activités ponctuelles dans le système d'information.

Seules les catégories d'activités ponctuelles suivantes sont normalisées :

- Activités d'expertise-conseil et de soutien données par le CRD.
- Activités d'information ou de formation continue données par le CRD.

Le choix des activités ponctuelles à normaliser a été fait en fonction des besoins d'information liés à l'Offre de service du programme-services Dépendances de la Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette sous-section du cadre normatif contient toute l'information sur les activités ponctuelles normalisées à transmettre éventuellement à la banque commune de données, lorsqu'elle sera créée, et ce, dans le respect des lois et des règlements en vigueur.

La normalisation des activités ponctuelles est faite en utilisant des champs existants du système d'information clientèle SIC-SRD. Seuls les champs visés par la normalisation ont été retenus et se retrouvent donc dans ce chapitre.

En ce qui concerne les valeurs de ces champs, dans la présente sous-section, on a déterminé les codes de premier niveau se rapportant aux activités ponctuelles visées, ainsi que les définitions et descriptions qui y correspondent.

Lors de la transmission des données, deux moyens seront utilisés pour départager les activités ponctuelles normalisées de celles qui ne le sont pas. D'abord, en définissant le contenu à normaliser (catégories d'activités et thèmes) et les champs pour le faire, on détermine ensuite ce qui doit être transmis à la banque commune de données. L'usage exclusif des champs et des codes se rapportant aux activités ponctuelles normalisées réglerait donc rapidement la question. Cependant, on ne peut garantir que chaque CRD respectera intégralement cette consigne.

Voilà pourquoi un moyen additionnel est utilisé. Le code 5500 (Soutien, expertise-conseil, information et formation) du champ « Raison » sera utilisé de façon exclusive pour toutes activités ponctuelles normalisées. En conséquence, seuls les enregistrements présentant ce code dans le champ « Raison 1 » seront transférés à la banque commune de données lorsqu'elle sera créée.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle

Les CRD qui voudraient consigner dans le système SIC-SRD d'autres activités ponctuelles devront obligatoirement utiliser tout autre code que le code 5500 dans le champ « Raison 1 » de la partie « Intervention/activité » de l'écran de saisie. Les enregistrements utilisant des codes autres que 5500 dans le champ « Raison 1 » ne seront pas transmis.

La présente section regroupe les éléments d'information relatifs à l'activité ponctuelle normalisée. Ces données sont inscrites par l'intervenant.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

- | | |
|-----|--|
| 049 | Numéro de l'activité ponctuelle |
| 050 | Centre d'activités de l'activité ponctuelle |
| 051 | Date de l'activité ponctuelle |
| 052 | Type d'activité ponctuelle |
| 053 | Raison de l'activité ponctuelle |
| 054 | Acte de l'activité ponctuelle |
| 055 | Suivi de l'activité ponctuelle |
| 056 | Profil de l'activité ponctuelle |
| 057 | Mode de l'activité ponctuelle |
| 058 | Lieu de l'activité ponctuelle |
| 059 | Durée de l'activité ponctuelle |
| 060 | Langue de l'activité ponctuelle |
| 061 | Nombre de participants à l'activité ponctuelle en groupe |
| 062 | Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle |
| 063 | Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle |
| 064 | Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle |

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	049	Numéro de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 9
❖ DÉFINITION	Numéro d'identification unique d'une activité ponctuelle effectuée auprès d'un partenaire.	
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et les valeurs possibles sont comprises entre 000000001 et 999999999.	
❖ PRÉCISIONS	La composition du numéro de l'activité ponctuelle est laissée à la discrétion du CRD. Ce numéro peut être attribué automatiquement par le système ou manuellement par le CRD.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant à quel centre ou sous-centre d'activités, répertorié dans le MGF, le service rendu se rapporte.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle. elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Le sous-programme ne paraît pas comme élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système d'information clientèle. À l'écran, l'intervenant saisit le sous-programme lorsqu'il enregistre une activité ponctuelle. Un lien de pilotage est obligatoirement fait avec le centre d'activités ou le sous-centre d'activités et le sous-programme. Pour faire le lien de pilotage dans le sous-programme, il faut obligatoirement sélectionner le centre d'activités ou le sous-centre d'activités dans le menu déroulant. L'activité ponctuelle concerne un seul centre ou sous-centre d'activités, alors qu'un intervenant peut être rattaché à un ou plusieurs centres ou sous-centres d'activités. Les centres d'activités non liés à la mission des CRD dans le MGF ne devront pas paraître dans la banque commune de données. Ainsi, le sous-programme utilisé doit être rattaché à l'un des centres ou sous-centres d'activités liés à la mission des CRD (voir l'annexe I du cadre normatif et le MGF). À la demande des responsables de la reddition de comptes, vous pourriez être appelé à utiliser des sous-centres d'activités (s-c/a) se terminant par 8 ou par 9. Ils peuvent être utilisés à la demande d'un CISSS ou CIUSSS pour rendre compte des activités hors territoire d'un CRD dans des domaines déjà couverts par le MGF et pour la production d'un rapport financier.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le sous-programme du CRD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle

- ❖ **REQUIS PAR** Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION** Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Liste des valeurs permises :

Pour connaître les valeurs permises, se référer à la liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles dans la banque commune de données SIC-SRD, annexe I.

Pour connaître la définition des valeurs permises admissibles dans la banque commune de données SIC-SRD, se référer au *Manuel de gestion financière* (MGF).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	051	Date de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJHHMM Longueur : 12
❖ DÉFINITION	Selon le système international, date (année, mois, jour) de l'activité ponctuelle faite auprès du partenaire.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire pour chaque activité ponctuelle.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie S'assurer que la date du jour, générée automatiquement par le système, corresponde à la bonne date de l'activité ponctuelle.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de l'activité ponctuelle doit être antérieure ou égale à la date du jour.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	052	Type d'activité ponctuelle
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Code permettant de catégoriser les activités ponctuelles.	
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire.	
❖ PRÉCISIONS	L'activité ponctuelle normalisée individuelle s'applique aux activités de soutien et d'expertise-conseil auprès d'un partenaire pour un usager. L'activité ponctuelle normalisée de groupe d'applique aux activités d'éducation systématique et aux activités de masse. Se référer à la section Terminologie (<i>chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1</i>) pour connaître la définition des différentes activités ponctuelles.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 1 Activité ponctuelle individuelle 4 Activité ponctuelle en groupe	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	053	Raison de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Besoin du partenaire tel qu'établi par l'intervenant au cours de l'activité ponctuelle.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Bien que le système permette de consigner trois raisons pour chaque activité ponctuelle, seul le code de raison 5500 (Soutien, expertise-conseil, information et formation) doit être consigné pour décrire les activités ponctuelles normalisées. On ne peut pas inscrire le code de raison 5500 dans le champ des raisons 2 et 3.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation hiérarchique automatique et manuelle à la saisie des raisons 2 et 3 avec la raison 1.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 5500 Soutien, expertise-conseil, information et formation (Activité ponctuelle normalisée individuelle ou en groupe). À mettre obligatoirement dans le champ « Raison 1 ». Besoin de soutien, d'expertise-conseil ou besoin d'éducation systématique pour un partenaire du réseau public, privé ou communautaire. 5950 Autre (réservé à l'activité ponctuelle non normalisée).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	054	Acte de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Actions effectuées par l'intervenant au cours de l'activité ponctuelle.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour les activités ponctuelles normalisées. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie On peut consigner jusqu'à trois actes pour chaque activité ponctuelle. Le code traduit l'acte réel et non l'acte prévu. Le premier acte qui est codé doit désigner l'action principale de l'activité ponctuelle. Les autres actes (deuxième et troisième) sont des actions qui coexistent, qui surviennent pendant l'activité ponctuelle ou qui influent sur cette dernière. Les actes de l'activité ponctuelle doivent être saisis de façon successive à partir du champ de l'acte 1. Dans le module de pilotage, un code défini comme deuxième niveau et précédé d'un astérisque (*) dans le cadre normatif doit être rattaché à lui-même. De plus, les autres codes de deuxième niveau qui ne sont pas précédés d'un astérisque (*) dans le cadre normatif, doivent être rattachés au code de premier niveau de la grande catégorie. Pour plus de renseignements sur la notion de niveaux, se référer au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.2.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie.¹ Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie¹. Validation hiérarchique automatique à la saisie de l'acte 2 et de l'acte 3 avec l'acte 1¹. <i>¹Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).</i>

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	054	Acte de l'activité ponctuelle

❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 6950 Soutien, expertise-conseil, information et formation sur l'alcool et les drogues Actions d'éducation, de prévention et d'assistance liées à l'usage inapproprié d'alcool et de drogues. 7370 Soutien, expertise-conseil, information et formation sur le jeu pathologique Actions d'éducation, de prévention et d'assistance liées au jeu pathologique. 9950 Autre (réservé à l'activité ponctuelle non normalisée) 9990 Absence de l'utilisateur à un rendez-vous planifié. Excluant : Absence de l'utilisateur à un rendez-vous préalablement annulé par l'utilisateur ou l'intervenant. Utilisation facultative permettant de répondre à des besoins locaux de l'établissement. Toutefois, l'absence de l'utilisateur à un rendez-vous planifié doit se traduire par une indisponibilité. <i>Voir Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie; Indisponibilité de l'utilisateur).</i> <i>Voir Chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.4 Règles pour consigner les interventions individuelles; Absence de l'utilisateur</i>

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	055	Suivi de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant le suivi à donner à l'activité ponctuelle.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle normalisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie.¹ Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
¹ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Aucun suivi Activité ponctuelle ne nécessitant pas de relance ou de suivi. 400 Suivi Activité ponctuelle nécessitant plus d'une rencontre ou d'une communication téléphonique.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	056	Profil de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code désignant le partenaire pour qui est effectuée une activité ponctuelle.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle normalisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie.¹ Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune. <i>¹Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).</i>
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 610 Dépendances (Programme dépendances) Provenance de la demande pour une activité auprès d'un partenaire : *620 CLSC *621 CH- CHPSY *622 CPEJ, CRJDA *623 Groupe de médecine de famille (GMF) *624 Autre établissement ou installation du réseau Excluant : CLSC, CH, CHPSY, CPEJ, CRJDA. *625 Institution scolaire *626 Milieu judiciaire et services policiers *627 Organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie Excluant : les organismes bénévoles, communautaires ou socioéconomiques *628 Autre organisme Incluant : entreprises privées, intervenants en pratique privée (médecin, psychologue, etc.), CSST, SAAQ. Excluant : organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie.

Chapitre 3 Description des éléments
Section 3.6 Activité ponctuelle
Élément 057 Mode de l'activité ponctuelle

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 10
- ❖ **DÉFINITION** Code permettant d'indiquer si l'activité ponctuelle a été effectuée avec un intervenant partenaire ou au cours d'une activité en groupe.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle normalisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1.
- ❖ **PRÉCISIONS** La téléconsultation (mode 9) implique que l'intervenant à distance soit en contact visuel avec son interlocuteur, en temps réel, par le biais d'un moyen technologie (ex. : Teams, Zoom, Skype etc.).
- ❖ **VALIDATION**

Validation de l'élément
Validation de présence automatique à la saisie.¹
Validation de valeur automatique à la saisie.

Validation interéléments
Aucune.

¹Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).
- ❖ **REQUIS PAR** Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION** Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
- ❖ **VALEURS PERMISES** Liste des valeurs permises :

Activité ponctuelle normalisée individuelle

- 1 Rencontre (soutien et expertise-conseil)
- 2 Communication téléphonique (soutien et expertise-conseil)
- 9 **Téléconsultation ***

Activité ponctuelle normalisée en groupe

- 5 Activité d'éducation systématique en groupe (Voir sous-section 2.1.1 Terminologie)
- 6 Activité de masse (Voir sous-section 2.1.1 Terminologie)
- 9 **Téléconsultation ***

*Code obligatoire à partir du 1^{er} avril 2021, applicable de façon facultative en cours d'année 2020-2021.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	058	Lieu de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant l'endroit où se trouve l'intervenant au moment de l'activité ponctuelle effectuée auprès d'un partenaire.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle normalisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie.¹ Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune. ¹ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Liste des organismes certifiés en toxicomanie–Dépendances MSSS
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Au CRD Siège social, point de service ou point de chute. 150 À l'école Dans une école, un cégep ou toute autre institution d'enseignement. 400 En milieu de travail Dans tout milieu de travail. 470 En centre de détention Dans une maison de détention, une prison ou tout autre milieu carcéral. 500 Dans les locaux d'un organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie Dans les locaux d'un organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie. Liste des organismes certifiés en toxicomanie–Dépendances Excluant : autre organisme bénévole, communautaire ou socioéconomique (900).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	058	Lieu de l'activité ponctuelle

600 Autre établissement et installation du réseau de la santé et des services sociaux

Dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

Incluant : CLSC, CHSGS, CHPSY, CHSLD, tous les autres centres de réadaptation (DI, DP, Autre CRD), CPEJ, CRJDA.

900 Autre lieu

Dans tout endroit autre que ceux qui sont énumérés précédemment, incluant : centre commercial, centre de loisirs, rue, organisme communautaire autre que les organismes privés ou communautaires certifiés en toxicomanie, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	059	Durée de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 4	Gabarit HHMM
❖ DÉFINITION	Temps fourni par un intervenant pour accomplir une activité ponctuelle.		
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire pour toutes les activités ponctuelles. L'étendue des valeurs possibles est comprise entre 00 heure 01 minute et 23 heures 59 minutes.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie La durée de l'activité ponctuelle correspond uniquement au temps fourni par l'intervenant pour l'activité ponctuelle. Cette durée exclut le tout le temps de transport et tout autre temps en dehors de l'activité ponctuelle (rédaction de la note, préparation du matériel, etc.). Valeur maximale permise : 23 heures 59 minutes.		
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.		
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.		
❖ VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	060	Langue de l'activité ponctuelle

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Langue dans laquelle l'intervenant du CRD a donné le service.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Cette donnée est fournie par l'intervenant du CRD pour chacune des activités ponctuelles.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie.¹ Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune. <i>¹Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).</i>
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Français 200 Anglais 900 Autre

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	061	Nombre de participants à l'activité ponctuelle en groupe
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Nombre de participants présents à l'activité ponctuelle pour chaque activité d'éducation systématique en groupe.	
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire pour l'activité ponctuelle normalisée d'éducation systématique. L'étendue des valeurs est de 000 à 999.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Le nombre de participants s'applique uniquement aux activités d'éducation systématique (élément 057, mode 5).	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. ¹ Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
	¹ Ne s'applique qu'aux activités d'éducation systématique (mode 5).	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	062	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION		Code indiquant le titre d'emploi de la personne qui effectue l'activité ponctuelle.
❖ DESCRIPTION		Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie Cette description du titre de l'emploi correspond généralement aux titres mentionnés dans les conventions collectives. Afin d'alléger la nomenclature, un stagiaire a la permission d'utiliser le titre d'emploi dans lequel il effectue son stage en CRD.
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le nom de l'intervenant et le statut de l'intervenant.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		Liste des valeurs permises : 100 Médecin¹ 110 Pharmacien¹ 180 Infirmier¹ 185 Infirmier bachelier 225 Infirmier auxiliaire¹, diplômé en soins de santé et soins d'assistance 275 Auxiliaire familial, auxiliaire familial et social 300 Préposé aux bénéficiaires 350 Travailleur social¹, agent d'intervention en service social 400 Travailleur de quartier ou de secteur

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	062	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle

- 425** Travailleur communautaire
- 525** Psychologue¹, spécialiste du comportement humain
- 575** Organisateur communautaire
- 610** Éducateur, technicien en éducation spécialisée
- 620** Psychoéducateur¹
- 625** Agent de relations humaines
- 650** Technicien en assistance sociale
- 975** Autre intervenant du CRD

¹ Appellation réservée.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	063	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle
❖ FORMAT		Alphanumérique Longueur : 2
❖ DÉFINITION		Code précisant le lien de l'intervenant avec le CRD.
❖ DESCRIPTION		Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervenant. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1.
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le nom de l'intervenant.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		Liste des valeurs permises : 1 Personnel du CRD 2 Personnel d'une agence privée 3 Stagiaire 9 Autre statut, incluant le personnel contractuel

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Activité ponctuelle
Élément	064	Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Nombre d'intervenants participant à l'activité ponctuelle, et ce, pour chaque activité ponctuelle effectuée par des intervenants associés.	
❖ DESCRIPTION	Cette quantité est générée automatiquement par le système lorsque des intervenants sont enregistrés comme intervenants associés. Sinon, la saisie de cette quantité est obligatoire. L'étendue des valeurs possibles est : 0 à 99.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Lorsqu'il n'y a pas d'intervenant associé, la valeur par défaut est 0.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie.¹ Validation de valeur automatique à la saisie. : la valeur par défaut est 0 et elle doit être présente si aucun intervenant associé n'a été saisi. Validation interéléments Aucune.	
¹ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).		
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance

La présente sous-section regroupe les données relatives à un usager et sont recueillies lors de l'évaluation spécialisée. Toutes les données incluses dans la fenêtre dépendance sont utiles cliniquement et statistiquement. Elles sont extraites des outils d'évaluation spécialisée (outils standardisés, validés scientifiquement et reconnus par le MSSS). Elles fournissent un portrait de l'usager tout en permettant de dresser un tableau des caractéristiques de la clientèle dépendante et ainsi, d'ajuster la programmation.

Cette sous-section ne sera remplie que pour les usagers ayant un problème de dépendance, à chacune des évaluations spécialisées réalisées par le CRD lui-même ou un organisme externe (ex. partenaire référant). Une fois la fenêtre dépendance complétée, aucun des éléments qui la composent ne peut être modifié.

On retrouve dans cette sous-section, les éléments suivants :

100	Date de l'évaluation
101	Abus/dépendance
102	Niveau de service requis
103	Clientèle ayant un besoin spécifique associé
104	Situation de vie
105	Occupation principale
106	Argent dépensé (30 derniers jours)
107	Argent dépensé (12 derniers mois)
108	Dettes occasionnées
109	Revenu personnel annuel brut
110	Revenu annuel familial brut (abrogé avril 2011)
111	Non valide
112	Refus de l'usager
113	Non applicable
114	Complétée

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	100	Date de l'évaluation
❖ FORMAT		Date Longueur : 12 Gabarit : AAAAMMJJHHMM
❖ DÉFINITION		Selon le système international (année, mois, jour, heure, minute), date de l'évaluation spécialisée.
❖ DESCRIPTION		Cette information est obligatoire.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie S'assurer que la date du jour, générée automatiquement par le système, corresponde à la bonne date de l'évaluation. Si l'évaluation spécialisée a lieu sur plus d'une rencontre, consigner la date de la première rencontre.
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de l'évaluation doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date d'ouverture du dossier : la date de l'évaluation de l'organisme interne doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	101	Abus/Dépendances

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code désignant le ou les objets d'abus ou de dépendance présentés par l'usager tels qu'établis par l'évaluation spécialisée.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite d'évaluation spécialisée Les types de dépendances concernent la polytoxicomanie et non la polyconsommation. Cela implique donc que l'usager présente un problème de dépendance ou d'usage abusif à l'égard des produits nommés. Consignes pour la saisie On peut consigner jusqu'à neuf types d'abus ou de dépendances pour chaque usager.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : Substances consommées 100 Alcool 110 Cannabis 120 Hallucinogènes

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	101	Abus/Dépendances

130 Substances opiacées

Héroïne, méthadone, autre.

Incluant : usager suivant un programme de traitement de substitution qui désire faire un sevrage.

140 Barbituriques

150 Autres médicaments sédatifs

(Analgésiques et autres anxiolytiques).

160 GHB

170 Cocaïne

180 Amphétamines et méthamphétamines

(Speed, Ecstasy, Ritalin, *Crystal meth*, etc.)

190 Substances volatiles inhalées

200 Autres substances consommées

Jeux de hasard et d'argent

300 Loteries

310 Casino

Excluant : les jeux par Internet (voir la rubrique 360)

*311 Baccara

*312 Black Jack

*313 Kéno

*314 Machines à sous

*315 Poker

Excluant : le poker par Internet (361) et le poker joué ailleurs (370)

*316 Roulettes

320 Bingo

330 Courses (chevaux, chiens)

340 Appareils de loterie vidéo

*341 Appareils situés dans un bar, une taverne ou une brasserie.

*342 Appareils situés dans un salon de jeux (Ludoplex),

350 Paris sportifs

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	101	Abus/Dépendances

360 TJHA-Internet

*361 Poker

Excluant : le poker joué au casino (315) et le poker joué ailleurs (voir rubrique 370)

*362 Casino

370 Poker

Excluant : le poker joué au casino (315) et le poker par Internet (361).

380 Autres

(Cartes, marché boursier, etc.)

400 Cyberdépendance (Utilisation problématique d'Internet)

Autre cyberdépendance non précisée ci-dessous.

*401 Cyber-Gaming

*402 Cyber-Réseaux sociaux

900 Autres dépendances non précisées

990 Aucune dépendance

Code à utiliser lorsque l'évaluation spécialisée ne permet d'identifier aucune dépendance pouvant être traitée par un centre de deuxième ligne.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	102	Niveau de service requis

❖ FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Niveau de service requis pour l'utilisateur.	
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.	
❖ PRÉCISIONS	Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite d'évaluation spécialisée. Le niveau de services requis peut ne pas correspondre au niveau de services donné. Par exemple, si l'utilisateur requiert des services en interne et qu'il opte pour des services externes. Consignes pour la saisie Même si le niveau de services se modifie au cours de l'épisode de services, aucune modification ni mise à jour ne doit être faite au niveau de services requis.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle à l'établissement et au central. Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Niveau I Traitement externe (moins de 9 heures/semaine) 200 Niveau II Traitement externe (9 heures et plus/ semaine) 300 Niveau III Traitement interne intensif (24/7) avec hébergement *307 Niveau III.7 Traitement interne avec monitoring médical :le personnel infirmier est présent 24heures/7 jours et un médecin est disponible, selon les ententes préétablies. 400 Niveau IV Désintoxication avec hébergement hospitalier sous responsabilité médicale. 900 Ne correspond pas aux critères du CRD	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	103	Clientèle ayant un besoin spécifique associé

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code désignant un ou des types de clientèle ayant, au moment de l'évaluation spécialisée , un besoin spécifique qui, associé à la dépendance, requiert une intervention précoce ou un type d'intervention particulier.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
❖ PRÉCISIONS	Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite de l'évaluation spécialisée. Consignes pour la saisie On peut inscrire plus d'un type de clientèle ayant un besoin spécifique (maximum de six).
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle à l'établissement et au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de l'évaluation » (100) : donnée présente.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Santé physique <u>Incluant</u> : douleur chronique, maladies chroniques et infectieuses, troubles gastro-intestinaux, troubles métaboliques et endocriniens, pathologies cardiovasculaires cancers, séropositivité au VHB et autre problème de santé physique nécessitant une intervention médicale. (exemples : Cirrhose, Épilepsie, polyarthrite, etc.) Incluant : séropositivité au VHB. *101 VHC *102 VIH

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	103	Clientèle ayant un besoin spécifique associé

110 Problèmes de santé mentale

- *111 Problèmes de santé mentale diagnostiqués
Personne pour qui un diagnostic médical a été posé ou une impression diagnostique a été émise par un psychologue.
- *112 Problèmes de santé mentale non diagnostiqués
Symptômes, signes ou comportements qui pourraient être associés à des troubles mentaux sans diagnostic établi, impression clinique d'un problème de santé mentale.

120 UDI (utilisateur de drogue par injection)

200 Femme enceinte

230 Parents de jeunes enfants

- *231 Mère
- *232 Père

300 Personne itinérante

Incluant : jeune de la rue.

400 Personne judiciarisée

Personne qui a eu ou qui a des démêlés avec la justice criminelle, en autant que ceux-ci aient un impact significatif sur la problématique actuelle d'abus ou de dépendance.

Exemple : fraude, vol, prostitution, voies de fait, conduite avec facultés affaiblies, etc.

900 Aucun besoin spécifique

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	104	Situation de vie

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	La situation de vie correspond à l'environnement social dans lequel vit la personne à qui est offert le service et qui influence les services. Cette donnée permet de mesurer l'incidence du réseau d'aide socioéconomique.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire lors de l'évaluation spécialisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite d'évaluation spécialisée.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Personne seule Personne qui vit seule. 200 Couple sans enfant Personne qui vit avec un conjoint sans enfant. 300 Couple avec enfant(s) de moins de 18 ans Personne qui vit avec un conjoint qu'il soit ou non le parent de l'enfant. 400 Famille monoparentale Personne qui vit sans conjoint avec un ou des enfants. 500 Vit avec une ou plusieurs personnes apparentées Personne qui vit avec un ou des membres de sa famille immédiate, par exemple : mère, père, sœur, frère. 600 Vit avec une ou plusieurs personnes non apparentées Personne qui vit avec une ou des personnes de son réseau social, hors de sa famille.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	105	Occupation principale

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Ce à quoi l'utilisateur occupe la majorité de son temps.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire lors de l'évaluation spécialisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite d'évaluation spécialisée.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 10 Travail 11 Travail à temps complet, trente-cinq heures ou plus par semaine. 12 Travail à temps partiel, moins de trente-cinq heures par semaine. 13 À l'emploi, mais en congé en raison d'un congé de maladie, d'un congé parental, d'une grève. 20 Études 21 Aux études ou en formation à temps plein. 22 Aux études ou en formation à temps partiel. 30 Autre 31 En recherche d'emploi 32 Invalidité incapacitante pour le travail 33 À la maison à temps plein 34 À la retraite 35 Bénévolat 36 À l'emploi, mais en congé du fait que c'est un emploi saisonnier 37 En détention 50 Aucune Usage exclusif pour les itinérants.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	106	Argent dépensé (30 derniers jours)

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Somme dépensée au cours des 30 derniers jours.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire lorsqu'il y a abus/dépendance de type jeu de hasard et d'argent. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite d'évaluation spécialisée, sauf dans le cas où l'utilisateur refuse ou encore qu'il n'est pas pertinent de recueillir cette information (voir éléments 112 et 113). Consignes pour la saisie Non obligatoire si la case « Refus » ou « Non-applicable » est cochée.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Entre 0 et 199 \$. 200 Entre 200 et 499 \$. 300 Entre 500 et 999 \$. 400 Entre 1 000 et 2 499 \$. 500 Entre 2 500 et 4 999 \$. 600 5 000 \$ et plus.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	107	Argent dépensé (12 derniers mois)

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Somme dépensée au cours des 12 derniers mois.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire lorsqu'il y a abus/dépendance de type jeu de hasard et d'argent. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite d'évaluation spécialisée, sauf dans le cas où l'utilisateur refuse ou encore qu'il n'est pas pertinent de recueillir cette information (voir éléments 112 et 113). Consignes pour la saisie Non obligatoire si la case « Refus » ou « Non-applicable » est cochée.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Entre 0 et 1 999 \$. 200 Entre 2 000 et 3 999 \$. 300 Entre 4 000 et 5 999 \$. 400 Entre 6 000 et 7 999 \$. 500 Entre 8 000 et 9 999 \$. 600 Entre 10 000 et 14 999 \$. 700 15 000 \$ et plus.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	108	Dettes occasionnées

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Montant des dettes occasionnées par les jeux de hasard et d'argent.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire lorsqu'il y a abus/dépendance de type jeu de hasard et d'argent. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite d'évaluation spécialisée, sauf dans le cas où l'utilisateur refuse ou encore qu'il n'est pas pertinent de recueillir cette information (voir éléments 112 et 113). Consignes pour la saisie Non obligatoire si la case « Refus » ou « Non-applicable » est cochée.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Aucune dette 200 Entre 1 et 499 \$. 300 Entre 500 et 999 \$. 400 Entre 1 000 et 1 999 \$. 500 Entre 2 000 et 3 999 \$. 600 Entre 4 000 et 5 999 \$. 700 Entre 6 000 et 9 999 \$. 800 Entre 10 000 et 19 999 \$. 900 20 000 \$ et plus.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	109	Revenu personnel annuel brut

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Revenu personnel annuel brut.	
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire lorsqu'il y a abus/dépendance de type jeu de hasard et d'argent. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
❖ PRÉCISIONS	Les données doivent être saisies lors de l'évaluation spécialisée ou de la poursuite d'évaluation spécialisée, sauf dans le cas où l'utilisateur refuse ou encore qu'il n'est pas pertinent de recueillir cette information (voir éléments 112 et 113). Consignes pour la saisie Non obligatoire si la case « Refus » ou « Non-applicable » est cochée.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Entre 0 et 999 \$. 200 Entre 1 000 et 5 999 \$. 300 Entre 6 000 et 11 999 \$. 400 Entre 12 000 et 19 999 \$. 500 Entre 20 000 et 29 999 \$. 600 Entre 30 000 et 39 999 \$. 700 Entre 40 000 et 49 999 \$. 800 50 000 \$ et plus.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	111	Non valide

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Cette information fait référence aux fenêtres dépendances incomplètes au moment de la fermeture de l'épisode de services. Le contenu de la fenêtre est considéré comme non valide pour la production de données statistiques.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est normalisée et est indiquée automatiquement par le système sous une forme numérique de longueur 1, à l'aide d'une case, lors de la fermeture de l'épisode de services en présence d'une fenêtre dépendance incomplète.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Aucune. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	112	Refus de l'utilisateur

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Dans le cas d'abus/dépendances de type jeu de hasard et d'argent, cette information fait référence au refus de l'utilisateur que soient indiquées dans la fenêtre dépendance, les informations complémentaires relatives au jeu.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1, à l'aide d'une case.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Dans le cas de types d'abus/dépendances de type jeu de hasard et d'argent, les quatre éléments de l'onglet information complémentaire sont obligatoires. En l'absence de ceux-ci, le fait de cocher la case refus de l'utilisateur permettra à la fenêtre dépendance d'être considérée complète et valide.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	113	Non applicable

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Dans le cas d'abus/dépendances de type jeu de hasard et d'argent, cette information fait référence à la non-pertinence de la collecte d'informations complémentaires.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1, à l'aide d'une case.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Dans le cas de types d'abus/dépendances de type jeu de hasard et d'argent, les quatre éléments de l'onglet information complémentaire sont obligatoires. En l'absence de ceux-ci, le fait de cocher la case non applicable permettra à la fenêtre dépendance d'être considérée complète et valide.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Dépendance
Élément	114	Complétée

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Cette information permet d'indiquer que l'évaluation spécialisée a été complétée et qu'aucune poursuite de cette évaluation n'est requise.	
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque fenêtre dépendance. Elle est normalisée et indiquée automatiquement par le système sous une forme numérique de longueur 1 à l'aide d'une case.	
❖ PRÉCISIONS	Cette case est activée lorsque l'évaluation spécialisée est complétée, dont aucune poursuite n'est prévue et dont les informations contenues dans la fenêtre dépendance sont complètes et jugées valide cliniquement. Le contenu de la fenêtre est considéré valide pour la production de données statistiques	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Hébergement

La présente sous-section regroupe les données sur l'hébergement d'un usager-individu.

On trouve dans cette sous-section, les éléments suivants :

- | | |
|-----|---------------------------|
| 200 | Numéro d'admission |
| 201 | Raison d'admission |
| 203 | Date et heure d'admission |
| 204 | Date et heure de départ |
| 205 | Raison de départ |

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Hébergement
Élément	200	Numéro d'admission

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 9
❖ DÉFINITION	Numéro séquentiel attribué à chaque nouvelle admission d'un usager.	
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire, et les valeurs possibles sont : 000000001 à 999999999.	
❖ PRÉCISIONS	Le numéro séquentiel est attribué automatiquement par le système.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date d'admission doit être antérieure ou égale à la date du jour.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Hébergement
Élément	201	Raison d'admission
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant la raison justifiant l'admission d'un usager.	
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Stabilisation Période de stabilisation en services de désintoxication ou en services de réadaptation intensive. 200 Protection sociale Personne en réadaptation ou en réinsertion sociale pour un usager dont le réseau social incite à la consommation et menace toute chance de réhabilitation. 300 Éloignement de la ressource Distance et non-disponibilité des transports pouvant empêcher un usager de participer à un programme intensif externe.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Hébergement
Élément	203	Date et heure d'admission

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 12 Gabarit : AAAAMMJJHHMM
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure, minute), date et heure de l'admission de l'utilisateur en hébergement.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie S'assurer que la date du jour générée automatiquement par le système correspond à la bonne date d'admission.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date d'admission doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date d'ouverture du dossier : la date d'admission doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Hébergement
Élément	204	Date et heure de départ

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 12 Gabarit : AAAAMMJJHHMM
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure, minute), date et heure de départ de l'utilisateur hébergé.
❖ DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie S'assurer que la date du jour générée automatiquement par le système correspond à la bonne date de départ.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de départ doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date d'admission » : la date de départ doit être postérieure ou égale à la date d'admission.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Hébergement
Élément	205	Raison de départ

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant la raison de la fin de l'hébergement de l'utilisateur.	
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 100 Traitement complété / Atteinte des objectifs Fin de l'hébergement en raison de l'atteinte des objectifs fixés dans le plan d'intervention. 200 Arrêt de traitement Fin de l'hébergement en raison de contraintes diverses rencontrées par le CRD (par exemple : manque de coopération de la part de l'utilisateur, violence envers un intervenant, etc.). 300 Départ de l'utilisateur sans l'approbation du CRD L'utilisateur met fin aux services sans l'approbation de la ressource (ex. : fugue, etc.). 900 Toute autre raison de fin d'hébergement Toute raison autre que celles énumérées précédemment. Incluant : décès.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services

La présente sous-section regroupe les éléments d'information relatifs à l'épisode de services normalisé. L'épisode de services est constitué de l'assignation à un centre d'activités ou des assignations à des centres d'activités après l'acceptation de la demande de services, de même que des informations relatives à l'indisponibilité de l'utilisateur et au service requis ultérieurement.

La date de début de l'indisponibilité de l'utilisateur et la date de service requis ultérieurement sont utilisées dans le calcul des délais d'accès.

On trouve dans cette sous-section, les éléments suivants :

- 008 Date de début de l'épisode de services
- 009 Date de fin de l'épisode de services
- 010 Cessation de l'épisode de services
- 011 Date de début de l'assignation à un centre d'activités
- 012 Date de fin de l'assignation à un centre d'activités
- 029 Centre d'activités de l'assignation
- 120 Date de début de l'indisponibilité de l'utilisateur
- 121 Date de fin de l'indisponibilité de l'utilisateur
- 122 Date de service requis ultérieurement

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	008	Date de début de l'épisode de services

❖ FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ	Longueur : 8
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de la décision acceptée de la première demande de services pour cet épisode de services.	
❖ DESCRIPTION	Cette date est obligatoire pour ouvrir l'épisode de services.	
❖ PRÉCISIONS	Après l'acceptation d'une demande de services, un épisode de services doit être ouvert immédiatement, et la date de début de l'épisode de services doit correspondre à la date de la décision relative à la demande de services. Un usager ne peut avoir plus d'un épisode de services ouvert en même temps, mais peut avoir plusieurs épisodes de services au cours de sa vie.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de début de l'épisode de services doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de la décision relative à la demande de services normalisée » (007) : la date de début de l'épisode de services doit être égale à la date de décision.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	009	Date de fin de l'épisode de services
❖ FORMAT		Date Longueur : 8 Gabarit : AAAAMMJJ
❖ DÉFINITION		Selon le système international (année, mois, jour), date de fin des services à l'utilisateur par l'établissement.
❖ DESCRIPTION		Cette date est obligatoire lorsqu'un épisode de services est terminé.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie Lorsqu'un usager ne donne plus suite au suivi proposé ou entrepris, un délai maximal de 30 jours est considéré à partir de la date de la dernière intervention prévue permettant de procéder à la fermeture de l'assignation et, s'il y a lieu, à la fermeture de l'épisode de services. (voir règle « Délai de 30 jours », chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 Terminologie). Lorsqu'un usager avise d'une cessation de services pour un motif tels une maladie, un déménagement, une hospitalisation, etc., la date de fin de l'épisode de services sera la date où l'intervenant prend connaissance des faits. L'intervalle entre la date de début (élément 008) et la date de fin de l'épisode de services indique la durée des services rendus à un usager à partir de l'orientation de l'utilisateur dans les services jusqu'à la fin des services. Un usager ne peut avoir plus d'un épisode de services ouvert en même temps, mais peut en avoir plusieurs au cours de sa vie.
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de cessation doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de la décision relative de la demande de services normalisée » (007) : la date de fin de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de la décision relative à la demande de services normalisée.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	010	Cessation de l'épisode de services

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Motif constituant la principale raison de fin d'un épisode de services.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque épisode de services. Elle est normalisée saisie sous une forme numérique de longueur 3.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Le dernier intervenant actif pour l'épisode de services inscrit une cessation lors de la fin des services de cet épisode. Lorsqu'une équipe multidisciplinaire est mise à contribution dans un plan d'intervention, la cessation est codée par l'intervenant responsable du plan d'intervention, que les objectifs aient été atteints ou non.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises : 800 Programme complété ou objectifs atteints Fin des services au CRD pour l'utilisateur en raison de l'atteinte des objectifs fixés dans le plan d'intervention. *801 Refus de l'utilisateur d'être référé 810 Cessation due au décès Fin des services due au décès de l'utilisateur. 820 Cessation due au déménagement Fin des services due au déménagement de l'utilisateur à l'extérieur du territoire du CRD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	010	Cessation de l'épisode de services

830 Cessation pour traitement d'une dépendance

Fin des services due au transfert de l'utilisateur vers une autre ressource en vue de traiter la dépendance.

Incluant : traitement en CH, dans un organisme communautaire ou privé ou un autre CRD.

840 Cessation due au transfert vers un autre établissement ou installation du réseau

Fin des services due au transfert de l'utilisateur vers un autre établissement du réseau pour autre raison que le traitement de la dépendance.

841 CLSC

842 CH, CHSLD, CHPSY

843 CPEJ, CRJDA

850 Cessation due au transfert vers un organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie

Fin des services due au recours à un organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie.

Excluant : admission en CH pour traitement d'une dépendance (830), autre organisme bénévole, communautaire ou socioéconomique (830), autre organisme bénévole, communautaire ou socioéconomique pour un autre problème que la dépendance (990).

900 Refus de l'utilisateur

Utilisateur qui refuse de recevoir des services, quelle qu'en soit la raison.

Incluant : utilisateur non joint, ne s'est pas présenté à la première intervention planifiée, refuse le service offert.

901 Services non offerts à proximité.

950 Refus du CRD d'intervenir

CRD qui met fin aux services en raison de contraintes diverses.

Incluant : manque de coopération de la part de l'utilisateur, non-respect des règles du programme par l'utilisateur, expulsion ou renvoi pour raison majeure (exemple : violence envers un intervenant).

990 Tout autre motif de cessation

Toute raison de cessation autre que celles qui sont énumérées précédemment.

Incluant : référence à un organisme bénévole communautaire ou socioéconomique, raison majeure (prison, maladie), entente mutuelle entre l'intervenant et l'utilisateur sans atteinte des objectifs de départ.

Excluant : référence à un organisme communautaire privé certifié en toxicomanie (850).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	011	Date de début de l'assignation à un centre d'activités
❖ FORMAT	Date	Longueur : 8 Gabarit : (AAAAMMJJ)
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), la date de début de l'assignation à un centre d'activités correspond à la date d'identification d'un besoin de service pour un usager. Ce centre d'activités peut consister en des services externes ou internes.	
❖ DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.	
❖ PRÉCISIONS	Lors de l'acceptation d'une demande de services, la date de début de l'épisode de services et la date de la première assignation à un centre d'activités doivent correspondre à la date de décision.	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie,. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : - la date de début de l'assignation doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de réception de la demande de services normalisée (002) : - la date de début de l'assignation doit être postérieure ou égale à la date de réception de la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de la décision relative à la demande de services normalisée (007) : - la date de début de l'assignation doit être postérieure ou égale à la date de la décision relative à la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de début de l'épisode de services (008) : - la date de début de l'assignation doit être postérieure ou égale à la date de début de l'épisode de services.	
❖ REQUIS PAR	Le Ministère, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	012	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités
❖ FORMAT		Date Longueur : 8 Gabarit : AAAAMMJJ
❖ DÉFINITION		Selon le système international (année, mois, jour), date de fin des services à l'usager dans un centre d'activités.
❖ DESCRIPTION		Cette date est obligatoire lorsque le service n'est plus requis.
❖ PRÉCISIONS		Consignes pour la saisie La date correspond généralement à la dernière intervention faite par l'intervenant à un centre d'activités. La date peut aussi correspondre à la date de la décision de mettre fin à cette assignation par le service. Lorsqu'un usager ne donne plus suite au suivi proposé ou entrepris, un délai maximal de 30 jours est considéré à partir de la date de la dernière intervention prévue permettant de procéder à la fermeture de l'assignation et, s'il y a lieu, à la fermeture de l'épisode de services. (voir section Terminologie chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1 « Délai de 30 jours »). Lorsqu'un usager avise d'une cessation de services pour un motif tels que maladie, déménagement, hospitalisation, etc., la date de fin de l'assignation à un centre d'activités sera la date où l'intervenant prend connaissance des faits.
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de fin de l'assignation doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de réception de la demande de services normalisée » (002) : la date de fin de l'assignation doit être postérieure ou égale à la date de réception de la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de la décision relative à la demande de services normalisée » (007) : la date de fin de l'assignation doit être postérieure ou égale à la date de décision relative à la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de début de l'épisode de services » (008) : la date de fin de l'assignation doit être postérieure ou égale à la date de début de l'épisode de services.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	012	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

❖ **TRANSMISSION** Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

❖ **VALEURS PERMISES**

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	029	Centre d'activités de l'assignation

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
❖ DÉFINITION	Code indiquant à quel centre ou sous-centre d'activités du MGF (par l'entremise de l'intervention) le service rendu se rattache.
❖ DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
❖ PRÉCISIONS	Consignes pour la saisie Le sous-programme ne paraît pas comme un élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système d'information SIC-SRD. À l'écran, l'intervenant saisit le sous-programme lorsqu'il consigne une intervention. Un lien de pilotage est obligatoirement fait entre le centre ou le sous-centre d'activités et le sous-programme. Les centres d'activités non reliés à la mission des CRD dans le MGF ne devront pas paraître dans la banque commune de données. Ainsi, le sous-programme utilisé doit être rattaché à l'un des centres ou sous-centres d'activités reliés à la mission des CRD. À la demande des responsables de la reddition de comptes, vous pourriez être appelé à utiliser des sous-centres d'activités (s-c/a) se terminant par 8 ou par 9. Ils peuvent être utilisés à la demande d'un CISSS ou CIUSSS pour rendre compte des activités hors territoire d'un CRD dans des domaines déjà couverts par le MGF et pour la production du rapport financier.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le sous-programme du CRD de la table de pilotage.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	029	Centre d'activités de l'assignation

❖ **VALEURS PERMISES**

Liste des valeurs permises :

Pour connaître les valeurs permises, se référer à la liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à l'annexe I.

Pour connaître la définition des valeurs permises admissibles dans le SIC-SRD, se référer au *Manuel de gestion financière* (MGF).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	120	Date de début de l'indisponibilité
❖ FORMAT		Date Longueur : 12 Gabarit : AAAAMMJJ
❖ DÉFINITION		Selon le système international (année, mois, jour), date du début de l'indisponibilité de l'utilisateur.
❖ DESCRIPTION		Cette date est obligatoire lors de l'indisponibilité de l'utilisateur.
❖ PRÉCISIONS		Correspond à la date de demande de report des services par l'utilisateur au moment où le CRD est en mesure d'offrir des services. Lorsque le CRD ne peut rejoindre l'utilisateur, il ne s'agit pas d'une indisponibilité de l'utilisateur. Il doit y avoir un contact avec l'utilisateur pour que celui-ci manifeste une indisponibilité. Malgré le paragraphe précédent, l'absence de l'utilisateur à un premier rendez-vous planifié, sans préavis, constitue une indisponibilité. <i>Voir section 2.2.1 Mises en garde</i>
❖ VALIDATION		Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de la décision relative à la demande de services » (007) : la date de début de l'indisponibilité de l'utilisateur doit être postérieure à la date de la décision relative à la demande de services. Validation relationnelle à la saisie avec l'élément « Date de début de l'assignation à un centre d'activités » (011) : la date de début de l'indisponibilité doit être postérieure à la date de début de l'assignation à un centre d'activités.
❖ REQUIS PAR		Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	121	Date de fin de l'indisponibilité

❖ FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ Longueur : 12
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de fin de l'indisponibilité de l'utilisateur.
❖ DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lors de l'indisponibilité de l'utilisateur.
❖ PRÉCISIONS	Correspond à la date où l'utilisateur est disponible pour recevoir des services.
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de début de l'indisponibilité de l'utilisateur » (120) : la date de fin de l'indisponibilité de l'utilisateur doit être postérieure à la date de début de l'indisponibilité de l'utilisateur.
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.
❖ VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Épisode de services
Élément	122	Date de service requis ultérieurement

❖ FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ	Longueur : 12
❖ DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date où les services sont requis pour l'usager.	
❖ DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lors de la planification future des services.	
❖ PRÉCISIONS	Correspond à la date de service requis précisée dans une référence formelle ou après entente avec l'usager dans le cas de l'hébergement. <i>Voir section 2.2.1 Mises en garde.</i>	
❖ VALIDATION	Validation de l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément « Date de la décision relative à la demande de services normalisée » (007) : la date de service requis ultérieurement doit être postérieure à la date de la décision relative à la demande de services normalisée.	
❖ REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS, CIUSSS et les CRD.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION	Aucune transmission, banque commune de données inexistante.	
❖ VALEURS PERMISES		

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément

Lorsque la validation s'effectue en ne tenant compte que de l'information propre à l'élément, on parle de validation sur l'élément. Ces validations peuvent prendre une ou plusieurs des quatre formes suivantes :

4.1.1 Présence

La présence de l'élément est vérifiée. À la saisie, cette validation se traduit par des champs obligatoires d'où on ne peut sortir, à moins d'ajouter une information valide.

4.1.2 Format

L'élément doit prendre un format particulier. À la saisie, cette validation s'accompagne d'un gabarit particulier au format de l'élément (ex. : code postal X9X 9X9)

4.1.3 Valeur

L'élément ne peut prendre que certaines valeurs prédéfinies. À la saisie, cette validation se caractérise par une gamme autorisée de valeurs ou par l'utilisation d'une sélection sur menu déroulant.

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément
Sous-section	4.1.1	Présence

La présence de l'élément est vérifiée. À la saisie, cette validation se traduit par des champs obligatoires d'où on ne peut sortir à moins d'ajouter une information valide.

(Si l'élément n'est pas présent à la saisie ou à la validation, il ne doit pas apparaître dans le tableau ci-dessous) Choisissez le bon style de case (cocher ou vide) pour chaque ligne.

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique
001	Numéro de la demande	☐	☒	☐	☐
002	Date de réception de la demande de services	☐	☒	☐	☐
003	Référé par – de la demande de services	☐	☒	☐	☐
004	Objet de la demande de services	☐	☒	☐	☐
005	Centre d'activités de la demande de services	☐	☒	☐	☐
006	Décision de la demande de services	☐	☐	☐	☐
007	Date de la décision relative à la demande de services	☐	☒	☐	☐
013	Numéro de dossier	☐	☒	☐	☐
014	Type d'usager	☐	☒	☐	☐
015	Réservé au cadre normatif – Usager 1	☐	☐	☐	☐
016	Réservé au cadre normatif – Usager 2	☐	☐	☐	☐
017	Origine ethnique	☐	☒	☐	☐
019	Date de naissance	☐	☒	☐	☐
020	Sexe	☐	☒	☐	☐
021	Numéro d'assurance maladie (NAM)	☐	☒	☐	☐
022	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	☐	☒	☐	☐
024	Code postal de la résidence habituelle	☐	☒	☐	☐
025	Code de municipalité de la résidence habituelle	☐	☒	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.1 Présence

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique
026	Catégorie d'utilisateur-groupe	☐	☒	☐	☐
027	Population cible du groupe	☐	☒	☐	☐
030	Numéro de l'intervention	☐	☒	☐	☐
031	Centre d'activités de l'intervention	☐	☒	☐	☐
032	Date de l'intervention	☐	☒	☐	☐
033	Type d'intervention	☐	☒	☐	☐
034	Raison de l'intervention	☐	☒	☐	☐
035	Acte de l'intervention	☐	☒	☐	☐
036	Suivi de l'intervention	☐	☒	☐	☐
037	Référence formelle suite à l'intervention	☒	☐	☐	☐
038	Profil de l'intervention	☐	☒	☐	☐
039	Mode de l'intervention	☐	☒	☐	☐
040	Lieu de l'intervention	☐	☒	☐	☐
041	Durée de l'intervention	☐	☒	☐	☐
042	Langue de l'intervention	☐	☒	☐	☐
043	Nombre de participants à l'intervention de groupe	☐	☒	☐	☐
044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention	☐	☒	☐	☐
045	Statut de l'intervenant de l'intervention	☐	☒	☐	☐
046	Nombre d'intervenants associés à l'intervention	☒	☐	☐	☐
047	Réservé au cadre normatif – Intervention - 2	☐	☐	☐	☐
049	Numéro de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
051	Date de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
052	Type d'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
053	Raison de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.1 Présence

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique
054	Acte de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
055	Suivi de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
056	Profil de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
057	Mode de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
058	Lieu de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
059	Durée de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
060	Langue de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
061	Nombre de participants à l'activité ponctuelle de groupe	☐	☒	☐	☐
062	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
063	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
064	Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
100	Date de l'évaluation	☐	☒	☐	☐
101	Abus/dépendances	☐	☒	☐	☐
102	Niveau de service requis	☐	☒	☐	☐
103	Clientèle ayant un besoin spécifique associé	☐	☒	☐	☐
104	Situation de vie	☐	☒	☐	☐
105	Occupation principale	☐	☒	☐	☐
106	Argent dépensé (30 derniers jours)	☐	☒	☐	☐
107	Argent dépensé (12 derniers mois)	☐	☒	☐	☐
108	Dettes occasionnées	☐	☒	☐	☐
109	Revenu personnel annuel brut	☐	☒	☐	☐
111	Non valide	☐	☐	☐	☐
112	Refus de l'utilisateur	☒	☐	☐	☐
113	Non applicable	☒	☐	☐	☐
114	Complétée	☐	☒	☐	☐
200	Numéro d'admission	☐	☒	☐	☐
201	Raison d'admission	☐	☒	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.1 Présence

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique
203	Date et heure d'admission	☐	☒	☐	☐
204	Date et heure de départ	☐	☒	☐	☐
205	Raison de départ	☐	☒	☐	☐
008	Date de début de l'épisode de services	☐	☒	☐	☐
009	Date de fin de l'épisode de services	☐	☒	☐	☐
010	Cessation de l'épisode de services	☐	☒	☐	☐
011	Date de début de l'assignation à un centre d'activités	☐	☒	☐	☐
012	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités	☐	☒	☐	☐
029	Centre d'activités de l'assignation	☐	☒	☐	☐
120	Date de début de l'indisponibilité de l'utilisateur	☐	☒	☐	☐
121	Date de fin de l'indisponibilité de l'utilisateur	☐	☒	☐	☐
122	Date de service requis ultérieurement	☐	☒	☐	☐

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément
Sous-section	4.1.2	Format

L'élément doit prendre un format particulier. À la saisie, cette validation s'accompagne d'un gabarit particulier au format de l'élément (ex. : code postal X9X 9X9)

(Si l'élément n'est pas présent à la saisie ou à la validation, il ne doit pas apparaître dans le tableau ci-dessous) Choisissez le bon style de case (cocher ou vide) pour chaque ligne.

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique
001	Numéro de la demande	☐	☐	☐	☐
002	Date de réception de la demande de services	☐	☒	☐	☐
003	Référent par – de la demande de services	☐	☐	☐	☐
004	Objet de la demande de services	☐	☐	☐	☐
005	Centre d'activités de la demande de services	☐	☐	☐	☐
006	Décision de la demande de services	☐	☐	☐	☐
007	Date de la décision relative à la demande de services	☐	☒	☐	☐
013	Numéro de dossier	☐	☐	☐	☐
014	Type d'utilisateur	☐	☐	☐	☐
015	Réservé au cadre normatif – Usager 1	☐	☐	☐	☐
016	Réservé au cadre normatif – Usager 2	☐	☐	☐	☐
017	Origine ethnique	☐	☒	☐	☐
019	Date de naissance	☐	☒	☐	☐
020	Sexe	☐	☒	☐	☐
021	Numéro d'assurance maladie (NAM)	☐	☒	☐	☐
022	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	☐	☐	☐	☐
024	Code postal de la résidence habituelle	☐	☒	☐	☐
025	Code de municipalité de la résidence habituelle	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.2 Format

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique
026	Catégorie d'utilisateur-groupe	☐	☐	☐	☐
027	Population cible du groupe	☐	☐	☐	☐
030	Numéro de l'intervention	☐	☐	☐	☐
031	Centre d'activités de l'intervention	☐	☐	☐	☐
032	Date de l'intervention	☐	☒	☐	☐
033	Type d'intervention	☐	☐	☐	☐
034	Raison de l'intervention	☐	☐	☐	☐
035	Acte de l'intervention	☐	☐	☐	☐
036	Suivi de l'intervention	☐	☐	☐	☐
037	Référence formelle suite à l'intervention	☐	☐	☐	☐
038	Profil de l'intervention	☐	☐	☐	☐
039	Mode de l'intervention	☐	☐	☐	☐
040	Lieu de l'intervention	☐	☐	☐	☐
041	Durée de l'intervention	☐	☒	☐	☐
042	Langue de l'intervention	☐	☐	☐	☐
043	Nombre de participants à l'intervention de groupe	☐	☐	☐	☐
044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention	☐	☐	☐	☐
045	Statut de l'intervenant de l'intervention	☐	☐	☐	☐
046	Nombre d'intervenants associés à l'intervention	☐	☐	☐	☐
047	Réservé au cadre normatif – Intervention - 2	☐	☐	☐	☐
049	Numéro de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
051	Date de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
052	Type d'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
053	Raison de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.2 Format

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique
054	Acte de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
055	Suivi de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
056	Profil de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
057	Mode de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
058	Lieu de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
059	Durée de l'activité ponctuelle	☐	☒	☐	☐
060	Langue de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
061	Nombre de participants à l'activité ponctuelle de groupe	☐	☐	☐	☐
062	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
063	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
064	Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐
100	Date de l'évaluation	☐	☒	☐	☐
101	Abus/dépendances	☐	☐	☐	☐
102	Niveau de service requis	☐	☒	☐	☐
103	Clientèle ayant un besoin spécifique associé	☐	☒	☐	☐
104	Situation de vie	☐	☐	☐	☐
105	Occupation principale	☐	☐	☐	☐
106	Argent dépensé (30 derniers jours)	☐	☐	☐	☐
107	Argent dépensé (12 derniers mois)	☐	☐	☐	☐
108	Dettes occasionnées	☐	☐	☐	☐
109	Revenu personnel annuel brut	☐	☐	☐	☐
111	Non valide	☐	☐	☐	☐
112	Refus de l'utilisateur	☐	☐	☐	☐
113	Non applicable	☐	☐	☐	☐
114	Complétée	☐	☐	☐	☐
200	Numéro d'admission	☐	☐	☐	☐
201	Raison d'admission	☐	☐	☐	☐
203	Date et heure d'admission	☐	☒	☐	☐

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément
Sous-section	4.1.2	Format

No	Élément	À la saisie	
		Manuelle	Automatique
204	Date et heure de départ	☐	☒
205	Raison de départ	☐	☐
008	Date de début de l'épisode de services	☐	☒
009	Date de fin de l'épisode de services	☐	☒
010	Cessation de l'épisode de services	☐	☒
011	Date de début de l'assignation à un centre d'activités	☐	☒
012	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités	☐	☒
029	Centre d'activités de l'assignation	☐	☐
120	Date de début de l'indisponibilité de l'usager	☐	☒
121	Date de fin de l'indisponibilité de l'usager	☐	☒
122	Date de service requis ultérieurement	☐	☒

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément
Sous-section	4.1.3	Valeur

L'élément ne peut prendre que certaines valeurs prédéfinies. À la saisie, cette validation se caractérise par une gamme autorisée de valeurs ou par l'utilisation d'une sélection sur menu déroulant.

(Si l'élément n'est pas présent à la saisie ou à la validation, il ne doit pas apparaître dans le tableau ci-dessous) Choisissez le bon style de case (cocher ou vide) pour chaque ligne.

No	Élément	À la saisie	
		Manuelle	Automatique
001	Numéro de la demande	☐	☒
002	Date de réception de la demande de services	☐	☒
003	Référer par – de la demande de services	☐	☒
004	Objet de la demande de services	☐	☒
005	Centre d'activités de la demande de services	☐	☒
006	Décision de la demande de services	☒	☐
007	Date de la décision relative à la demande de services	☒	☒
013	Numéro de dossier	☐	☒
014	Type d'utilisateur	☐	☒
015	Réservé au cadre normatif – Usager 1	☐	☐
016	Réservé au cadre normatif – Usager 2	☐	☐
017	Origine ethnique	☒	☐
019	Date de naissance	☒	☐
020	Sexe	☒	☐
021	Numéro d'assurance maladie (NAM)	☒	☐
022	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	☒	☐
024	Code postal de la résidence habituelle	☐	☒
025	Code de municipalité de la résidence habituelle	☐	☒

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément
Sous-section	4.1.3	Valeur

No	Élément	À la saisie	
		Manuelle	Automatique
026	Catégorie d'utilisateur-groupe	☐	☐
027	Population cible du groupe	☐	☐
030	Numéro de l'intervention	☐	☒
031	Centre d'activités de l'intervention	☐	☒
032	Date de l'intervention	☐	☒
033	Type d'intervention	☐	☒
034	Raison de l'intervention	☐	☒
035	Acte de l'intervention	☐	☒
036	Suivi de l'intervention	☐	☒
037	Référence formelle suite à l'intervention	☐	☒
038	Profil de l'intervention	☐	☒
039	Mode de l'intervention	☒	☒
040	Lieu de l'intervention	☐	☒
041	Durée de l'intervention	☐	☒
042	Langue de l'intervention	☐	☒
043	Nombre de participants à l'intervention de groupe	☐	☒
044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention	☐	☒
045	Statut de l'intervenant de l'intervention	☐	☒
046	Nombre d'intervenants associés à l'intervention	☐	☒
047	Réservé au cadre normatif – Intervention - 2	☐	☐
049	Numéro de l'activité ponctuelle	☐	☒
050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle	☐	☒
051	Date de l'activité ponctuelle	☐	☒
052	Type d'activité ponctuelle	☐	☒
053	Raison de l'activité ponctuelle	☐	☒

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément
Sous-section	4.1.3	Valeur

No	Élément	À la saisie	
		Manuelle	Automatique
054	Acte de l'activité ponctuelle	☐	☒
055	Suivi de l'activité ponctuelle	☐	☒
056	Profil de l'activité ponctuelle	☐	☒
057	Mode de l'activité ponctuelle	☐	☒
058	Lieu de l'activité ponctuelle	☐	☒
059	Durée de l'activité ponctuelle	☐	☒
060	Langue de l'activité ponctuelle	☐	☒
061	Nombre de participants à l'activité ponctuelle de groupe	☐	☒
062	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☐	☒
063	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☐	☒
064	Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle	☐	☒
100	Date de l'évaluation	☐	☒
101	Abus/dépendances	☐	☒
102	Niveau de service requis	☐	☒
103	Clientèle ayant un besoin spécifique associé	☐	☒
104	Situation de vie	☐	☒
105	Occupation principale	☐	☒
106	Argent dépensé (30 derniers jours)	☐	☒
107	Argent dépensé (12 derniers mois)	☐	☒
108	Dettes occasionnées	☐	☒
109	Revenu personnel annuel brut	☐	☒
111	Non valide	☐	☐
112	Refus de l'utilisateur	☐	☐
113	Non applicable	☐	☐
114	Complétée	☐	☐
200	Numéro d'admission	☐	☒
201	Raison d'admission	☐	☒

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément
Sous-section	4.1.3	Valeur

		À la saisie	
No	Élément	Manuelle	Automatique
203	Date et heure d'admission	☐	☒
204	Date et heure de départ	☐	☒
205	Raison de départ	☐	☒
008	Date de début de l'épisode de services	☒	☒
009	Date de fin de l'épisode de services	☒	☒
010	Cessation de l'épisode de services	☐	☒
011	Date de début de l'assignation à un centre d'activités	☒	☒
012	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités	☒	☒
029	Centre d'activités de l'assignation	☐	☒
120	Date de début de l'indisponibilité de l'usager	☐	☒
121	Date de fin de l'indisponibilité de l'usager	☐	☒
122	Date de service requis ultérieurement	☐	☒

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.2	Validation interéléments

Les validations interéléments sont effectuées en mettant en relation l'information fournie par plusieurs éléments. Ces validations peuvent prendre une ou plusieurs des quatre formes suivantes :

4.2.1 Correspondance simple

Le code de l'élément est validé par une correspondance directe au code d'un autre élément ou à une partie du code d'un autre élément (ex. : sexe et 5^e caractère du NAM).

4.2.2 Correspondance verticale

Le code de l'élément est validé par son inclusion dans les codes appartenant à un autre élément (ex. : Code de CLSC 04401 qui fait partie du code de RSS 04).

4.2.3 Correspondance relationnelle

Le code de l'élément est validé en relation logique avec le code d'un autre élément (ex. : date d'admission plus petite que date de sortie).

4.2.4 Correspondance hiérarchique

Le code de l'élément doit préciser le code d'un autre élément de même nature

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.2	Validation interéléments
Sous-section	4.2.1	Correspondance simple

Le code de l'élément est validé par une correspondance directe au code d'un autre élément ou à une partie du code d'un autre élément (ex. : sexe et 5e caractère du NAM)

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.2	Validation interéléments
Sous-section	4.2.2	Correspondance verticale

Le code de l'élément est validé par son inclusion dans les codes appartenant à un autre élément (ex. : Code de CLSC 04401 qui fait partie du code de RSS 04).

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
003	Référé par – de la demande de services (avec le code de l'établissement de référence de la table de pilotage)	☒	☐	☐	☐
005	Centre d'activités de la demande de services (avec le sous-programme du CRD de la table de pilotage)	☒	☐	☐	☐
019	Date de naissance de l'utilisateur (avec l'élément type d'utilisateur 014)	☒	☐	☐	☐
020	Sexe (avec l'élément type d'utilisateur 0014)	☒	☐	☐	☐
022	Raison de l'absence du numéro d'assurance-maladie (avec l'élément type d'utilisateur 0014). Une relation est également faite avec le NAM	☒	☐	☐	☐
024	Code postal de la résidence habituelle (avec l'élément code de municipalité de la résidence habituelle 025).	☒	☐	☐	☐
025	Code de municipalité de la résidence habituelle (avec l'élément code postal de la résidence habituelle 024)	☒	☐	☐	☐
026	Catégorie d'utilisateur-groupe (avec l'élément type d'utilisateur 014).	☒	☐	☐	☐
027	Population cible du groupe (avec l'élément type d'utilisateur 014)	☒	☐	☐	☐
031	Centre d'activité de l'intervention (avec le sous-programme du CRD de la table de pilotage)	☒	☐	☐	☐
033	Type d'intervention (avec l'élément type d'utilisateur 014)	☒	☐	☐	☐
034	Raison de l'intervention (avec les éléments date de naissance 019 et date de l'intervention 032)	☐	☒	☐	☐
039	Mode d'intervention (avec l'élément type d'intervention 033)	☒	☐	☐	☐
043	Nombre de participants/groupe de l'intervention (avec l'élément type d'utilisateur 014)	☒	☐	☐	☐
050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle (avec le sous-programme du CRD)	☒	☐	☐	☐
054	Acte de l'activité ponctuelle (avec le code de raison 5500 activités ponctuelles normalisées)	☒	☐	☐	☐

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.2	Validation interéléments
Sous-section	4.2.2	Correspondance verticale (suite)

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
062	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle (avec le nom de l'intervenant et le statut de l'intervenant)	☒	☐	☐	☐
063	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle (avec le nom de l'intervenant)	☒	☐	☐	☐
029	Centre d'activités de l'assignation (avec le sous-programme CRD de la table de pilotage)	☒	☐	☐	☐

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.2	Validation interéléments
Sous-section	4.2.3	Correspondance relationnelle

Le code de l'élément est validé en relation logique avec le code d'un autre élément (ex. : date d'admission antérieure à la date de sortie).

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
002	Date de réception de la demande de services normalisée (avec la date d'ouverture du dossier et date de naissance 019). Une relation est également faite avec la date du jour.	☒	☐	☐	☐
007	Date de la décision de la demande de services (avec la date du jour, avec la date d'ouverture de dossier), date de naissance (019), la date de décès, date de réception de la demande de services (002), date de début de l'épisode de service (008), date de fin de l'épisode de services (009), date de début d'assignation à un centre d'activités (011) et date de fin d'assignation à un centre d'activités (012)).	☒	☐	☐	☐
019	Date de naissance de l'utilisateur (avec la date d'ouverture du dossier). Une relation est également faite avec la date du jour	☒	☐	☐	☐
032	Date de l'intervention (avec la date d'ouverture du dossier et date de naissance si l'utilisateur est un individu 0014) Une relation est également faite avec la date du jour	☒	☐	☐	☐
044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention (avec le nom de l'intervenant)	☒	☐	☐	☐
045	Statut de l'intervenant de l'intervention (avec le nom de l'intervenant)	☒	☐	☐	☐
051	Date de l'activité ponctuelle (AP). Une relation est faite avec la date du jour, si l'AP est rattachée à un numéro de dossier usager, une relation est faite avec la date d'ouverture dossier et date de naissance 00019)	☒	☐	☐	☐
100	Date de l'évaluation. Une relation est faite avec la date du jour. Une relation est également faite avec la date d'ouverture du dossier.	☒	☐	☐	☐
200	Numéro d'admission. Une relation est faite avec la date du jour.	☒	☐	☐	☐
203	Date et heure d'admission. Une relation est faite avec la date du jour ainsi qu'avec la date d'ouverture du dossier.	☒	☐	☐	☐
204	Date et heure de départ. Une relation est faite avec la date du jour ainsi qu'avec la date d'admission 203.	☒	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.3 Correspondance relationnelle (suite)

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
008	Date de début de l'épisode de services (avec la date du jour, avec la date d'ouverture du dossier, date de naissance (0019), date de décès, date de réception de la demande de services (002), date de décision de la demande de services (007), date de fin de l'épisode de services (009), date de début de l'assignation à un centre d'activités (011) et date de fin d'assignation à un centre d'activités (012).	☒	☐	☐	☐
009	Date de fin de l'épisode de services (avec la date du jour, avec la date d'ouverture du dossier, date de naissance (019), date du décès, date de réception de la demande de services (002), date de décision de la demande de services (007), date de début de l'épisode de services (008), date de début de l'assignation à un centre d'activités (011) et date de fin d'assignation à un centre d'activités (012).	☒	☐	☐	☐
011	Date de début de l'assignation à un centre d'activités (avec la date du jour, avec la date d'ouverture du dossier, date de naissance (019), date de décès, date de réception de la demande de services (002), date de décision de la demande de services (007), date de début de l'épisode de services (008), date de fin de l'épisode de services (009) et date de fin de l'assignation à un centre d'activités (011).	☒	☐	☐	☐
012	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités (avec la date du jour, avec la date d'ouverture de dossier, date de naissance (019), date de décès, date de réception de la demande de services (002), date de décision de la demande de services (070, date de début de l'épisode de services (008), date de fin de l'épisode de services (009) et date de début d'assignation à un centre d'activités (011).	☒	☐	☐	☐
120	Date de début d'indisponibilité (avec l'élément date de décision de la demande de services (007).	☒	☐	☐	☐
121	Date de fin d'indisponibilité (avec l'élément date de début d'indisponibilité 120).	☒	☐	☐	☐
122	Date de service requis ultérieurement (avec l'élément date de décision de la demande de services 007).	☒	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.4 Correspondance hiérarchique

Le code de l'élément doit préciser le code d'un autre élément de même nature.

No	Élément	À la saisie		À l'établissement	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
034	Raison de l'intervention (avec la raison 1)	☒	☒	☐	☐
035	Acte de l'intervention (avec l'acte 1)	☒	☒	☐	☐
053	Raison de l'activité ponctuelle (validation des raisons 2 et 3 avec la raison 1, uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☒	☐	☐
054	Acte de l'activité ponctuelle (validation avec des actes 2 et 3 avec l'acte 1, uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☒	☐	☐

Chapitre 5 Transmission des données

Aucune transmission, banque commune de données inexistante.

Chapitre 6 Retour de l'information

Produits informationnels disponibles aux niveaux provincial et local

Depuis avril 2008, les centres de réadaptation en dépendances (CRD) colligent des informations dans le système d'information clientèle SIC-SRD permettant d'établir le portrait de la clientèle recevant des services ainsi que la nature des services offerts. En l'absence d'une banque de données commune (BDC), la conservation et l'accès à ces données se limitent au niveau local.

La Direction des services en dépendance et de l'itinérance (DSDI) en partenariat avec la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) et la Direction de la gestion intégrée de l'information et de la performance (DGIIP) s'est dotée de moyens permettant la récolte de certaines données locales notamment par la mise en place d'un groupe de travail permettant de déterminer les besoins d'information provinciaux.

Deux outils d'extraction sont depuis privilégiés et permettent l'accès à des données validées et harmonisées : Cognos-Improptu et Crystal Report.

Ces outils permettent d'assurer la qualité et l'uniformité des données recueillies, et ce, pour l'ensemble des établissements, tout en réduisant au maximum les efforts requis par chacun des centres.

Le choix de l'outil repose sur certains critères dont, notamment :

- Certaines limitations d'exploitation de données reliées au catalogue Improptu
- Disponibilité restreinte des ressources qualifiées
- Ampleur du projet
- Échéanciers
- Fréquence de la production de la donnée

Rapports générés par Cognos-Improptu

Le générateur de rapports Cognos-Improptu (IBM) est un "requêteur SQL" disposant d'une interface graphique. Il permet aux CRD de réaliser des états ou des « tableaux de bord » simples ou complexes. Ces tableaux de bord ou "rapports" sont de trois types principaux : liste, tableaux croisés et formulaire, intégrant des graphiques, des calculs, des tris, des regroupements, des filtres.

Improptu, muni d'un catalogue permettant d'accéder aux données, est utilisé provincialement (MSSS) et localement afin d'exploiter au maximum les données sur la clientèle utilisant les services des CRD. La mise à jour de ce catalogue, qui sert de passerelle vers les données, se fait selon l'évolution du système d'information clientèle SIC-SRD. Il permet également aux établissements de produire des rapports permettant de répondre à des besoins locaux ou régionaux.

Cet outil permet notamment de produire les données statistiques suivantes :

- Étude annuelle des crédits à l'Assemblée nationale
- Indicateur de gestion provenant des ententes de gestion et d'imputabilité
- Indicateur de suivi de programme
- Données sur les équipes de liaison spécialisées en dépendance dans les urgences
- Données sur le délai d'accès à un premier service médical et professionnel de substitution
- Rapport statistique annuel des établissements exploitant une mission CRD (AS-481)
- Rapport financier annuel des établissements publics et privés conventionnés (AS-471)

La documentation inhérente se trouve à l'adresse suivante : <http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Actifs-informationnels/SIC-SRD/Productions/Description.aspx>

Rapports générés par Crystal Report

Le générateur de rapport Crystal Report est un outil permettant aux établissements d'extraire facilement et rapidement des rapports normalisés spécifiques à la mission CRD créés par le service informatique de la DGTI/MSSS. Les rapports sont dits « normalisés » parce qu'ils sont identiques pour tous les CRD et n'offrent pas la possibilité d'être personnalisés. Tous les rapports peuvent être présentés sous différents formats : tableaux Excel, document PDF ou CSV. Parmi ces rapports se trouvent :

« . »

- Bilan des activités partenaires
- Bilan des usagers ayant reçu des services
- Provenance des demandes de services
- Type d'abus/dépendance par clientèle spécifique (ex. consommation d'alcool chez les femmes enceintes)
- Type d'abus/dépendance sommaire (ex. consommation de cannabis par groupe d'âge et sexe)
- Type d'abus/dépendance par polyconsommation (ex. jeu et alcool)

La documentation inhérente se trouve à l'adresse suivante :

<http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Actifs-informationnels/SIC-SRD/Productions/Donnees-annuelles.aspx>

Rapports intégrés au système d'information

Le module de Rapports normalisés disponible à partir du système SIC-SRD permet de produire 21 rapports statutaires différents sur les activités du CRD. Ce module est paramétrable, permettant à chaque CRD de répondre à ses besoins. Une option de ventilation est également disponible. Les rapports normalisés sont disponibles localement et sont dits « normalisés » parce qu'ils sont identiques pour tous les CRD.

Rapports concernant les interventions

- RN-1 Rapport par centre d'activité, excluant les médecins et les dentistes
- RN-2 Rapport par programme
- RN-3 Rapport par municipalité
- RN-4 Rapport par raison d'intervention
- RN-5 Rapport par acte
- RN-6 Rapport par catégorie d'intervention
- RN-7 Rapport par lieu et mode d'intervention
- RN-8 Rapport par profil d'intervention
- RN-9 Rapport par suivi d'intervention
- RN-10 Rapport par profil, âge et sexe
- RN-11 Rapport par âge et sexe
- RN-12 Rapport par profil et acte
- RN-13 Rapport par population cible
- RN-14 Rapport par cessation

Rapports concernant la coordination

- CO-1 Rapport par catégorie d'intervenant et raison d'intervention
- CO-2 Rapport par catégorie d'intervenant et acte

Rapports concernant les activités ponctuelles

- RNA-1 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant
- RNA-2 Rapport des activités ponctuelles par lieu et mode
- RNA-3 Rapport des activités ponctuelles par profil et acte
- COA-1 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant et raison
- COA-2 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant et acte

Liste des annexes

Annexe I Liste des centres ou des sous-centres d'activités admissibles (depuis le 1^{er} avril 2008)

❖ PRÉCISIONS

Les sous-centres d'activités de la présente liste sont spécifiques au Cadre normatif SIC-SRD et ne figurent pas dans les sous-centres admissibles du Manuel de gestion financière (MGF) du MSSS. La normalisation de ces sous-centres assurent le suivi de l'offre de services en dépendance.

Les centres et sous-centres d'activités des services spécialisés aux joueurs pathologiques sont utilisés pour la consignation des services aux personnes répondants aux critères d'un TJHA ainsi que de leur entourage.

Les centres et sous-centres d'activités des services spécialisés en dépendance sont utilisés pour la consignation des services aux personnes répondants aux critères d'un TUS ou qui présentent un problème de cyberdépendance, ainsi que de leur entourage.

0001 Activité médicale (réservé aux médecins)

0010 Traitement de substitution (1^{er} avril 2013)

0170 Services spécialisés aux joueurs pathologiques – usagers admis

0171 Réadaptation

0172 Réinsertion

0173 Soutien à l'entourage

0180 Services externes aux joueurs pathologiques

0181 Accueil – évaluation – orientation (excluant l'entourage à consigner au 0184)

0182 Réadaptation

0183 Réinsertion

0184 Soutien à l'entourage

6670 Services spécialisés en **dépendance** – usagers admis (*TUS et Cyberdépendance*)

6671 Désintoxication

6672 Réadaptation

6673 Réinsertion

6674 Réadaptation – Traitement de substitution

6675 Soutien à l'entourage

6680 Services externes en **dépendance** (*TUS et Cyberdépendance*)

6681 Accueil –évaluation – orientation (excluant l'entourage à consigner au 6686)

6682 Désintoxication

6683 Réadaptation

6684 Réinsertion

6685 Réadaptation – Traitement de substitution

6686 Soutien à l'entourage

6688 Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence (~~1^{er} avril 2013~~)

6690 Unité d'intervention brève de traitement en **dépendance**

Annexe II Historique des codes normalisés

Signification du qualitatif des codes historiques

Action sur le signifiant

- ❖ Recodé : le signifiant est associé à un nouveau code
- ❖ Abandonné : le signifiant n'est plus utilisé
- ❖ Décomposé : le signifiant a été décomposé en plusieurs signifiants
- ❖ Redéfini : la signification a été changée, mais l'ancienne signification demeure valide pour le code indiqué
- ❖ Normalisé : le signifiant a été défini pour le transfert à la banque commune de données
- ❖ Ajouté : le signifiant est utilisé pour la première fois

Statut du code

- ❖ Inactivé : le code n'est plus utilisé
- ❖ Réutilisé : le code est utilisé avec un nouveau signifiant
- ❖ Maintenu : le code continue à être utilisé dans la continuité du signifiant
- ❖ Nouveau : le code est utilisé pour la première fois

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
Référentiel de la demande de services (003)						
130	CLSC	V1.3 avril 2013	Redéfini	Réutilisé	V2.0 avril 2017	
200	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)	V1.3 avril 2013	Redéfini	Réutilisé	V2.0 avril 2017	
220	Département de l'hôpital	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*221	Urgence physique	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*222	Urgence psychiatrique	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*223	Urgence pédopsychiatrique	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*224	Unité de soins en santé mentale	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*225	Unité de soins en santé physique	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*226	Autre	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
300	Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence	V1.00 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.3 avril 2013	
*301	CRD CDC-IUD	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*302	CRD Foster	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*621	Programme alternatif aux sanctions pénales	V_Avril 2020	Ajouté	Nouveau	V_Avril 2020	
*801	Casino	V1.3 avril 2013	Abandonné	Inactivé	V_Avril 2020	
*802	Salon de jeux	V1.3 avril 2013	Abandonné	Inactivé	V_Avril 2020	
*803	JAR (Jeu Aide et référence)	V_Avril 2019	Ajouté	Nouveau	V_Avril 2019	

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
Objet de la demande de services (004)						
*601	TUS	V1.3 avril 2013	Redéfini	Maintenu	V_ Avril 2019	
*602	TJHA	V1.3 avril 2013	Redéfini	Maintenu	V_ Avril 2019	
*603	Jeu pathologique - toxicomanie	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*603	TUS et TJHA	V1.3 avril 2013	Redéfini	Maintenu	V_ Avril 2019	
*604	Cyberdépendance	V_Avril 2019	Ajouté	Nouveau	V_ Avril 2019	
*605	Cyberdépendance et TUS	V_Avril 2019	Ajouté	Nouveau	V_ Avril 2019	
*606	Cyberdépendance et TJHA	V_Avril 2019	Ajouté	Nouveau	V_ Avril 2019	

Décision de la demande de services (006)

*501	CSSS	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.2 avril 2012	
*502	CH	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.2 avril 2012	
*503	CJ	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.2 avril 2012	
*505	Autres établissements réseau	V1.00 nov2010	Abandonné	Inactivé	V1.2 avril 2012	
600	Orientée vers une autre mission	V1.2 avril 2012	Ajouté	Nouveau	V1.2 avril 2012	
*601	CLSC	V1.2 avril 2012	Ajouté	Nouveau	V1.2 avril 2012	
*602	CH	V1.2 avril 2012	Ajouté	Nouveau	V1.2 avril 2012	
*603	CJ	V1.2 avril 2012	Ajouté	Nouveau	V1.2 avril 2012	
*603	CPEJ,CRJDA	V1.2 avril 2012	Redéfini	Réutilisé	V2.0 avril 2017	
*609	Autres missions du réseau	V1.2 avril 2012	Ajouté	Nouveau	V1.2 avril 2012	

Cessation de l'épisode de services (010)

*841	CLSC	V1.00 nov 2010	Redéfini	Réutilisé	V2.0 avril 2017	
*843	CPEJ,CRJDA	V1.00 nov 2010	Redéfini	Réutilisé	V2.0 avril 2017	

Catégorie d'utilisateur-groupe (026)

100	Groupe de thérapie	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
200	Groupe d'éducation	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
300	Groupe d'entraide et de soutien	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
900	Autres	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
800	Groupes en CRD	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	

Population-cible du groupe (027)

200	Les adolescents	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
300	Les adultes	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
400	Les femmes	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
450	Les hommes	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
500	Les parents	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
550	Les couples	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
600	La famille et l'entourage	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.3 avril 2013	
800	La clientèle des CRD	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	

Type d'intervention (033)

2	Intervention de couple	V avril 2021	Ajouté	Nouveau	V avril 2021 ¹	
---	------------------------	--------------	--------	---------	---------------------------	--

Acte de l'intervention (035)

6050	Poursuite de la démarche	V1.00 nov 2010	Recodé	Inactivé	V avril 2021	6000
6502	Évaluation réévaluation psychosociale	V1.00 nov 2010	Recodé	Inactivé	V avril 2021	6500
6503	Évaluation réévaluation médicale	V1.00 nov 2010	Recodé	Inactivé	V avril 2021	6500
6507	Évaluation réévaluation psychologique	V1.00 nov 2010	Recodé	Inactivé	V avril 2021	6500
6516	Évaluation réévaluation nursing	V1.00 nov 2010	Recodé	Inactivé	V avril 2021	6500
*6530	Évaluation ou réévaluation spécialisée	V1.2 avril 2012	Redéfini	Maintenu	V_ Avril 2019	
*6531	Outil d'évaluation spécialisée en cours de validation	V1.2 avril 2012	Recodé	Inactivé	V avril 2021	6530
*6532	Outil maison de transition	V1.2 avril 2012	Recodé	Inactivé	V avril 2021	6530
*6533	GAIN autoadministré	V1.4 avril 2015 ²	Abandonné	Inactivé	V_ Avril 2019	
*6534	GAIN administré par l'intervenant	V1.4 avril 2015 ¹	Abandonné	Inactivé	V_ Avril 2019	
6560	Poursuite d'évaluation spécialisée	V1.2 avril 2012	Ajouté	Nouveau	V1.2 avril 2012	
6560	Poursuite d'évaluation ou de réévaluation spécialisée	V1.2 avril 2012	Redéfini	Maintenu	V_ Avril 2019	
9500	Traitement de substitution (réservé aux médecins seulement)	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	

¹ Le type d'intervention « couple » a été normalisé à partir du 1er avril 2021 sans toutefois en interdire l'utilisation pour les années antérieures.

² Version non diffusée

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
*9501	Évaluation médicale	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
9502	Suivi médical	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	

Référence formelle suite à l'intervention (037)

100	Référence interne	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V3.0 Avril 2018	
200	Référence formelle au CSSS	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V3.0 Avril 2018	
300	Référence formelle à un Centre hospitalier	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V3.0 Avril 2018	
400	Référence formelle à un Centre jeunesse	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V3.0 Avril 2018	
500	Référence formelle à un autre CRPAT	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V3.0 Avril 2018	
600	Référence formelle à un autre centre de réadaptation	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V3.0 Avril 2018	
700	Référence formelle à un organisme privé ou communautaire certifié en toxicomanie	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V3.0 Avril 2018	
750	Tout autre référence formelle	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V3.0 Avril 2018	
200	Référence formelle au CLSC	V1.00 nov 2010	Redéfini	Réutilisé	V2.0 Avril 2017	
400	Référence formelle à un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)	V1.00 nov 2010	Redéfini	Réutilisé	V2.0 Avril 2017	

Mode d'intervention (039)

7	Téléconsultation avec l'utilisateur	V avril 2021	Ajouté	Nouveau	V avril 2021	
8	Téléconsultation en l'absence de l'utilisateur	V avril 2021	Ajouté	Nouveau	V avril 2021	

Raison de l'activité ponctuelle (053)

5950	Autre (réservé à l'activité ponctuelle non normalisée)	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
------	--	-----------------	--------	---------	-----------------	--

Acte de l'activité ponctuelle (054)

9950	Autre (réservé à l'activité ponctuelle non normalisée)	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
------	--	-----------------	--------	---------	-----------------	--

Profil de l'activité ponctuelle (056)

*Cadre normatif du système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendances
(SIC-SRD)*

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
*620	CLSC	V1.00 nov 2010	Redéfini	Réutilisé	V2.0 Avril 2017	
*622	CPEJ,CRJDA	V1.00 nov 2010	Redéfini	Réutilisé	V2.0 Avril 2017	

Mode de l'activité ponctuelle (057)

9	Téléconsultation	V avril 2021	Ajouté	Nouveau	V avril 2021	
----------	-------------------------	---------------------	---------------	----------------	---------------------	--

Abus/Dépendances (101)

360	TJHA-Internet	V1.00 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V_Avril 2019	
400	Cyberdépendance	V_Avril 2019	Ajouté	Nouveau	V_Avril 2019	
*401	Cyber-Gaming	V_Avril 2019	Ajouté	Nouveau	V_Avril 2019	
*402	Cyber-Réseaux sociaux	V_Avril 2019	Ajouté	Nouveau	V_Avril 2019	
*901	Cyberdépendance	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
*901	Cyberdépendance	V1.3 avril 2013	Abandonné	Recodé	V_Avril 2019	

Niveau de service requis (102)

*307	Niveau III.7	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2014	
400	Niveau IV	V1.1 avril 2011	Ajouté	Nouveau	V1.1 avril 2011	

Clientèle ayant un besoin spécifique associé (103)

101	VHC	V1.1 avril 2011	Ajouté	Nouveau	V1.1 avril 2011	
102	VIH	V1.1 avril 2011	Ajouté	Nouveau	V1.1 avril 2011	
110	Problèmes de santé mentale	V1.00 nov 2010	Décomposé	Maintenu	V1.1 avril 2011	111,112
210	Mère avec de jeunes enfants	V1.00 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1 avril 2011	231
220	Mère monoparentale	V1.00 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
230	Parents de jeunes enfants	V1.1 avril 2011	Ajouté	Nouveau	V1.1 avril 2011	
231	Mère	V1.1 avril 2011	Ajouté	Nouveau	V1.1 avril 2011	
232	Père	V1.1 avril 2011	Ajouté	Nouveau	V1.1 avril 2011	
500	Communautés culturelles	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
501	Communauté asiatique	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
502	Communauté hispanophone	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
503	Autres communautés	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
600	Autochtone	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	

Occupation principale (105)

01	Travail – temps complet	V1.0 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1. avril 2011	10
02	Travail – temps partiel	V1.0 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1. avril 2011	10
03	Recherche d'emploi	V1.0 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1. avril 2011	30
04	Études – temps complet	V1.0 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1. avril 2011	20
05	Études – temps partiel	V1.0 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1. avril 2011	20
06	À la maison	V1.0 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1. avril 2011	30
07	Autres	V1.0 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1. avril 2011	30

*Cadre normatif du système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendances
(SIC-SRD)*

08	Aucun	V1.0 nov 2010	Recodé	Inactivé	V1.1. avril 2011	50
----	-------	---------------	--------	----------	------------------	----

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
------	------------	---	--------------------------------	----------------------	-----------------------------------	-----------------

Dettes occasionnées par le jeu (108)

200	Entre 1 à 2 499 \$	V1.0 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.1 avril 2011	
300	Entre 2 500 à 4 999 \$	V1.0 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.1 avril 2011	
400	Entre 5 000 à 9 999 \$	V1.0 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.1 avril 2011	
500	Entre 10 000 à 14 999 \$	V1.0 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.1 avril 2011	
600	Entre 15 000 à 24 999 \$	V1.0 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.1 avril 2011	
700	Entre 25 000 à 49 999 \$	V1.0 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.1 avril 2011	
800	Entre 50 000 à 100 000 \$	V1.0 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.1 avril 2011	
900	100 000 \$ et plus	V1.0 nov 2010	Redéfini	Maintenu	V1.1 avril 2011	

Revenu familial annuel brut (110) élément retiré du cadre normatif V1.1 avril 2011

100	Entre 0 à 999 \$	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
200	Entre 1 000 à 5 999 \$	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
300	Entre 6 000 à 11 999 \$	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
400	Entre 12 000 à 19 999 \$	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
500	Entre 20 000 à 29 999 \$	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
600	Entre 30 000 à 39 999 \$	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
700	Entre 40 000 à 49 999 \$	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	
800	50 000 \$ et plus	V1.0 nov 2010	Abandonné	Inactivé	V1.1 avril 2011	

Complétée (114) élément ajouté au cadre normatif V3.0 avril 2018

Cessation de l'épisode de services (010)

841	CLSC	V1.00 nov 2010	Redéfini	Réutilisé	V2.0 Avril 2017	
-----	------	----------------	----------	-----------	-----------------	--

Date de début de l'indisponibilité (120) élément ajouté au cadre normatif V1.3 avril 2013

Date de fin de l'indisponibilité (121) élément ajouté au cadre normatif V1.3 avril 2013

Date de service requis ultérieurement (122) élément ajouté au cadre normatif V1.3 avril 2013

Chambre-lit (202) élément retiré du cadre normatif V1.2 avril 2012

Annexe 1 Liste des centres et des sous-centres d'activités admissibles

0010	Traitement de substitution	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	
6688	Équipes de liaison spécialisées en dépendances	V1.3 avril 2013	Ajouté	Nouveau	V1.3 avril 2013	

dans les urgences

