

# Standards de pratique en travail social aux services psychosociaux généraux



*Toile, Mireille Bourque, 2013*

Direction des services multidisciplinaires  
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale  
Version 2.0–Mars 2019

### **Explication de l'œuvre**

Le travail social contribue à redonner à la personne sa baguette de chef d'orchestre pour qu'elle redevienne le maestro c'est-à-dire *le maître de sa vie*. Tout comme dans un ensemble musical, chaque instrument, chaque aspect de la personne et chaque acteur du rétablissement ont leur place. Par son accompagnement et son support, le travail social permet à la personne de vibrer en accord avec ses rêves, ses projets.

Le travail social est aussi un expert des ensembles : la polyphonique. Il écoute et prend en considération plusieurs voix, plusieurs points de vue comme celui de la personne, de son entourage, de sa famille, de la communauté, de l'équipe et des différents acteurs qui soutiennent la personne dans son rétablissement.

### **Explication de la toile**

Le personnage avec un cœur représente la personne qui est au cœur de son rétablissement et qui reçoit la baguette du chef d'orchestre des mains du travail social, lui-même en lien avec les autres membres de l'équipe, la communauté et les familles. Les édifices représentent la communauté et la proximité. La diversité des médiums utilisés renvoie aux multiples facettes du travail social. Les partitions de musique soulignent l'analogie avec le maestro qui dirige un orchestre et l'importance de chaque instrument dans l'harmonie de l'ensemble.

Mireille Bourque, artiste peintre, programme Vincent et moi, novembre 2013.

# Standards de pratique en travail social aux services psychosociaux généraux du CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Révision du document – Version 2.0 mars 2019

Andréanne Ledoux-Bérubé, TS conseillère-cadre intérimaire en travail social, CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Sandra Bellemare, TS conseillère-cadre en travail social, CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Mélissa Carignan, TS, professionnelle-conseil DSM, CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Karl Turcotte, TS, professionnel-conseil DSM, CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Avec la contribution de Lucie Chaîné, TS formatrice « Tenue de dossiers », OTSTCFQ

Nous remercions également tous les gestionnaires et les coordonnateurs professionnels des services psychosociaux généraux qui, de par leur révision attentive et leurs commentaires constructifs, ont grandement contribué à bonifier ce document de référence.

## Rédaction du document original – 2016

Sabrina Murray, TS CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation CLSC Donnacona

Avec le soutien clinique de :

Sandra Bellemare, TS conseillère-cadre en travail social, CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Alexandra Careau, TS CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation CLSC Haute-Ville, GASM  
Josée Tremblay, TS coordonnatrice professionnelle GMF, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Membres de l'équipe-projet 2016 de la Direction des services multidisciplinaires

Chantal Bélanger, TS CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation CLSC des Rivières  
Nathalie Bolduc, TS CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation CLSC Sainte-Foy  
Sandra Bellemare, TS conseillère cadre en travail social, CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Émilie Bourque, TS CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation CLSC La Malbaie  
Alexandra Careau, TS CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation CLSC Haute-Ville  
Nancy Lachance, TS conseillère cadre en travail social, CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Sabrina Murray, TS CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation CLSC Donnacona  
Marie-France Roy, TS CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation CLSC Basse-Ville

Dépôt légal : 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-85197-4 (Imprimé)

ISBN : 978-2-550-85198-1 (PDF)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019

© Tous droits réservés

# TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction .....	1
2.	Objectifs.....	2
3.	La pratique en travail social.....	3
	<i>Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale (anciennement PL 21).....</i>	<i>4</i>
	<i>La marque distinctive de la profession .....</i>	<i>6</i>
	<i>Une finalité particulière .....</i>	<i>7</i>
4.	Les standards ministériels .....	8
	AAOR.....	8
	Consultation sociale.....	10
	Rôles et responsabilités reliés à ces standards de pratique.....	12
5.	Le travailleur social dans les services psychosociaux généraux.....	15
5.1.	Processus clinique en travail social .....	15
5.2.	La demande de service et l'analyse .....	16
	<i>Prévention .....</i>	<i>17</i>
5.3.	L'évaluation du fonctionnement social.....	17
5.4.	Le plan d'intervention (PI, PII, PSI, PSII) .....	20
	<i>Le PI .....</i>	<i>21</i>
	<i>La collaboration interprofessionnelle : les PII, PSI, PSII .....</i>	<i>24</i>
5.5.	Le suivi de consultation sociale .....	24
	<i>Responsabilités du travailleur social en consultation sociale .....</i>	<i>26</i>
	<i>Entente de service et standards pour les relances .....</i>	<i>26</i>
5.6.	La cessation du suivi en consultation sociale.....	27
5.7.	La tenue de dossier à l'AAOR et en GMF .....	28
	<i>Les notes évolutives .....</i>	<i>30</i>
	<i>Rubriques à utiliser dans une note évolutive .....</i>	<i>31</i>
	<i>Délais standards entourant la tenue de dossier en fonction du processus clinique .....</i>	<i>32</i>
6.	Les interventions réalisées en travail social dans les services psychosociaux généraux.....	34

<b>7. Estimation de la dangerosité: passage à l'acte suicidaire et homicidaire .....</b>	<b>43</b>
<i>Risques suicidaires .....</i>	<i>43</i>
<i>Risques d'homicides .....</i>	<i>43</i>
<i>L'article 19.0.1 de la LSSS Levée du secret professionnel.....</i>	<i>44</i>
<i>Le droit à la confidentialité.....</i>	<i>44</i>
<b>8. Des approches efficaces en travail social pour la consultation sociale .....</b>	<b>46</b>
<i>L'approche diagnostique ou psychosociale .....</i>	<i>47</i>
<i>L'approche centrée sur la résolution du problème.....</i>	<i>47</i>
<i>L'intervention en situation de crise .....</i>	<i>48</i>
<i>L'approche court terme planifiée ou centrée sur la tâche .....</i>	<i>48</i>
<i>L'approche modification du comportement.....</i>	<i>48</i>
<i>L'approche orientée vers les solutions .....</i>	<i>49</i>
<i>L'approche systémique .....</i>	<i>49</i>
<i>L'entretien motivationnel .....</i>	<i>49</i>
<i>L'approche centrée sur les forces.....</i>	<i>50</i>
<b>9. Conclusion.....</b>	<b>51</b>
<b>10. Bibliographie .....</b>	<b>52</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>54</b>
<i>Annexe 1 – Guide explicatif pour l'utilisation du FABO : Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation .....</i>	<i>55</i>
<i>Annexe 2 – Le processus clinique en travail social .....</i>	<i>58</i>
<i>Annexe 3 – Les facteurs de risque et de protection.....</i>	<i>59</i>
<i>Annexe 4 – Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux et référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme .....</i>	<i>62</i>
<i>Annexe 5 – Cadre d'analyse de l'OTSTCFQ.....</i>	<i>64</i>
<i>Annexe 6 – Entente de service.....</i>	<i>65</i>
<i>Annexe 7 – Description des professions.....</i>	<i>66</i>
<i>Annexe 8 – Méthodologie de rédaction de notes selon OTSTCFQ et plan d'intervention .....</i>	<i>68</i>
<i>Annexe 9 – Classification des problèmes cibles selon la typologie de Reid et Epstein .....</i>	<i>70</i>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AAOR	Accueil Analyse Orientation et Référence
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CO	Conseiller en orientation
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ÉOSS	Équipe d'organisation des soins et services
FABO	Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Noter dans le système informatique du Centre local de services communautaires
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PI	Plan d'intervention
PPI	Plan d'intervention individualisé
PSI	Plan de service individualisé
PL 21	Projet de loi 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale
P-38	Projet de loi P-38 : Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
SIC	Systèmes d'information clientèle
TCF	Thérapeutes conjugaux et familiaux
TTS	Technicien en travail social
TS	Travailleur social

# 1. Introduction

La fusion de plusieurs établissements en un seul Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) au sein de la Capitale-Nationale a fait naître de grands changements organisationnels dans notre établissement et dans notre réseau. Entre autres, la création de la Direction des services multidisciplinaires, laquelle s'est vu confier la responsabilité des services psychosociaux généraux, est porteuse de la mise en place des orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Dans le cadre actuel des services de santé et services sociaux, les services psychosociaux généraux constituent l'une des portes d'entrée principales pour accéder aux services du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour l'ensemble de la population desservie sur son territoire se dressant de Portneuf à Charlevoix. Ainsi, afin de poursuivre ce mandat premier et d'assurer l'accessibilité rapide des services à la population, tout en favorisant une adaptation cohérente entre les services déjà existants dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), un comité de travail a été mis sur pied afin d'harmoniser les différents processus des services d'accueil analyse orientation et référence (AAOR) et de consultation sociale.

Les périodes de changements peuvent amener aussi des opportunités très intéressantes pour favoriser l'amélioration des services et le rehaussement des pratiques professionnelles dans une perspective d'innovation. C'est ainsi que des TS des équipes de services psychosociaux généraux des différents CLSC (Portneuf à Charlevoix) ont été regroupés en septembre 2016, ayant pour dessein d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services pour l'utilisateur. C'est dans le cadre de cette équipe-projet que l'objectif de créer des standards de pratique du travail social aux services psychosociaux généraux, mission CLSC et nouvellement Groupe de médecine de famille (GMF), a vu le jour.

## 2. Objectifs

Le présent document se veut un outil de travail pertinent et efficace pour les TS œuvrant au sein des services psychosociaux généraux, qu'ils soient en CLSC ou en GMF. Il vise l'émergence d'une pratique sécuritaire et de qualité, à renforcer l'identité professionnelle des TS dans le cadre de leurs fonctions d'accès et de consultation sociale, à baliser les interventions au sein du programme, à soutenir les professionnels dans leur pratique clinique, à soutenir le développement, le maintien et l'amélioration du jugement clinique et de l'opinion professionnelle et finalement à favoriser une reconnaissance et une harmonisation de la pratique au sein de l'établissement ainsi qu'à faciliter l'intégration des nouveaux employés et le transfert des connaissances.

Ces standards se doivent également d'être cohérents avec les orientations ministérielles actuelles, avec les valeurs ainsi qu'avec le code d'éthique de l'Organisation, le référentiel des compétences de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) ainsi que ses normes et son code de déontologie.

En somme, ces standards de pratique pour les TS favoriseront :

- Une utilisation judicieuse des compétences des TS en cohérence avec le principe d'accessibilité compétente formulé par la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale (anciennement PL21);
- Une meilleure accessibilité aux services;
- Une équité dans l'offre de service;
- Une meilleure continuité des services;
- Une utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles;
- Une collaboration interprofessionnelle optimale;
- Une reconnaissance de l'expertise des services psychosociaux généraux.

### 3. La pratique en travail social

L'expertise des TS est incontournable lorsqu'il s'agit d'évaluer et de contribuer au rétablissement du fonctionnement social de la personne, en étroite collaboration avec son milieu pour favoriser le développement optimal de la personne en interaction avec ses proches, son représentant légal et ce qui compose son environnement (OTSTCFQ, Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux, 2012). Il s'agit du fondement et de la finalité de la pratique sociale qui s'appuie sur des valeurs de respect de la dignité, de croyance en l'être humain, de respect des droits et croyance en la capacité humaine à se développer. Favoriser et renforcer le pouvoir d'agir de l'individu sur sa situation personnelle en mobilisant les forces de la personne et de son environnement provient de l'essence même du travail social. Le TS des services psychosociaux généraux s'imprègne de ces valeurs et les incarne dans son travail quotidien.

Soucieux de faire respecter les droits de l'utilisateur, il demeure à l'affût des situations qui pourraient porter atteinte à la sécurité de la personne et aux droits fondamentaux des deux Chartes des droits et libertés de la personne, ainsi que du Code civil du Québec. Les TS doivent agir dans divers contextes d'intervention, allant du plus simple au plus complexe. Les enjeux de protection des personnes sont centraux dans la pratique sociale. Les TS ont le devoir et la responsabilité d'identifier les besoins de protection des usagers, d'appliquer des mesures appropriées afin d'assurer la mise en place de ces dernières.

Les TS des services psychosociaux généraux ont la responsabilité de répondre à toute personne qui s'adresse à eux pour obtenir du soutien relatif à un besoin social ou psychologique. Ainsi, le TS se doit d'accueillir l'utilisateur, d'analyser sa demande pour cibler son besoin prioritaire et de l'orienter vers les services appropriés. Pour ce faire, il peut procéder à une référence pour répondre à ses besoins ou assurer le suivi en consultation sociale. En ce sens, les services doivent être adaptés à une diversité de problèmes sociaux et psychologiques allant des problèmes courants ou transitoires jusqu'aux problèmes sévères et aux situations de crise à risque pour l'utilisateur et son réseau. La consultation sociale, pour sa part, vise l'amélioration du fonctionnement social des personnes en favorisant l'atteinte des objectifs de changement et la réponse aux besoins sociaux. Elle soutient principalement les personnes qui présentent des problèmes ponctuels et situationnels de fonctionnement social ou de la dynamique des systèmes relationnels conjugués et familiaux.

Devant une aussi grande diversité de problématiques, le TS se doit de développer des connaissances concernant une grande variété de problèmes sociaux. Pouvant être défini comme responsable de l'évaluation des besoins d'une clientèle mixte et très diversifiée, il détient une connaissance importante de tous les programmes pouvant aider face à ces besoins et également des partenaires externes qui peuvent être mis à contribution dans le rétablissement de la personne. Ainsi, le TS possède une variété d'approches et de techniques d'intervention en travail social lui permettant de répondre aux différentes problématiques rencontrées et d'intervenir en suivi bref (12 rencontres et moins) auprès d'une clientèle diversifiée. Finalement, les TS des services psychosociaux généraux sont au premier rang lorsqu'il est question de dépistage, de prévention et de sensibilisation auprès des clientèles vulnérables afin d'offrir un filet de sécurité leur permettant ultérieurement d'obtenir du soutien en temps opportun.

## Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale (anciennement PL 21)

Adopté en juin 2012, le projet de loi 21 redéfinit et balise le champ d'exercice de diverses professions, dont celle des TS. En vertu de l'article 37 (d) du Code des professions, les TS furent légitimés d'exercer les activités professionnelles suivantes :

« Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement. »

De plus, « l'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités » font partie de l'exercice de la profession des TS dans la mesure où elles sont reliées aux activités professionnelles de ces derniers (OTSTCFQ, mai 2012).

Activités professionnelles réservées et partagées (PL 21)	Acte réservé TS	Acte partagé	Professionnels impliqués	Commentaires
Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité.		✓	Travailleur social Psychologue TCF CO Psychoéducateur Ergothérapeute Infirmière Médecin	Activité réalisée par le biais d'une évaluation disciplinaire (pour le TS, il s'agit de l'évaluation du fonctionnement social).  <i>Cette activité est réalisée aux services psychosociaux généraux dans le cadre de la consultation sociale.</i>
Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la « Loi sur la protection de la jeunesse ».		✓	Travailleur social Psychoéducateur	Activité réalisée du côté de la Direction de la jeunesse, volet DPJ (signalement).
Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la « Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents ».		✓	Travailleur social Psychologue Psychoéducateur	Activité réalisée par le biais d'une évaluation disciplinaire (pour le TS, il s'agit de l'évaluation du fonctionnement social) dans 3 contextes précis : rapport pré décisionnel, participation à des mesures extrajudiciaires et l'examen du manquement des mesures imposées.  À la demande du tribunal, un rapport peut, dans le cadre d'une ordonnance, comporter un aspect médical exclusivement réservé au médecin.
Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès.		✓	Travailleur social Psychologue TCF	Activité réalisée par le biais d'une évaluation disciplinaire (pour le TS, il s'agit de l'évaluation du fonctionnement social).

Activités professionnelles réservées et partagées (PL 21)	Acte réservé TS	Acte partagé	Professionnels impliqués	Commentaires
Évaluer une personne qui veut adopter un enfant.		✓	Travailleur social Psychologue TCF	Activité réalisée par le biais d'une évaluation disciplinaire (pour le TS, il s'agit de l'évaluation du fonctionnement social). L'évaluation s'applique aux situations d'adoption d'enfants nés au Québec et hors Québec.  Cette activité est réalisée du côté de la Direction de la jeunesse, volet DPJ.
Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant.	✓		Travailleur social	Évaluation psychosociale réalisée par le TS tel que prévu dans la loi. D'autres professionnels peuvent être contributifs dans la collecte de données préalable selon la situation (ex : ergothérapeute).  Le médecin procède à l'évaluation médicale.  <i>Cette activité est réalisée aux services psychosociaux généraux lorsque requis. Voir fiche p.41</i>
Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.		✓	Travailleur social Psychoéducateur	Cette activité est réalisée du côté de la Direction de la jeunesse.
Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.		✓	Travailleur social Psychologue Psychoéducateur Ergothérapeute Infirmière Médecin Orthopédagogue	Activité réalisée par le biais d'une évaluation disciplinaire (pour le TS, il s'agit de l'évaluation du fonctionnement social).  Cette activité est réalisée du côté de la Direction de la jeunesse, dans la trajectoire retard de développement, par la cellule interprofessionnelle jeunesse.  <i>Le Ts des services psychosociaux généraux y est contributif lorsque pertinent (ex : lien déjà établi avec la famille).</i>

Activités professionnelles réservées et partagées (PL 21)	Acte réservé TS	Acte partagé	Professionnels impliqués	Commentaires
Décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux » (chapitre S-4.2) et de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris » (chapitre S-5).		✓	Travailleur social Psychologue Psychoéducateur Ergothérapeute Infirmière Médecin	Contexte d'intervention thérapeutique en santé mentale y compris dans les établissements exploitant un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ou des unités de soins de longue durée.
Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux » (chapitre S-4.2) et de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris » (chapitre S-5).		✓	Travailleur social Psychologue Psychoéducateur Ergothérapeute Infirmière Médecin	Contexte d'intervention thérapeutique en santé mentale y compris dans les établissements exploitant un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ou des unités de soins de longue durée.

## La marque distinctive de la profession

Le guide explicatif : « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2013) », précise que le TS évalue le fonctionnement social dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement, en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne. Cette personne peut être un individu, un couple, une famille, un groupe ou une collectivité.

Le fonctionnement social réfère aux capacités de la personne à :

- Assurer sa sécurité;
- Chercher l'aide dont elle a besoin;
- Réaliser ses activités de la vie quotidienne et de la vie domestique;
- Prendre des décisions;
- Accomplir ses rôles sociaux;
- Établir ou entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes;
- Donner un sens à sa vie.

Les TS pratiquant aux services psychosociaux généraux pourraient devoir exercer, selon les situations, les deux activités réservées et partagées suivantes, soit :

- Évaluer le fonctionnement social d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant (activité réservée aux TS ou aux techniciens en travail social (TTS) autorisés sur une base transitoire);

## Une finalité particulière

La finalité de la pratique du TS est l'atteinte d'un équilibre entre les besoins d'une personne ou d'une collectivité et la capacité de l'environnement à répondre à ces besoins. Le résultat poursuivi est de renforcer le pouvoir d'agir des personnes dans leurs relations interpersonnelles, l'accomplissement de leurs rôles sociaux et l'exercice de leurs droits individuels et sociaux (Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, 2013.)

Les TS des services psychosociaux généraux sont appelés, à un moment ou à un autre et selon les situations, à jouer divers rôles dans cette interaction entre les usagers et leur environnement. Le tableau suivant illustre cette diversité :

### Activités et rôles des travailleurs sociaux dans les transactions personne-environnement<sup>1</sup>

Rôle	Personne	Famille	Petit groupe	Institution	Communauté
Conseiller	Conseil	Thérapie familiale	Thérapie de groupe	Consultation Supervision	Consultation Organisation communautaire
Formateur / Éducateur	Enseignement	Éducation familiale	Ateliers d'apprentissage	Développement organisationnel	Planification sociale Animation
Intermédiaire / Courtier	Permanence Accueil	Information	Entraide	Réseau	Concertation
Médiateur / Négociateur	Médiation sociale	Médiation familiale	Médiation intergroupe	Arbitrage Négociation	Interlocution
Défenseur / Avocat	Défense	Défense	Apprentissage Éducation Consultation	Dossiers techniques	Intercession
Protecteur / Tuteur	Prise en charge	Suivi familial	Thérapie coercitive obligatoire	Contrôle	Démarches légales ou judiciaires

---

<sup>1</sup> Hernandez et al., 1985, Integrated Practice: An Advanced Generalist Curriculum to Prepare Social Problem Specialist.

## 4. Les standards ministériels

### AAOR<sup>2</sup>

Les services psychosociaux généraux constituent l'une des portes entrées du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui a trait aux demandes de service de nature sociale ou psychologique. En ce sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) les qualifie d'ailleurs de « porte d'entrée principale ». Ces services sont offerts en CLSC, en GMF ou encore à Info-Social (811) et sont en réponse à une demande présentée directement par la personne concernée ou par un proche. Les services d'AAOR sont offerts au téléphone ou en personne, sans rendez-vous selon les points de service et les besoins de la personne. L'objectif de ce programme est de permettre l'accès facile et rapide aux services psychosociaux généraux et d'identifier les problématiques sous-jacentes pour diriger les personnes vers les services les plus appropriés dans leur situation.

Les services d'AAOR comprennent 4 grandes étapes<sup>3</sup>, soit : l'accueil, l'analyse des informations, l'orientation et la référence de la personne qui requiert les services.

Par l'accueil, le TS s'assure du premier contact avec l'utilisateur qui fait appel aux services. Il procède à la collecte des informations relatives à la situation problématique, aux attentes et aux forces de la personne et de son milieu, ainsi qu'aux raisons et aux circonstances de la demande. Le TS doit également s'assurer que l'utilisateur sera accueilli de façon chaleureuse, dans le respect de l'individu, sous confidentialité et sans discrimination ni préjugé.

L'analyse consiste à chercher le sens et la signification des informations recueillies afin de cerner avec justesse la nature des problèmes et des besoins de la personne et permettre de bien clarifier sa demande. À cette étape, le TS doit notamment apprécier le degré d'urgence de la situation, identifier les facteurs de risque pouvant mener à des difficultés plus importantes, explorer les facteurs de protection et les forces de l'utilisateur dans le but de déterminer avec lui son besoin prioritaire.

L'orientation permet d'explorer avec la personne, des pistes de solution et des stratégies d'aide appropriées à sa situation, de même que lui offrir une réponse à ses questions. À cette étape, le TS a la responsabilité de faire part à l'utilisateur de son analyse de la situation, de lui présenter les options possibles de même que les bénéfices et inconvénients potentiels afin de convenir d'une orientation qui tienne compte des valeurs et préférences de la personne. L'intervenant doit donc fournir l'information factuelle nécessaire sur les services disponibles au CLSC / GMF, dans la communauté ou dans tout autre lieu ou établissement lorsque jugé approprié.

La référence consiste à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus adéquat pour l'aider à résoudre ses difficultés. Pour diriger la personne vers les programmes services de l'établissement, une référence est effectuée au moyen du formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation [FABO] (Annexe 1). Lorsque la personne est dirigée vers des services externes, le rôle du TS est de s'assurer que cette personne a la capacité de faire elle-même ses démarches auprès des ressources identifiées. Advenant un doute sur la capacité de celle-ci, il est de la responsabilité du TS d'offrir l'accompagnement nécessaire permettant d'assurer l'accès aux services ciblés.

---

<sup>2</sup> Le présent texte est tiré et adapté du Guide ministériel « Services sociaux généraux, Offre de service, MSSS, 2013. »

<sup>3</sup> Services sociaux généraux, Offre de service, MSSS, 2013, fiche 1, page 60.

Notons également que les orientations privilégiées par le MSSS en ce qui concerne les services psychosociaux généraux sont regroupées sous cinq attributs de services soit : les standards d'accessibilité, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience.

#### **STANDARDS D'ACCESSIBILITÉ**

- Les services d'AAOR sont accessibles à la population de l'ensemble du territoire, dans les locaux des CLSC, par téléphone ou en personne, dans plusieurs installations, et ce, de jour, de soir et un certain nombre d'heures les fins de semaine. Ces services peuvent exceptionnellement être offerts à domicile lorsque le TS le juge nécessaire afin de compléter son analyse du besoin prioritaire;
- Les services d'AAOR sont accessibles sans rendez-vous, dans un délai n'excédant pas 2 heures pour une demande de rencontre en personne et 24 heures pour une demande téléphonique. L'analyse de la demande doit être rédigée dans les 10 jours suivant sa réception alors que toute situation considérée urgente doit être traitée de façon immédiate ou au plus tard, dans les 24 heures selon le degré d'urgence.

#### **STANDARDS DE CONTINUITÉ**

- Procéder à l'arrimage des services selon les critères et modalités des références nécessaires permettant de s'assurer que la personne puisse accéder aux services requis selon ses besoins;
- L'arrimage de ces services est établi de façon à protéger les renseignements personnels et en utilisant les outils légaux permettant de communiquer tous renseignements relatifs à la personne en conformité avec les articles 17 à 27.3 de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS);
- Des ententes de services, de collaboration et de partenariat conforme au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services* sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention de l'AAOR, ainsi que les ententes avec les organismes communautaires. Des moyens pour assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles sont aussi mis en œuvre.

#### **STANDARDS DE QUALITÉ**

- La qualité des pratiques cliniques par l'utilisation d'approches reconnues comme étant efficaces, de même que l'utilisation d'outils cliniques adaptés au contexte d'intervention;
- La formation et la mise à jour des compétences par un programme structuré de formation axé sur les différents problèmes rencontrés et les nouveaux modes de pratique en vigueur;
- L'encadrement clinique par la supervision des intervenants de façon régulière et par la consultation clinique suivant les besoins du contexte d'intervention à l'AAOR;
- Les outils et instruments de travail accessibles par les répertoires de ressources, les outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention d'AAOR, la connaissance des offres de services des différents programmes internes et partenaires, ainsi que l'équipement technologique adéquat.

#### **STANDARDS D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE**

- Les délais prescrits ainsi que les ententes de service ou de collaboration et de partenariat sont respectés;
- Le service d'AAOR s'inscrit de façon cohérente avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CIUSSS de la Capitale-Nationale, mission CLSC.

## RÉSUMÉ DES STANDARDS MINISTÉRIELS (DÉLAIS) : AAOR

<b>Délai maximal avant qu'un intervenant établisse le premier contact avec la personne qui se présente pour formuler une demande</b>  En tout temps et selon le degré d'urgence, les services d'Info-Social (811) sont disponibles par téléphone à même l'endroit où se présente la personne qui attend qu'un intervenant des services psychosociaux généraux se libère.	2 heures
<b>Délai maximal avant que l'intervenant établisse un retour d'appel à la suite de la présentation de la demande par téléphone</b>	24 heures
<b>Délai maximal avant que l'intervenant traite toute situation considérée urgente</b>	24 heures selon le degré d'urgence
<b>Délai maximal pour compléter la demande suivant la réception de celle-ci par téléphone ou en personne</b>	10 jours

### Consultation sociale<sup>4</sup>

Le service de consultation sociale est offert par des TS sur rendez-vous. Il se réalise principalement dans le milieu de travail et pourrait être effectué au domicile de la personne dans certaines situations jugées exceptionnelles. Il est en réponse à une référence effectuée par le service d'AAOR, un référent en GMF (selon le site où le TS exerce), le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 Info-Social, ou un autre programme du CLSC.

Le service de consultation sociale est accessible aux personnes qui sont aux prises avec des problèmes ponctuels et situationnels dans leur fonctionnement social ou de la dynamique des systèmes relationnels conjugaux et familiaux. Ces difficultés amènent les personnes à requérir des services sociaux généraux en contexte individuel, de couple ou familial.

Le service de consultation sociale comprend des activités d'intervention sociale qui visent à soutenir les usagers dans l'amélioration de leur fonctionnement social par l'atteinte de leurs objectifs de changement et par la réponse à leurs besoins sociaux et communautaires. Ce service est un processus qui implique plusieurs activités planifiées, allant de la prise de contact à la planification et à la réalisation d'interventions sociales court terme.

Des activités d'intervention familiale et conjugale peuvent être également offertes dans les services de consultation sociale. Elles visent l'amélioration des modes de communication dans le but de favoriser chez la personne de meilleures relations dans le système conjugal et familial. Cette intervention s'effectue dans une perspective dynamique, c'est-à-dire en tenant compte des forces et difficultés qui maintiennent ou compromettent l'équilibre actuel et en misant sur les éléments susceptibles de les remettre en mouvement. Ce service implique aussi la prise de contact, la détermination et la planification des interventions visant l'atteinte des objectifs fixés. Il ne s'agit pas ici de services spécialisés ni de thérapie conjugale et familiale, mais bien d'interventions ciblées et circonscrites dans le temps ayant pour objectif de rétablir un équilibre dans la dynamique familiale évaluée.

---

<sup>4</sup> Le présent texte est tiré et adapté du Guide ministériel « *Services sociaux généraux, Offre de service, MSSS, 2013.* »

Dans un contexte de consultation sociale, les approches préconisées se doivent d'être de courte durée, puisque les suivis n'excèdent généralement pas 12 rencontres. Exceptionnellement, l'intervention peut se poursuivre au-delà du terme initialement convenu. Le plan d'intervention devra alors être révisé en conséquence et le TS s'assurera que son suivi s'inscrit dans l'offre de services de la consultation sociale.

En tout temps en cours de suivi, si le recours à d'autres ressources est jugé nécessaire, l'utilisateur sera redirigé vers celles-ci. Ainsi, le TS a la responsabilité de s'assurer que l'utilisateur comprend l'orientation et qu'il a la capacité de faire lui-même les démarches vers les services ciblés. Dans l'éventualité où il aurait un doute à cet effet, il est de la responsabilité de l'intervenant d'offrir à la personne les mesures appropriées afin qu'elle puisse accéder au service requis. Si le TS croit que l'utilisateur devrait être référé vers un programme service du CLSC, il se doit de compléter la référence nécessaire dans les meilleurs délais afin que l'utilisateur puisse bénéficier de ce service.

Tel qu'indiqué dans les orientations privilégiées par le MSSS, le service de consultation sociale comporte cinq attributs de services, soit : les standards d'accessibilité, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience.

#### **STANDARDS D'ACCESSIBILITÉ**

- Les services de consultation sociale sont accessibles à la population de l'ensemble du territoire, dans les locaux des CLSC ou à domicile de manière exceptionnelle, et ce, de jour, de soir et un certain nombre d'heures les fins de semaine;
- Les services de consultation sociale sont accessibles sur rendez-vous. Le premier contact par l'intervenant doit être établi avec la personne dans un délai n'excédant pas 7 jours (ouvrables) et l'amorce du suivi ne doit pas excéder 30 jours suivant l'acceptation de la demande de service. Toute situation considérée urgente doit être traitée de façon immédiate ou au plus tard dans les 24 heures selon le degré d'urgence.

#### **STANDARDS DE CONTINUITÉ**

- L'arrimage des services selon les critères et modalités des références nécessaires permettant de s'assurer que la personne puisse accéder aux services de consultation sociale. Un plan de service individualisé (PSI) est élaboré dans les situations qui l'exigent;
- L'arrimage des services est effectué de façon à protéger les renseignements personnels et en utilisant les outils légaux permettant de communiquer tout renseignement relatif à la personne en conformité avec les articles 17 à 27.3 de la LSSSS;
- Des ententes de services, de collaboration et de partenariat conforme au *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services* sont conclues suivant les besoins du contexte d'intervention de la consultation sociale, ainsi que les ententes avec les organismes communautaires. Des moyens pour assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités sont aussi mis en œuvre.

#### **STANDARDS DE QUALITÉ**

- La qualité des pratiques cliniques par l'utilisation d'approches reconnues et efficaces et d'outils cliniques adaptés au contexte d'intervention. Un plan d'intervention (PI) est disponible au dossier pour chaque personne et la durée maximale des interventions prévues est de 12 rencontres;
- La formation et la mise à jour des compétences par un programme structuré de formation axé sur les différents problèmes rencontrés et les nouveaux modes de pratique en vigueur;
- L'encadrement clinique peut être fait par la supervision des intervenants de façon régulière et par la consultation clinique suivant les besoins du contexte d'intervention de la consultation sociale;
- Les outils et instruments de travail doivent être accessibles par les répertoires de ressources, les outils cliniques reconnus et adaptés au contexte d'intervention de la consultation sociale, la connaissance des

offres de services des différents programmes et partenaires ainsi que l'équipement technologique adéquat.

#### STANDARDS D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE

- Les délais prescrits ainsi que les ententes de service ou de collaboration et de partenariat sont respectés;
- Le service de consultation sociale s'inscrit de façon cohérente avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CIUSSS de la Capitale-Nationale, mission CLSC.

#### RÉSUMÉ DES STANDARDS MINISTÉRIELS (DÉLAIS) : CONSULTATION SOCIALE

Délai maximal avant qu'un intervenant établisse le premier contact à la suite de l'acceptation de la demande dans le cadre des services sociaux généraux	7 jours <sup>5</sup>
Délai maximal avant que l'intervenant débute le suivi avec la personne à la suite de l'acceptation de la demande dans le cadre des services sociaux généraux	30 jours
Délai maximal avant que l'intervenant traite toute situation considérée urgente	24 heures selon le degré d'urgence
Respect de la durée du service	12 rencontres ou moins

#### Rôles et responsabilités reliés à ces standards de pratique

Ces standards de pratique font appel à plusieurs acteurs pour leur pleine actualisation, soit la Direction des services multidisciplinaires, le conseiller-cadre en travail social, le chef de service, le coordonnateur professionnel et le TS.

La Direction des services multidisciplinaires s'engage à :

- ✓ Exercer un leadership clinique et administratif;
- ✓ Soutenir les gestionnaires et les équipes dans l'implantation et l'appropriation des standards de pratique;
- ✓ Travailler en collaboration avec les autres directions de programme pour la mise en place et le maintien des standards de pratique;
- ✓ Analyser, trouver les solutions avec les partenaires pour diminuer les lourdeurs administratives n'ayant pas de valeur ajoutée pour les professionnels et les usagers;
- ✓ Assurer la formation et le soutien clinique requis aux professionnels;
- ✓ Mettre en place les conditions organisationnelles et administratives permettant d'assurer le succès de l'implantation des standards de pratique inhérents aux attentes ministérielles et les compétences des TS.

---

<sup>5</sup> Les délais sont calculés à partir du moment où la demande est attribuée, selon les normes ministérielles en vigueur.  
Offre de service : Services psychosociaux généraux, Québec, MSSS, 2013, fiches 1 et 4.

Le chef de service s'engage à :

- ✓ Exercer une gestion par processus<sup>6</sup> dans un esprit de gestion réinventée selon les besoins des usagers des secteurs qu'il dessert;
- ✓ Soutenir les équipes dans l'implantation et l'appropriation des standards de pratique;
- ✓ Travailler en collaboration avec le coordonnateur professionnel de ses secteurs;
- ✓ Assurer la mise en place et le maintien d'une gestion de proximité afin d'assurer le suivi clinico-administratif auprès des intervenants;
- ✓ Soutenir les équipes dans les besoins de formation et de développement des pratiques professionnelles;
- ✓ Travailler en collaboration avec les chefs de service des autres programmes pour la mise en place et le maintien des standards de pratique;
- ✓ Collaborer à l'analyse et soutenir les mesures facilitantes pour diminuer les activités administratives;
- ✓ Mettre en place les conditions administratives permettant d'assurer le succès de l'implantation des standards de pratique inhérents aux attentes ministérielles et les compétences des TS.

Le conseiller-cadre en travail social s'engage à :

- ✓ Exercer un leadership clinique en travail social;
- ✓ Soutenir les chefs de service dans l'implantation et l'appropriation des standards de pratique;
- ✓ Travailler en collaboration avec le coordonnateur professionnel;
- ✓ Proposer le développement et la mise à jour d'outils de travail spécifiques au travail social;
- ✓ Collaborer à l'analyse des besoins de formations cliniques;
- ✓ Analyser les écarts de pratique;
- ✓ Proposer des pistes de solutions cliniques afin d'améliorer les services aux usagers;
- ✓ Déterminer des standards de pratique inhérents aux attentes ministérielles et les compétences des TS.

Le coordonnateur professionnel s'engage à :

- ✓ Travailler en étroite collaboration avec les chefs de service;
- ✓ Exercer un leadership clinique en collaboration avec les conseillères-cadres;
- ✓ Soutenir les TS dans l'implantation et l'appropriation des standards de pratique;
- ✓ Travailler en collaboration avec les conseillères-cadres en travail social en ce qui a trait à la formation et le soutien clinique;
- ✓ Offrir un soutien clinique d'accompagnement auprès des TS;
- ✓ Accompagner les intervenants dans la gestion et/ou la résolution de situations cliniques complexes et/ou requérant un soutien ou une validation professionnelle;
- ✓ Assurer la mise en place, coordonner et animer des groupes de soutien et de développement à la pratique professionnelle ainsi que d'autres modalités de soutien clinique reconnues par la DSM.
- ✓ Favoriser la mobilisation des TS vers des projets rassembleurs visant le développement et l'harmonisation des pratiques interdisciplinaires et l'autonomie professionnelle.

---

<sup>6</sup> La gestion par processus s'appuie sur une vision transversale et holistique qui englobe toutes les ressources de l'organisation et qui met l'accent sur la complémentarité et l'interdépendance des activités. Le travail s'organise ainsi autour d'un flux d'activités à valeur ajoutée pour l'utilisateur. La responsabilité du résultat final est partagée par tous les acteurs, puisque l'exécution est confiée à une équipe qui se partage les rôles et non à des individus aux tâches déterminées. L'aspect d'amélioration continue et d'optimisation est au cœur de la gestion par processus.

Traduction libre de : JASMIN, É. (2013). Gestion par processus et optimisation des processus.

Le TS des services psychosociaux généraux s'engage à :

- ✓ Répondre au besoin prioritaire des usagers par l'accueil et l'analyse de leur situation;
- ✓ Évaluer le fonctionnement social de la personne et partager les fruits de cette évaluation avec celle-ci;
- ✓ Distinguer la demande de l'utilisateur de ses besoins réels en fonction de son jugement clinique et en respect des standards de pratique;
- ✓ Établir une alliance thérapeutique avec les usagers;
- ✓ Actualiser une approche participative avec les usagers et s'assurer de leur consentement libre et éclairé;
- ✓ Orienter et référer les usagers vers les services requis;
- ✓ Adapter et développer sa pratique clinique afin de respecter les standards de pratique de services psychosociaux généraux;
- ✓ Travailler en collaboration avec les professionnels des différents programmes et autres partenaires;
- ✓ Travailler en équipe dans une optique d'amélioration constante de l'accès aux services des usagers;
- ✓ Utiliser les ressources à sa disposition pour développer sa pratique professionnelle, notamment la consultation des Guides d'intervention d'Info Social [GIIS] et le soutien de son coordonnateur professionnel;
- ✓ Participer activement aux formations proposées;
- ✓ Développer de manière autonome sa pratique professionnelle tel que requis par l'OTSTCFQ;
- ✓ Collaborer avec son gestionnaire pour offrir une prestation de services adaptée, interprofessionnelle, performante et de qualité.

## 5. Le travailleur social dans les services psychosociaux généraux

Lorsque l'utilisateur se présente au CLSC ou en GMF pour une demande psychosociale, il sera dirigé vers le TS des services psychosociaux généraux. Ce dernier accueille l'utilisateur, analyse sa situation en fonction de son besoin prioritaire, l'oriente, le réfère et l'accompagne si requis vers le bon service. Toujours selon le besoin, le TS peut également effectuer une évaluation du fonctionnement social pour amorcer un suivi de consultation sociale. Ces différentes étapes du processus clinique en travail social seront abordées dans cette section du document. Il importe d'abord de se rappeler que le TS doit en tout temps situer son intervention dans ce processus clinique structuré et planifié (voir Annexe 2). De plus, ce processus peut être réalisé du début à la fin par un même professionnel, ou encore être amorcé aux services psychosociaux généraux puis poursuivi dans un autre service. Dans tous les cas, les professionnels s'assurent de la continuité clinique en collaborant entre eux et en appréciant les informations déjà recueillies auprès de l'utilisateur afin d'éviter les répétitions.

### 5.1. Processus clinique en travail social

<p><b>La demande de services et l'analyse</b> (voir section 5.2)</p> <p>Prendre connaissance de la référence selon sa provenance ;          Entrevue initiale avec l'utilisateur et/ou sa famille (système client);          Analyser la demande en identifiant le besoin prioritaire;          Présenter les options possibles à l'utilisateur et convenir de l'orientation avec lui;          Référer et accompagner au besoin vers un autre programme ou service.</p>	<p>Sur réception de la demande</p>
<p><b>L'évaluation du fonctionnement social</b> (voir section 5.3)</p> <p><i>Lorsque le besoin prioritaire peut être répondu en consultation sociale :</i></p> <p>Obtenir le consentement de l'utilisateur (ne s'applique pas si l'utilisateur n'est pas en mesure de consentir, appliquer le consentement substitué);          Effectuer la collecte de données afin de procéder à la rédaction de l'évaluation du fonctionnement social ou encore apprécier l'évaluation actuelle et réalisée il a moins de six (6) mois;          Estimer le degré de dangerosité (facteurs de risque, vulnérabilité, facteurs aggravants et de protection);          Analyser la situation et formuler une opinion professionnelle (positionnement professionnel) en s'appuyant par une source scientifique;          Partager son opinion professionnelle et ses recommandations avec l'utilisateur.</p>	<p>Délai maximum de 7 jours pour la prise de contact avec l'utilisateur</p>
<p><b>Le plan d'intervention (PI, PII, PSI, PSII)</b> (voir section 5.4)</p> <p>Déterminer des objectifs (un à trois objectifs) avec l'utilisateur;          Établir les stratégies ou moyens d'intervention;          Déterminer les indicateurs d'atteinte des résultats avec l'utilisateur;          Présenter et faire signer le plan d'intervention à l'utilisateur;          Procéder à la réévaluation au besoin.</p>	<p>Délai maximum de 30 jours pour débuter le suivi</p>
<p><b>Le suivi</b> (voir section 5.5)</p> <p>Appliquer le plan d'intervention;          Établir la fréquence et la durée des interventions;          Suivi de l'évolution de l'état de l'utilisateur;          Évaluer l'efficacité des interventions et ajuster selon l'évolution clinique.</p>	<p>Délai maximum de 12 rencontres</p>
<p><b>La cessation du suivi</b> (voir section 5.6)</p> <p>Révision finale du PI avec le client et bilan du suivi effectué;          Sommaire de fermeture à rédiger, indiquer le motif de fermeture en lien avec le PI (sous forme de note au dossier ou sur un formulaire prévu à cet effet);          Transfert personnalisé, au besoin, selon l'orientation privilégiée si l'utilisateur doit être référé vers un autre programme.</p>	<p>Dernière rencontre</p>

## 5.2. La demande de service et l'analyse

Dans ses fonctions d'accès, le TS des services psychosociaux généraux peut recevoir une nouvelle demande par l'entremise d'une référence, par exemple réalisée par un médecin ou provenant du service Info-social et Info-santé, ou lorsque l'utilisateur se présente directement pour recevoir de l'aide. Le TS s'assure alors de valider le motif de référence et la demande de l'utilisateur, qui peuvent parfois différer. Il recueille les données pertinentes pour analyser le besoin prioritaire. Pour se faire, il considère à la fois les savoirs expérientiels de l'utilisateur, ses savoirs cliniques comme professionnel ainsi que différents outils visant à documenter le besoin de l'utilisateur.

L'analyse reflète la compréhension qu'a le TS de la situation, celle-ci évoluant durant son intervention. Le professionnel doit donc faire l'exercice de façon continue durant le processus clinique. L'OTSTCFQ (2012, p.11) identifie d'ailleurs l'analyse comme une compétence transversale de base de la pratique en travail social, puisqu'elle réfère à la «capacité de porter un jugement professionnel éclairé et crédible sur la nature des rapports entre les personnes et leurs contextes de vie». L'analyse expose ainsi les impacts du problème sur la capacité de la personne à répondre à ses besoins fondamentaux et à exécuter ses rôles sociaux. Elle doit mettre en lumière les besoins non répondus ou conséquences d'une altération du fonctionnement social non compensée par l'environnement. Les facteurs de risque et de protection doivent faire partie explicitement de l'analyse (voir Annexe 3). L'analyse n'est pas seulement un résumé, car elle :

*«reflète la compréhension de la situation de la personne par le travailleur social. Ce dernier formule alors des hypothèses cliniques à partir desquelles le plan ou les stratégies d'intervention sont développés. Il partage son analyse de la situation avec elle pour donner un sens aux faits, aux informations ainsi qu'aux observations. [...] De plus, le professionnel différencie les faits des présuppositions. Les présuppositions ne s'appuient pas sur un fait et un manque d'information empêche de les confirmer ou de les infirmer (Timberlake et coll.2008) <sup>7</sup>»*

L'analyse se distingue de l'opinion professionnelle, puisque l'analyse est le processus réflexif qui sous-tend cette opinion. L'une comme l'autre font ainsi appel à l'exercice du jugement professionnel. L'analyse consiste en une synthèse des éléments significatifs de la situation sociale, où le TS dégage leurs influences sur le fonctionnement social de la personne. À la lumière de son analyse, le TS se forge une opinion professionnelle et émet des recommandations en se positionnant sur les problèmes et leur gravité, que viseront les stratégies ou le plan d'intervention. Cette opinion professionnelle le guidera et évoluera durant le processus clinique en fonction de l'analyse qu'il effectue de façon continue.

En résumé :

- Toute situation présentée à un TS doit être systématiquement analysée par ce dernier, puisqu'il s'agit avant tout d'une compétence transversale qu'il actualise en tout temps dans sa pratique;
- En plus d'être communiquée à l'utilisateur, cette analyse est explicitée au dossier, soit dans une note évolutive, un formulaire d'analyse ou un rapport d'évaluation selon l'étape du processus clinique;
- L'analyse, ainsi que l'opinion professionnelle, sont des sections devant obligatoirement se trouver dans une évaluation du fonctionnement social;

DONC ☞ L'analyse n'est pas rédigée uniquement dans une évaluation du fonctionnement social. Elle doit également se retrouver dans les notes évolutives pour démontrer l'appréciation de l'évolution de la situation.

---

<sup>7</sup> Définition de l'analyse selon le « Cadre de référence : l'évaluation du fonctionnement sociale », OTSTCFQ, 2011, pages 11 et 37.



Ainsi, une brève note évolutive comprenant une analyse peut tout à fait être indiquée si l'utilisateur ne requiert pas de services supplémentaires (intervention de type «traité terminé») ou pour le diriger vers une ressource communautaire. Également, dans le cas où une évaluation récente du fonctionnement social a été effectuée et que l'utilisateur se présente pour un besoin similaire pouvant être répondu en consultation sociale, le TS apprécie cette évaluation et rédige une note d'ouverture comprenant une analyse.

Cette note se doit alors d'être concise, ciblée et de regrouper minimalement les rubriques suivantes :

- Demande et contexte de celle-ci;
- Résumé du fonctionnement social de la personne en lien avec ses facteurs de risque et de protection (appréciation de l'évaluation effectuée par le TS précédent s'il y a lieu);
- Interventions réalisées;
- Analyse de la situation et opinion professionnelle;
- Besoin prioritaire et orientation.

### **Prévention**

Dès son analyse initiale de la situation, le TS porte attention aux facteurs de risque et indices pouvant indiquer notamment la présence de maltraitance, de violence conjugale, de problèmes de consommation, d'idées suicidaires ou d'homicides, de troubles cognitifs, d'épuisement d'un proche aidant, d'une situation de compromission pour un enfant, etc.

En ce sens, durant tout le processus clinique du TS, des actions de prévention d'apparition ou d'aggravation des problèmes sociaux sont mises en œuvre. Ce rôle est particulièrement important aux services psychosociaux généraux, puisque ceux-ci constituent une porte d'entrée importante pour les nouvelles demandes d'aide. Le TS pratiquant dans ces services actualise ce rôle au moyen d'actions diverses, telles que le dépistage, l'évaluation, l'information, le soutien aux démarches d'aide ou l'intervention motivationnelle. Il peut ainsi convenir avec un usager de lui offrir des rencontres de soutien afin de travailler sa disposition au changement, de mettre en place un filet de sécurité ou encore de veiller au maintien de ses besoins fondamentaux en prévoyant le début du suivi vers le programme-clientèle vers lequel il a été dirigé.

Il importe toutefois de préciser que tous les professionnels ont une responsabilité partagée en ce qui concerne «l'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités» (Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, 2013).

### **5.3. L'évaluation du fonctionnement social**

À la suite de son analyse initiale de la demande de l'utilisateur ou du référent, le TS des services psychosociaux généraux analysera avec la personne son besoin prioritaire. Si celui-ci peut être répondu en consultation sociale, l'intervenant complètera son évaluation du fonctionnement social. Il s'agit d'une des étapes les plus importantes du processus clinique en travail social.

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale (anciennement PL-21) réserve aux TS l'élaboration d'une évaluation du fonctionnement social de l'individu comme étant leur champ d'exercice. Cette loi amène donc un changement d'appellation de l'évaluation anciennement indiquée comme l'évaluation psychosociale. Tel que décrit dans le « Cadre de référence de l'évaluation du fonctionnement social » de l'OTSTCFQ, il s'avère essentiel malgré l'appellation de ne pas croire

d'emblée que la personne porte la responsabilité de la situation et que son fonctionnement social est la cause directe des difficultés ou de la situation qu'elle vit.

*« Le processus d'évaluation doit plutôt concerner la situation sociale, le problème social vécu par une personne. La spécificité de l'évaluation effectuée par le travailleur social demeure la même : prendre en considération les interactions et la relation de réciprocité entre la personne et son environnement, tout en analysant ses conditions de vie et les problèmes sociaux auxquels elle peut être confrontée (injustices sociales et économiques, discrimination, stigmatisation, oppression et exclusion). »*

En ce qui concerne les évaluations réalisées dans un contexte d'ouverture de régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant ou encore en contexte d'adoption, elles continuent de s'appeler « évaluation psychosociale » puisque cette terminologie est utilisée dans le Code civil.

Selon le « Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de travailleur social », l'évaluation du fonctionnement social :

*« vise à produire une compréhension de la situation d'une personne à un moment précis, avec sa participation, pour ensuite émettre des hypothèses cliniques, formuler une opinion professionnelle et dégager des recommandations qui servent de base pour l'action, en s'appuyant sur les savoirs issus de la pratique, les connaissances scientifiques et les assises théoriques ».*

L'évaluation du fonctionnement social soutient donc la compréhension de la situation de l'utilisateur et permet ainsi l'élaboration des objectifs au plan d'intervention. L'opinion professionnelle doit nommer, cibler et prioriser les problèmes, tout en déterminant leur sévérité, leur gravité et leur intensité (OTSTCFQ, 2011). Elle doit refléter les forces de l'utilisateur, ses ressources et celles de son milieu tout en analysant les conditions de vie qui l'entourent. Une considération particulière doit être accordée aux questions d'oppression, de discrimination, d'exclusion, de stigmatisation ainsi qu'aux inégalités sociales et économiques<sup>8</sup>. L'évaluation du fonctionnement social doit traduire les interactions de la personne avec les diverses composantes de son environnement, dont son réseau familial, social, les opportunités ou obstacles sociaux, économiques et politiques.

La rédaction du rapport de l'évaluation du fonctionnement social doit contenir des éléments essentiels suivants<sup>9</sup> :

1. La demande et le contexte de l'évaluation;
2. Les caractéristiques de la personne;
3. Les caractéristiques de l'environnement;
4. L'analyse et la synthèse;
5. L'opinion professionnelle et les recommandations.
6. Les interventions réalisées, le cas échéant.

---

<sup>8</sup> Définition de l'évaluation du fonctionnement social selon le « Cadre de référence : l'évaluation du fonctionnement sociale », OTSTCFQ, 2011, pages 37.

<sup>9</sup> OTSTCFQ, 2011, « *Cadre de référence : L'évaluation du fonctionnement social* », Annexe 4, pages 39 et 40.

Une évaluation du fonctionnement social est caractérisée par un processus continu, interactif et réflexif.

**Processus continu, interactif et réflexif :**

L'évaluation s'ajuste et se complète tout au long du processus d'intervention, considérant que d'autres informations recueillies peuvent amener une nouvelle compréhension de la situation, laquelle demeure évolutive avec la personne. Un réajustement constant et une révision périodique sont donc nécessaires et doivent être explicités dans les notes évolutives, sous une rubrique particulière (exemple : « Évolutif de l'opinion professionnelle »).

Dans ce processus continu, l'évaluation du fonctionnement social est pertinente lors d'une demande de services ultérieurs. En effet, le nouveau TS en suivi doit apprécier l'évolution du fonctionnement social de l'utilisateur à partir de l'évaluation antérieure pour lui éviter de répéter son histoire. En raison de son imputabilité professionnelle, le nouveau TS doit ainsi valider les informations avec l'utilisateur et se forger sa propre analyse et opinion face à la situation. Ces éléments sont notés sur le formulaire « Complément d'information à l'évaluation du fonctionnement social » tel qu'attendu par l'OTSTCFQ.

Toutefois, il demeure indiqué de faire une nouvelle évaluation, sommaire ou détaillée, advenant des changements majeurs dans la situation de l'utilisateur pouvant influencer son fonctionnement social (OTSTCFQ, Avis professionnel 115, été 2010). Un barème de six mois est généralement indiqué pour la réévaluation du fonctionnement social, mais le jugement professionnel prévaut à cet effet.

L'évaluation du fonctionnement social doit obligatoirement être rédigée sur le formulaire prévu à cette fin et être distincte des notes au dossier. En aucun temps une évaluation du fonctionnement social ne doit être rédigée dans une note évolutive. Elle est réalisée dès que possible avant la 4<sup>e</sup> rencontre avec l'utilisateur et se bonifie durant le suivi.

Selon les standards ministériels présentés au début du présent document de standards<sup>10</sup>, le TS doit procéder à la rédaction de la demande à l'intérieur de 10 jours ouvrables après l'entrevue initiale avec la personne. S'il s'agit d'une demande dirigée en consultation sociale, ce délai s'applique alors pour l'évaluation du fonctionnement social du professionnel. Cette rédaction se veut concise, claire et pertinente. On doit y retrouver les éléments essentiels relatifs à la situation de l'utilisateur ainsi qu'à l'analyse de son fonctionnement social effectuée par le professionnel. Le rapport d'évaluation du fonctionnement social est rédigé sur un même formulaire unique informatisé pour l'ensemble des travailleurs sociaux du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ce formulaire, qui respecte les normes de l'OTSTCFQ, est disponible sur la Zone CIUSSS en version sommaire et détaillée. Pour le compléter, le travailleur social se réfère à l'aide-mémoire créé pour l'évaluation du fonctionnement social aux services psychosociaux généraux.

L'évaluation du fonctionnement social étant une activité incontournable de la pratique du TS, elle peut faire l'objet d'un rapport sommaire ou détaillé selon le mandat de l'intervenant et la finalité de son évaluation (De Robertis, 2007). La rédaction d'un rapport sommaire est plus concise et ciblée, puisqu'il s'agit d'une analyse exploratoire sur la situation de la personne. Le rapport détaillé inclut davantage d'éléments sur la situation de la personne et cherche à faire plus de liens entre eux par une analyse davantage en profondeur. Aux services psychosociaux généraux, lorsque le TS réfère directement la personne à un programme-clientèle, il se situe dans sa fonction d'accès. Il n'est alors pas dans une logique d'évaluer le fonctionnement social, car son objet est plutôt d'analyser le besoin prioritaire de l'utilisateur dans un objectif d'orientation. Lorsqu'il se situe dans son mandat de consultation sociale, le Ts réalise alors une évaluation du fonctionnement social en logique avec son processus clinique. Cette évaluation est généralement sommaire considérant le mandat des services psychosociaux généraux, mais le Ts pourrait juger que l'évaluation détaillée est plus appropriée pour certaines situations plus complexes.

<sup>10</sup> Services sociaux généraux, Offre de service, MSSS, 2013, fiche 1, page 60.



Pour vous guider :

TYPE DE RENCONTRE	SUIVI ACCORDÉ	TENUE DE DOSSIER
AAOR	Traité – terminé avec ou sans référence externe	Note évolutive comprenant une brève analyse
AAOR	Accepté avec référence interne aux différents programmes-clientèles (ex. SAPA, FEJ, CRDQ) Trajectoire AAOR-GMF et GMF-AAOR	Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation – FABO Joindre les documents et outils pertinents selon les évidences (ex. DÉBA)
AAOR : Consultation sociale	Accepté avec référence en consultation sociale 1 à 12 rencontres en consultation sociale	Évaluation du fonctionnement social sommaire ou détaillée avec le gabarit disponible sur la Zone CIUSSS. Notes évolutives Plan d'intervention Sommaire de fermeture Note évolutive comprenant une brève analyse
AAOR : Consultation sociale	Accepté avec référence en consultation sociale (fermeture il y a moins de 6 mois, besoin similaire) 1 à 12 rencontres en consultation sociale	

#### 5.4. Le plan d'intervention (PI, PII, PSI, PSII)

Les articles 10, 102 et 103 de la LSSSS prévoient d'élaborer un plan d'intervention avec l'utilisateur, le déposer à son dossier et le réviser « afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services devront lui être fournis ».

Il en existe différents types tels que décrits ci-dessous, mais le plan d'intervention (PI) est le plus fréquemment utilisé dans le contexte de consultation sociale en CLSC ou en GMF.

Types de PI	Qui?	Quand?
PI	Chaque intervenant	Pour chaque usager qui reçoit des services requérant un suivi de plus de 3 rencontres.
PII	Intervenants d'un même établissement	Besoin d'un travail concerté et coordonné, d'une expertise commune au sein d'une équipe interdisciplinaire.
PSI	Intervenants de plusieurs établissements	Services nécessaires par plusieurs établissements sur une longue période ou usager à risque élevé.
PSII	Intervenants de plusieurs établissements de secteurs différents.	Par exemple, services par le CIUSSS et le milieu scolaire.

## Le PI

Le plan d'intervention doit être élaboré, en tout temps, pour tout usager bénéficiant de plus de trois rencontres en consultation sociale aux services psychosociaux généraux. Il permet d'obtenir le consentement aux soins et services prévu dans la LSSSS. Il met également en lumière les aspirations du client, les objectifs poursuivis afin de guider et structurer les interventions.

À moins de situations cliniques particulières, l'intervenant initie le processus afin d'élaborer conjointement le plan d'intervention avec l'utilisateur ou son représentant, sa famille ou ses proches. Cette collaboration essentielle contribue à maximiser l'atteinte des objectifs. Généralement, cette activité clinique soutenant la planification de l'intervention avec l'utilisateur s'actualise dans le mois suivant l'évaluation (à la troisième ou quatrième rencontre) et comporte un échéancier. La révision du PI est également pertinente en milieu du suivi afin de vérifier l'évolution de la situation actuelle pour atteindre les objectifs déterminés au départ. Des objectifs peuvent alors être modifiés.

L'utilisateur doit avoir participé à l'élaboration du PI pour qu'il soit légal. Le TS doit rechercher sa signature dans la mesure du possible pour rendre manifeste le consentement. En effet, cette signature témoigne de l'accord éclairé du client aux soins et services. En l'absence de signature, le consentement libre et éclairé doit être explicité par l'intervenant dans une note au dossier, ce qui a autant de valeur légale qu'une signature sur le plan. Une copie du PI doit être remise à l'utilisateur, à moins que cela ne représente un risque pour la personne (ex. bris de confidentialité, proche violent).

Il est possible dans certaines situations cliniques qu'un plan d'intervention ne soit pas indiqué, notamment dans les situations suivantes :

- Dossier en liste d'attente;
- Intervention ponctuelle dans une fonction d'accès;
- Intervention ponctuelle pour un usager sans suivi défini;
- Intervention brève nécessitant 3 rencontres ou moins;
- Cessation de service avant l'élaboration du PI.

Dans ces situations, l'intervenant a la responsabilité d'indiquer par écrit dans sa note évolutive les stratégies d'interventions à privilégier.

En résumé, le plan d'intervention constitue un outil clinique de référence tout au long de l'intervention. Il permet de déterminer les besoins et les attentes de l'utilisateur en considérant ses capacités et ses limites et cela, en fonction du mandat de l'intervenant. Il permet également d'obtenir le consentement aux soins, tel que requis par la loi.

Ainsi le PI doit comprendre :

- La formulation du problème tel que convenu conjointement entre le TS et le client (ou le système client);
- Les objectifs à atteindre ou les changements souhaités, après entente avec le client (ou le système client);
- Les moyens d'intervention choisis;
- Le calendrier de réalisation et les modalités de l'intervention;
- Les indicateurs choisis pour évaluer l'atteinte des objectifs;
- La formulation du consentement libre et éclairé du client;
- La signature du client dans la mesure du possible;
- La signature du TS avec son titre professionnel;
- La date de rédaction du plan d'intervention.

## Tableau synthèse : normes concernant le plan d'intervention<sup>11</sup>

Forces/Obstacles	Problème retenu	But (objectif général)	Objectifs (objectifs spécifiques)	Moyens	Indicateurs
<p><b>Caractéristiques pertinentes :</b>                      Forces                      Conditions de vie                      Habitudes                      Mécanismes qui s'opposent à la réalisation du changement qui est prévisible à partir de l'évaluation.</p>	<p><b>Critères de sélection :</b>                      Problématique pour le client (malaise);                      Accessible au changement (capacités/ressources);                      Client veut le travailler (espoir et opportunités);                      Représentatif de l'ensemble des difficultés;                      Relié au mandat de l'organisme.</p> <p><b>Formulé en termes :</b>                      Précis                      imités                      Vérifiables                      Concrets</p>	<p>C'est l'intention désirée.</p> <p>Formuler en termes positifs le problème pour augmenter la motivation de l'utilisateur</p>	<p><b>Nature :</b>                      Comportements                      Condition de vie                      Apprentissages</p> <p><b>Caractéristiques :</b>                      Positif                      Concrets, précis                      Modestes                      Mesurables, vérifiables                      Réalistes, réalisables                      Importante pour le client                      En concordance avec les valeurs du client                      Un début plutôt qu'une fin                      En lien avec le problème retenu</p> <p><b>Formulation SMART</b>                      S – spécifique                      M – mesurable                      A – atteignable                      R – réaliste                      T – temps</p>	<p><b>Fonctions :</b>                      Atteindre le changement                      Supporter le changement                      Contourner les obstacles                      Faire face aux conséquences du changement</p> <p><b>Types</b>  <b>Du client :</b>                      Tâches                      Actions                      Conditions à respecter</p> <p><b>De l'intervenant :</b>                      Techniques                      Stratégies</p> <p><b>Du réseau:</b>                      Actions</p>	<p>Indices                      Observables, quantifiables, qui mesurent la performance, l'atteinte des objectifs ou la non-atteinte</p>

<sup>11</sup> Adapté du recueil de texte du cours «Processus d'intervention: service social II» (automne 2005) sous la responsabilité d'Anne Chamberland, Richard Hamel, Nathalie Sasseville et Sylvie Thibault. Université Laval, Faculté des sciences sociales.

## La collaboration interprofessionnelle : les PII, PSI, PSII

Certaines situations, selon le niveau de complexité de la situation biopsychosociale et le contexte de pratique entre autres, peuvent nécessiter que les TS des services psychosociaux généraux inscrivent leur intervention dans un contexte interdisciplinaire et même intersectoriel.

Le « Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de travailleur social » (OTSTCFQ, 2012) positionne clairement l'importance d'agir comme membre d'une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire pour la pratique sociale. En effet, parmi les quatre grands domaines de compétence identifiés, le TS doit être en mesure d'établir et de maintenir des collaborations professionnelles, intersectorielles et partenariales dans le but de mieux répondre aux besoins de la personne, des proches ou des communautés. Pour ce faire, il « démontre la capacité d'expliquer et de faire valoir son rôle et sa contribution en lien avec sa vision disciplinaire spécifique, ses normes de pratique professionnelles et ses obligations déontologiques, dans un esprit de collaboration ». Le TS est donc à même de clarifier et d'établir les zones de responsabilités partagées et spécifiques avec ses collaborateurs pour favoriser la concertation avec les partenaires internes et externes en actualisant son leadership au sein d'une équipe de travail.

Ces compétences sont prépondérantes pour le TS des services psychosociaux généraux, car son rôle d'analyse de la demande et du besoin prioritaire le place directement dans l'interaction entre l'utilisateur et son environnement (ex. référent, proches, médecin et autres professionnels, milieu scolaire ou communautaire). Ceci est particulièrement central en GMF, où la collaboration interprofessionnelle est inhérente à la pratique.

Pour situer les professionnels, le « Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux » (RCPI, 2014) fournit des repères essentiels (voir Annexe 5). Ce continuum vise à soutenir l'analyse de la complexité des situations et d'ajuster, en conséquence, ses intentions de collaboration et ses interactions avec les différents partenaires impliqués dans une même situation. Ce cadre permet aussi de distinguer diverses notions (ex. multidisciplinarité, interdisciplinarité).

### 5.5. Le suivi de consultation sociale

Toujours en s'inscrivant dans le processus clinique illustré précédemment, cette section aborde l'offre de services de la consultation sociale et les particularités associées.

Rappelons d'abord que l'utilisateur est dirigé vers ce service à la suite de l'analyse de sa situation lorsque son besoin prioritaire peut être répondu en consultation sociale. Pour une demande traitée à l'AAOR ou en GMF, le TS s'assigne le suivi de l'utilisateur suite à la rencontre initiale d'analyse. À ce moment, le TS planifie une première rencontre afin d'amorcer le suivi dans un délai ne dépassant pas 30 jours<sup>12</sup>. Il priorise les demandes nécessitant une prise en charge rapide, son jugement professionnel est donc prépondérant à cette étape. Sa décision est basée sur l'altération du fonctionnement social de la personne, ainsi que sur les facteurs de risque et de protection présents, et non à partir d'un diagnostic.

---

<sup>12</sup> Services sociaux généraux, Offre de service, MSSS, 2013, fiche 4, page 60

Les indicateurs suivants peuvent soutenir l'opinion professionnelle pour l'orientation ou non en consultation sociale et la priorisation des demandes, et ce, peu importe le diagnostic ou l'historique de services de l'utilisateur :

- Le degré d'urgence et de sévérité;
- Les facteurs de risque et de protection;
- La chronicité de la situation (nombre d'épisodes de services pour la même raison);
- Le caractère situationnel de l'altération du fonctionnement social;
- L'historique de santé mentale de l'individu;
- Les impacts de l'altération du fonctionnement social sur les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie quotidienne (AVQ);
- Le degré de motivation et de mobilisation actuelle.

Généralement, pour une demande dirigée en consultation sociale :

- Un maximum de 3 objectifs à travailler sont identifiés afin de rétablir le fonctionnement social;
- Ces objectifs peuvent être atteints dans un suivi allant de 1 à 12 rencontres.
- L'utilisateur fait face à des difficultés ayant un impact à court et moyen terme sur son fonctionnement social;
- La visée est une reprise du pouvoir à la suite d'une situation de crise ou à la suite de la survenue d'un « stresser ».

Nous pourrions donc retrouver des situations telles que :

- Deuil;
- Difficultés conjugales, remise en question du couple, séparation;
- Problème d'anxiété ou de dépression réactionnelle;
- Difficultés d'adaptation à différentes situations;
- Problèmes liés au changement;
- Gestion des émotions face à un « stresser »;
- Insatisfaction dans les relations sociales dans une situation donnée;
- Difficultés d'affirmation de soi et d'estime personnelle;
- Épuisement des proches aidants;
- Conflits interpersonnels situationnels;
- Difficultés dans l'exécution d'un rôle social.

Afin de soutenir son orientation, le TS peut se référer à la description des critères de complexité des dossiers en travail social de l'OTSTCFQ (voir Annexe 6). Cette grille s'avère un outil utile d'aide à la prise de décision afin d'assurer une orientation adaptée aux besoins de l'utilisateur. Ainsi, si la problématique de l'utilisateur affecte grandement son fonctionnement social et qu'elle présente des critères de complexité plus importants (voir indicateurs au haut de la page), une référence vers un programme service ou des ressources externes pourrait être privilégiée.

Dans l'utilisation de ces indicateurs, il s'avère toutefois essentiel que les TS des services psychosociaux généraux gardent toujours en tête l'essence même du travail social, soit le travail avec l'humain.

Les critères et balises présentés dans présent document de standards visent à soutenir et non déterminer l'intervention. Nous n'insisterons jamais assez sur le fait que chaque individu est unique, chaque humain est différent et qu'il est possible qu'une situation ne puisse se retrouver dans ces standards. Le TS priorisera la réponse aux besoins de l'utilisateur en suivant les trajectoires définies et utilisera son jugement clinique pour favoriser la meilleure orientation possible pour l'individu.

## Responsabilités du travailleur social en consultation sociale

Il est de la responsabilité du TS en consultation sociale, lors de l'amorce de son suivi, de valider avec l'utilisateur si des changements sont survenus depuis l'analyse de son besoin prioritaire, d'apprécier cette analyse et de la poursuivre en ayant pour objet le fonctionnement social de l'utilisateur. Le TS s'assure ainsi de lui offrir une continuité de soins en évitant de procéder à une réévaluation complète de sa situation. Ceci signifie que, pour une demande référée en consultation sociale au moyen du FABO, de la DSI ou de la fiche d'appel Info-social et Info-santé, le TS qui amorce le suivi valide et intègre à son évaluation du fonctionnement social les éléments analysés dans l'un de ces formulaires dans une visée de continuité clinique et informationnelle.

Au moment de la première rencontre de consultation sociale, le TS a la responsabilité d'informer l'utilisateur de son rôle et mandat. Il doit lui faire part des pistes d'intervention, de même que des risques et enjeux entourant sa situation actuelle, et obtenir un consentement libre et éclairé aux services. Par le fait même, le TS établit avec l'utilisateur son engagement au suivi. À partir de ces éléments et après entente avec l'utilisateur, il détermine les objectifs du plan d'intervention ainsi que les modalités des rencontres (fréquence, durée et lieu). À la fin du suivi, un sommaire de l'intervention doit être complété par le TS et déposé au dossier. Ce dernier doit notamment rappeler la demande initiale et les interventions effectuées, les objectifs du plan d'intervention, les résultats obtenus ainsi que les enjeux s'il en demeure, et finalement la raison de la fin de l'épisode de service.

En résumé, le TS doit :

- Partager les fruits de son analyse de la situation présentée avec l'utilisateur concerné;
- Fournir les informations pertinentes afin de s'assurer d'une prestation de services sécuritaire;
- S'assurer de la compréhension des services proposés aux fins d'un consentement libre et éclairé;
- Saisir toutes les occasions de faire participer activement l'utilisateur dans une approche de partenariat;
- Respecter la confidentialité et clarifier au besoin les exceptions à l'utilisateur (LPJ, P38);
- Élaborer le plan d'intervention en collaboration avec l'utilisateur;
- Expliquer l'épisode de services à l'utilisateur, soit les modalités du suivi et de la fin de celui-ci;
- Prendre l'obligation de moyens pour offrir les services à l'utilisateur;
- Respecter son code de déontologie professionnel ainsi que le code d'éthique de l'établissement.

L'utilisateur pour sa part doit :

- Être présent aux rencontres fixées, respecter l'heure convenue, s'impliquer dans la démarche d'aide et fournir les informations pertinentes à sa situation;
- Mettre en œuvre les moyens et les stratégies choisis en collaboration avec le TS;
- Aviser le TS 24 heures à l'avance en cas d'absence à une rencontre en utilisant le service de messagerie vocale.

## Entente de service et standards pour les relances

Pour clarifier ces responsabilités respectives, dès l'amorce du suivi en consultation sociale, un accord écrit peut être contracté avec la personne. Cet accord fait état des règles générales concernant le suivi psychosocial (Annexe 7). L'intervenant peut aussi convenir avec la personne d'ajouter d'autres balises pertinentes selon la situation, par exemple concernant les appels téléphoniques ou les modalités advenant un retard ou une absence au rendez-vous.

Advenant une difficulté pour le TS de joindre l'utilisateur afin d'amorcer son suivi ou reprendre un rendez-vous annulé, la « Loi sur les soins de santé et services sociaux » ainsi que le « Code de déontologie des membres de l'OTSTCFQ » l'obligent à démontrer qu'il a pris les moyens nécessaires pour offrir les services à l'utilisateur. Il n'a cependant pas d'obligation de résultat. Les balises des services psychosociaux généraux dans de telles situations

suggèrent que le TS doit tenter de joindre l'utilisateur au minimum une fois par semaine selon l'importance et l'urgence de la situation. Si l'intervenant demeure toujours sans nouvelle, il achemine une lettre par la poste à l'utilisateur lui demandant s'il désire toujours poursuivre les services et lui offrant un délai de 2 semaines pour le contacter, sans quoi, il y aura fermeture de son épisode de services.

Bien que ces balises soient établies pour les situations générales, le jugement professionnel du TS prévaut. Ainsi, la nature de la problématique et la sécurité de la personne priment afin de choisir les interventions qui seront utilisées pour la joindre. Le contexte de pratique peut également influencer les moyens retenus. Par exemple, certains GMF demandent que ce soit l'utilisateur qui joigne l'intervenant pour un premier contact et que la demande de services soit fermée rapidement en l'absence d'appel de sa part. Ce fonctionnement n'est pas contre-indiqué à la condition qu'il ait préalablement été convenu avec la personne et que la situation clinique le justifie.

Enfin, il peut arriver exceptionnellement qu'une personne soit référée au TS sans qu'elle en soit informée ou encore qu'elle ne se présente jamais à son premier rendez-vous d'accueil. Tel que stipulé par la LSSSS, tout intervenant a l'obligation de moyens et doit tenter de rejoindre la personne visée par la référence, selon les informations qu'il possède. Le jugement clinique de l'intervenant s'applique alors dans les moyens qu'il utilisera pour rejoindre la personne.

Les standards de relance en résumé :

- Jusqu'à trois appels téléphoniques effectués à des moments différents auprès de l'utilisateur, selon la gravité de la situation et l'entente de communication contractée;
- Envoi d'une lettre si aucune suite n'est donnée aux appels téléphoniques;
- Fermeture de l'épisode de services deux semaines à la suite de la lettre si nous demeurons sans nouvelle;
- Le jugement professionnel prévaut en tout temps sur ces standards en fonction du contexte de pratique et de la situation de l'utilisateur.

## 5.6. La cessation du suivi en consultation sociale

Différentes raisons peuvent mener la fin de l'épisode de services, notamment :

RAISON de cessation	Situation de l'utilisateur	Actions à poser par l'intervenant
Reliée à l'atteinte des objectifs du plan d'intervention	Stabilisée	- Rédiger le sommaire de fermeture de l'épisode de suivi; - Fermeture du dossier.
Reliée au transfert / recours à des ressources privées / déménagement	Besoin encore actif et suivi souhaité	- Valider les besoins pour effectuer une référence formelle; - Évaluer les acquis lors des services antérieurs; - Transfert personnalisé à privilégier.
Reliée au refus de l'utilisateur	Situation inchangée, absence de risque imminent	- Évaluer la mobilisation et le besoin inhérent à la demande actuelle.
Reliée au décès de l'utilisateur		- Valider les besoins des proches et effectuer les références requises, au besoin.

Lors de la cessation du suivi, un sommaire de fermeture fait dans une note évolutive ou encore dans un rapport destiné à cette fin doit être effectué afin d'indiquer :

- Les motifs de fermeture;
- L'atteinte ou non des objectifs;
- La synthèse des interventions;
- Les recommandations advenant une nouvelle demande de service;
- La signature et le titre de l'intervenant.



Attention!

En tout temps, une fermeture de l'épisode de services devrait irrémédiablement être faite à partir de l'évaluation de la situation, son caractère unique et l'implication tacite du jugement professionnel du TS, sans égard aux pressions administratives et particulièrement lors de situations dites exceptionnelles. Des discussions cliniques devraient se dérouler avec les autorités compétentes (chef de service, coordonnateur, professionnel-conseil ou conseiller cadre) lorsque des situations délicates ou exemplaires se présentent lors de la fermeture d'un dossier.

Les règles de diligence prévalent alors : est-ce que les objectifs du plan d'intervention sont atteints? Est-ce que la personne requiert des services spécialisés à sa condition? Est-ce que la personne est d'accord avec la fermeture de son suivi (et a exprimé son opinion)? Est-ce que les facteurs de risque sont toujours présents? Est-ce que la situation est précaire? Est-ce que les services actuellement en place sont le seul filet de sécurité offert à l'utilisateur? Aucune fermeture ne devrait être faite par téléphone, mais plutôt en présence de l'utilisateur et avec sa participation puisque ce dernier est au cœur de son rétablissement.

## 5.7. La tenue de dossier à l'AAOR et en GMF

Tout au long de son processus clinique, le TS indique au dossier de l'utilisateur les interventions et démarches réalisées, les objectifs et résultats obtenus, en plus d'y déposer les documents pertinents.

Il s'assure de respecter la Politique relative à la tenue de dossier de l'utilisateur et la protection des renseignements personnels (PO-22 disponible sur la zone CIUSSS) ainsi que les Directives afférentes (D-PO-22-1 et D-PO-22-2) qui concernent l'ensemble des employés de l'établissement.

Selon l'OTSTCFQ, la tenue de dossier vise prioritairement<sup>13</sup>:

À assurer les droits du client à l'accès aux renseignements le concernant, à la rectification de certains renseignements, au respect de sa vie privée, au respect du secret professionnel;

À assurer la continuité, la qualité et la cohérence des services au client;

À témoigner des services rendus par le professionnel et à rendre disponible une preuve concrète des actes posés;

À répondre à des besoins en matière d'évaluation de la qualité des services, d'allocation de ressources, de recherche et d'enseignement;

À répondre à diverses exigences légales, notamment l'inspection professionnelle et l'enquête disciplinaire.

<sup>13</sup> « Rédaction de dossiers : Normes et guide de pratique, 2015 » (voir Annexe 9)

Le dossier de l'utilisateur doit donc contenir les informations à jour concernant l'identification de l'utilisateur, les renseignements relatifs à sa demande de services (le référent, la date et le motif de la demande) ainsi que tous les documents pertinents à cette demande :

- Les formulaires de consentement;
- Les documents cliniques, administratifs, légaux ou autres relatifs à la nature des services rendus;
- Les formulaires requis pour toute demande de services ou de ressources;
- Les rapports obtenus d'autres professionnels ou organismes ainsi que la correspondance pertinente.

Les notes et rapports reflétant les activités professionnelles du TS doivent être signés et datés par ce dernier :

- Note d'ouverture;
- Évaluation;
- Plan d'intervention;
- Notes de suivi;
- Note et rapport de fermeture.

Le dossier peut également contenir les renseignements de tiers pertinents à la situation de l'utilisateur et le consentement du tiers à donner accès à des renseignements.

Le dossier de l'utilisateur ne devrait pas contenir les outils de travail utilisés par le professionnel, soit :

- Les notes personnelles, annotations ou aide-mémoire manuscrits, non destinés à être transmis;
- L'entente de services signée avec l'utilisateur (doit être remise à l'utilisateur);
- Les tests utilisés pour faire une évaluation ou mesurer un état ou une situation;
- Les sociogrammes, génogrammes ou autre outil clinique présentant des données brutes;
- Tout autre moyen technologique utilisé pour la réflexion ou l'élaboration d'une opinion professionnelle.

Si le professionnel juge pertinent que ces outils soient déposés au dossier, il peut le faire, cependant le document devient partie intégrante du dossier et ne peut plus en être retiré<sup>14</sup>



La spécificité de la tenue de dossier en GMF :

Plusieurs questionnements émergent en ce qui a trait à la tenue de dossier en GMF et particulièrement en ce qui concerne le consentement éclairé aux soins et services offerts à son GMF. D'emblée, il importe de préciser que le cadre législatif guidant la pratique professionnelle prévaut en tout temps sur les règles de fonctionnement interne d'un établissement. Ainsi, l'article 9 de la Charte des droits et libertés des personnes et l'article 35 du Code civil du Québec assurent le droit de l'utilisateur de refuser l'accès à son dossier à un professionnel, tel que la lecture du dossier psychosocial par le médecin. Ces lois prévalent donc sur toute autre modalité interne dont pourrait se doter un GMF et le TS est responsable de s'assurer que son intervention s'inscrit en tout temps dans le respect de ses obligations légales et professionnelles.

---

<sup>14</sup> Vous pouvez vous référer au « Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social » de l'OTSTCFQ, chapitre 4, page 14 afin de vous repérer sur l'utilisation des outils de collectes de données ou d'informations.

Par ailleurs, des travaux ministériels sont en cours afin de mieux outiller les TS en GMF. D'ici la publication de ceux-ci, l'OTSTCFQ rappelle que :

- Les informations au dossier font partie intégrante du dossier médical pouvant être demandé par des organismes externes (assurances, hôpitaux) lorsque le client en donne l'autorisation à ces organismes. Ce dernier doit donc être informé que les fruits du suivi psychosocial auquel il participe se retrouveront obligatoirement dans le dossier et pourraient être transmis. Le GMF a une responsabilité légale de s'assurer de la protection des renseignements confidentiels au dossier;
- Le partage d'informations en collaboration interprofessionnelle avec les professionnels de la clinique médicale afin d'assurer un continuum de services pertinents à l'évaluation du fonctionnement social ou pour répondre au plan d'intervention signé doivent être sélectives et essentielles;
- Il faut obligatoirement qu'une demande d'autorisation écrite signée soit déposée au dossier pour communiquer de l'information à des professionnels ou organismes externes à la clinique médicale;
- Il faut expliquer les devoirs et responsabilités du TS en GMF;
- En aucun temps le TS ne doit faire de copie du dossier, peu importe la raison.

## Les notes évolutives

Les notes évolutives dans un dossier constituent l'endroit où sont inscrites toutes les interventions pertinentes qui ont été faites avec ou pour un client durant l'épisode de services. Les notes évolutives forment un tout avec les rapports d'évaluation, de révision et le plan d'intervention. Elles servent d'aide-mémoire quant aux actes professionnels accomplis et à assurer la continuité des services par la transmission de renseignements à d'autres professionnels. Ces notes sont accessibles lorsque l'utilisateur ou son représentant légal en fait la demande par l'entremise du service des archives cliniques.

Les notes évolutives sont obligatoires et doivent être rédigées au plus tard dans les 48 heures à 72 heures (ouvrables) après l'intervention. Cependant, dans les cas urgents, aigus ou instables et dans les situations graves, complexes ou litigieuses, les notes évolutives doivent être inscrites dès que possible dans un délai n'excédant pas 24 heures suivant l'activité, ou avant de partir pour la fin de semaine dans les cas où la situation est survenue un vendredi. Les notes doivent être succinctes, se faire dans un esprit de synthèse, être lisibles, pertinentes, précises, exactes, objectives, organisées, à jour et complètes. Elles doivent également être écrites à l'encre bleue, datées et signées si elles sont rédigées à la main.

Si un oubli d'informations importantes survient, l'ajout devra se faire à la fin des présentes notes en donnant la date actuelle, les informations, ce à quoi elles se rapportent, le moment en question, etc. On ne peut reprendre une note, mais uniquement la mettre à jour par un ajout à sa suite. Dans le même sens, les données erronées ne peuvent être effacées de la note. Elles sont rayées et délimitées entre parenthèses avec les initiales de l'intervenant. Le mot rayé doit demeurer lisible.

À éviter :

- Les verbatim ou transcriptions d'entrevue, les récits détaillés;
- Les commentaires discriminatoires ou préjudiciables;
- Toute allusion à un conflit avec un collègue, un supérieur, un établissement ou autre instance;
- Tout préjugé ou jugement de valeur;
- Les abréviations, les sigles ou les symboles qui ne sont pas approuvés par le Service des archives cliniques;
- Les éléments sans aucune valeur ajoutée à la compréhension ou analyse de la situation de l'utilisateur.

Une note au dossier indique une action réalisée par un intervenant du CIUSSS, par exemple :

- Description de l'activité réalisée, d'une décision ou d'un acte professionnel;
- Description de l'évolution de la situation, de l'efficacité des interventions (en rapport avec le plan d'intervention qui en découle);
- Prise, confirmation ou annulation d'un rendez-vous, absence de l'utilisateur lors d'un rendez-vous;
- Tout message significatif laissé sur un répondeur;
- Communication d'information pertinente entre intervenants afin d'assurer la continuité des services.

Une note significative requiert la saisie d'une intervention dans le système informatique utilisé par le professionnel, tel que le I-CLSC.

La technique de rédaction « S-O-A-P », soit pour « subjectif, objectif, analyse et plan » pour rédiger les notes évolutives au dossier de l'utilisateur est couramment utilisée en intervention psychosociale. Cette technique aide à être davantage concis et pertinent sur les informations à retrouver à l'intérieur de la note. Elle demeure toutefois une technique suggérée pour les TS et se retrouve en Annexe 9 du présent document. En résumé, les notes évolutives doivent respecter les normes suivantes :

La date de l'intervention (année-mois-jour);
La nature de l'intervention (entrevue, téléphone, discussion de cas, etc.);
Le nom des personnes concernées (utilisateur, parent, intervenant, etc.);
L'objet et les résultats succincts de l'intervention;
L'orientation prise (et les activités à venir selon le cas);
La signature de l'intervenant concerné.

Rédaction de dossiers : Normes et guide de pratique, 2015.

## Rubriques à utiliser dans une note évolutive

Les rubriques essentielles recommandées par Lucie Chaîné, TS, formatrice OTSTCFQ (Tenue de dossier) sont indiquées en gras dans le tableau suivant. Les autres rubriques indiquées peuvent aussi être utilisées lorsque pertinentes. L'ordre des rubriques peut varier selon l'acte professionnel réalisé.

<b>Objectif</b>	Le but précis de la rencontre, de l'appel téléphonique.
<b>Interventions</b>	Interventions effectuées auprès du client en rapport à la situation précise pour laquelle nous intervenons.
Observations	Faits, comportements du client et autres observations pertinentes. Le non verbal.
Thèmes abordés	Sujets abordés par l'intervenant.
Information recueillie	Information amenée par le client ayant un impact significatif sur le suivi.
<b>Opinion clinique</b>	Position sur la problématique en étant en mesure de soutenir et de défendre son opinion professionnelle. Inscrive son <u>analyse</u> de la situation à cet endroit.
Hypothèse clinique	Question que l'on se pose qui expliquerait, si elle s'avérait, un ensemble d'informations accumulées.
Impression clinique	N'est pas une affirmation, mais une impression clinique motivée par les faits observés et les approches préconisées dans la lecture de la situation.
Faits nouveaux	Événement majeur ayant un impact significatif sur le suivi.
<b>Entente/Devoir/Plan</b>	L'entente est un accord entre deux personnes. Devoir à faire d'ici prochaine rencontre. Plan et les démarches que l'intervenant doit faire.
Résultats/Réactions	Les succès/progrès significatifs en cours. Réactions du client aux interventions.

Formation donnée par Mme Lucie Chaîné, TS sur la Rédaction de dossiers : Normes et guide de pratique, 2015

## Délais standards entourant la tenue de dossier en fonction du processus clinique

Étape du processus	Délais
Évaluation	Dès la 1 <sup>re</sup> rencontre, obligatoirement avant la 4 <sup>e</sup> rencontre
Élaboration du plan d'intervention	À la 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> rencontre
Révision du plan d'intervention	Maximum aux 3 mois (la fréquence de la révision peut être plus rapprochée selon l'évolution de la situation et selon entente avec le client)
Notes évolutives	Maximum 72 heures après la rencontre (norme de l'OTSTCFQ) <u>Si urgence</u> : maximum 24 heures
Note de fermeture	Maximum 72 heures après la rencontre (norme de l'OTSTCFQ) <u>Si urgence</u> : maximum 24 heures

## Délais standards en fonction des activités professionnelles

Activités professionnelles	Temps de réalisation
Complétion du FABO	20-30 minutes
Complétion du rapport d'évaluation du fonctionnement social	60-90 minutes
Rédaction du plan d'intervention	30 minutes
Entrevue individuelle	50 à 60 minutes
Entrevue conjugale ou familiale	60 à 90 minutes
Rédaction de la note évolutive individuelle	15 à 20 minutes
Rédaction du sommaire de fermeture	30 à 45 minutes
Ouverture d'un régime de protection et mandat en prévision de l'inaptitude	Pour l'ensemble de la démarche, 10 à 15h selon la complexité de la situation (ex. maltraitance, contestation possible au tribunal)
Réévaluation d'un régime de protection	Pour l'ensemble de la démarche, entre 3 et 5 heures
Référence interne ou externe	30 minutes

## Exemples de combinaison d'activités professionnelles en fonction des standards:

La charge de travail attendue pour un professionnel travaillant à temps complet et ayant pour seul mandat d'offrir un suivi individuel est de 4 entrevues par jour ou 18 clients par semaine, tel que proposé par le Centre National d'Excellence en Santé Mentale [CNESM] (2016).

Les exemples suivants sont fournis à titre indicatif afin d'illustrer à quoi peut ressembler le quotidien d'un TS en fonction de ses activités professionnelles et des standards de pratique attendus aux services psychosociaux généraux. D'autres combinaisons d'activités sont possibles selon la clientèle, la complexité de certains dossiers ainsi que des impondérables clinico-administratifs tel que la réunion d'équipe mensuelle ou les caucus.

### Exemple 1

8 h	Début de la journée, retours d'appels et préparation de la première rencontre
8 h 30	Entrevue de type AAOR (60 min)
9 h 30	Rédaction de la note et du FABO pour la référence au programme approprié
10 h	Pause
10 h 15	Préparation de la prochaine rencontre
10 h 30	Entrevue en consultation sociale (50 min)
11 h 20	Rédaction de la note, démarches diverses
12 h	Repas
13 h	Préparation de la troisième rencontre, démarches diverses
13 h 30	Entrevue AAOR familiale (90 min)
15 h	Pause
15 h 15	Rédaction du FABO pour référence et de la note évolutive, saisie des statistiques de la journée
16 h	Fin de la journée

### Exemple 2

10 h	Début de la journée, retours d'appels et préparation des rencontres
10 h 30	Entrevue de type AAOR (60 min)
11 h 30	Rédaction du FABO pour référence
11 h 45	Pause.
12 h	Entrevue de consultation sociale (50 min)
12 h 50	Rédaction de l'évaluation du fonctionnement social
14 h	Repas
15 h	Préparation de la troisième rencontre ou démarches diverses
15 h 15	Entrevue de type AAOR traité terminé (60 min)
16 h 15	Pause
16 h 30	Rédaction de la note
16 h 40	Entrevue de consultation sociale (50 minutes)
17 h 30	Rédaction et discussion clinique avec un collègue
18 h	Fin de la journée

## 6. Les interventions réalisées en travail social dans les services psychosociaux généraux

Cette section présente les principales interventions réalisées en travail social s'inscrivant dans l'offre des services psychosociaux généraux. Celles-ci sont diversifiées, s'adressent à une clientèle variée de 0 à 100 ans et visent l'amélioration du fonctionnement social des personnes (individu, couple ou famille). Rappelons qu'elles peuvent s'inscrire en collaboration interprofessionnelle avec les interventions d'autres professionnels lorsque pertinent (Annexes 5 et 8).

Les tableaux synthèses suivants fournissent des repères pour l'actualisation du processus clinique en travail social, tel que présenté dans la section 5 du présent document. Le professionnel peut s'y référer en complémentarité avec l'ensemble des connaissances qu'il possède ainsi que d'autres outils et ressources à sa disposition lui permettant d'actualiser son jugement clinique et ainsi assurer une offre de services de qualité et sécuritaire.

Les interventions sont regroupées en sept catégories. Chaque tableau résume les standards de pratique attendus pour ces différents types d'intervention :

- Intervention en lien avec des difficultés dans l'exécution d'un rôle social ou d'un conflit interpersonnel situationnel;
- Intervention liée à la perte de capacités, aux deuils et à l'adaptation au changement;
- Intervention dans un contexte de ressources insuffisantes;
- Intervention en contexte conjugal ou familial;
- Intervention en situation de crise et application de mesures de protection (gestion du risque de suicide et d'homicide);
- Intervention en contexte de maltraitance, de violence ou de compromission chez le majeur;
- Évaluation, réévaluation et suivi psychosocial dans le contexte des régimes de protection, du mandat de protection et des autres mesures de protection du majeur.

## Intervention en lien avec des difficultés dans l'exécution d'un rôle social ou d'un conflit interpersonnel situationnel

<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer le risque d'un passage à l'acte (suicide ou homicide)</li> <li>• Évaluer la compréhension de la personne en regard de la situation</li> <li>• Identifier les facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection</li> <li>• Évaluer les conséquences possibles sur le fonctionnement social de la personne (maintien ou la détérioration possible)</li> <li>• Évaluer la mobilisation et la disposition au changement</li> <li>• Déterminer le besoin prioritaire par un processus de prise de décision conjointe avec l'usager</li> </ul> <p>Durée : 60 minutes      Fréquence : 1 rencontre d'évaluation</p>
<b>Objectifs à atteindre</b>	<p>Favoriser l'amélioration du fonctionnement social et le maintien des acquis en cohérence avec les objectifs liés au plan d'intervention.</p> <p>Favoriser une saine évolution de la personne à travers la réappropriation du rôle social eu égard à la situation vécue.</p>
<b>Plan d'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la reconnaissance de la situation</li> <li>• Favoriser le retour à un équilibre de vie à partir des forces et de la reprise de pouvoir</li> <li>• Mobiliser la personne dans la recherche de solutions</li> <li>• Référer aux ressources communautaires, publiques ou privées (assurances ou autres)</li> </ul> <p>Le plan d'intervention doit être complété en collaboration avec la personne entre la première et la troisième rencontre. La personne doit signer le plan d'intervention.</p>
<b>Suivi</b>	<p>L'intensité et la durée du suivi sont ajustées en fonction des besoins et des objectifs établis au PI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser la personne face à ses forces personnelles et relationnelles</li> <li>• Accompagner la personne dans le développement de nouvelles forces et habiletés relationnelles</li> <li>• Développer le volet occupationnel et social, selon la situation présentée</li> <li>• Travailler sur les dynamiques relationnelles (schèmes de pensées ou d'actions normalement empruntés par la personne)</li> <li>• Soutenir l'adaptation face à la nouvelle situation (processus de changement)</li> <li>• Faire de l'enseignement sur la concordance de la situation face à son rôle et sa propre implication</li> <li>• Accompagnement à l'intégration ou réappropriation du rôle social dans le quotidien de la personne</li> </ul>
<b>Fermeture de l'épisode de service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sommaire de fermeture à rédiger</li> <li>• Transfert vers un programme-clientèle lorsque requis en fonction du besoin, de la situation problématique ou du degré de chronicité de la situation</li> </ul>

## Intervention liée à la perte de capacités, aux deuils et à l'adaptation au changement

<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer le risque d'un passage à l'acte (suicide ou homicide)</li> <li>• Évaluer la compréhension de la personne et de ses proches en regard de la situation</li> <li>• Identifier les facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection</li> <li>• Évaluer les conséquences possibles sur le fonctionnement social de la personne (maintien ou la détérioration possible)</li> <li>• Évaluer la mobilisation et la disposition au changement</li> <li>• Déterminer le besoin prioritaire par un processus de prise de décision conjointe avec l'usager</li> </ul> <p>Durée : 60 minutes Fréquence : 1 rencontre d'évaluation</p>
<b>Objectifs à atteindre</b>	<p>Favoriser l'amélioration du fonctionnement social de la personne et le maintien des acquis en cohérence avec ses objectifs liés au plan d'intervention.</p> <p>Favoriser une saine évolution de l'usager à travers les différentes phases du rétablissement de son fonctionnement social, eu égard à la situation vécue.</p>
<b>Plan d'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la reconnaissance de la situation par l'usager</li> <li>• Favoriser le retour à un équilibre de vie à partir des forces et de la reprise de pouvoir de la personne</li> <li>• Impliquer la personne et ses proches dans la recherche de solutions et respecter ses choix</li> <li>• Référer aux ressources communautaires, publiques ou privées (assurances ou autres)</li> </ul> <p>Le plan d'intervention doit être complété en collaboration avec la personne entre la première et la troisième rencontre.</p> <p>La personne doit signer son plan d'intervention.</p>
<b>Suivis</b>	<p>L'intensité et la durée du suivi sont ajustées en fonction des besoins et des objectifs établis au PI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser l'usager dans les actions à poser</li> <li>• Soutenir l'adaptation face à la nouvelle situation</li> <li>• Faire de l'enseignement sur le processus de changement ou autres types de psychoéducation, telle la remise en action</li> <li>• Travailler avec les forces et les ressources de l'usager</li> <li>• Mobiliser les proches au besoin</li> </ul>
<b>Fermeture de l'épisode de service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi entre 1 et 12 rencontres</li> <li>• Transfert vers un programme-clientèle lorsque requis en fonction du degré de chronicité de la situation</li> <li>• Fermeture du suivi lorsque les objectifs du PI sont atteints (entre 1 et 12 rencontres)</li> <li>• Refus des services : l'usager ne collabore pas à la réalisation du PI malgré les interventions effectuées en lien avec la disposition au changement</li> </ul>

## Intervention dans un contexte de ressources insuffisantes

<b>Particularités reliées à ce type d'intervention</b>	<p>Dans un contexte de ressources insuffisantes, il est primordial d'évaluer si un suivi est nécessaire face à la problématique décrite par la personne ou si une intervention de type ponctuelle peut s'avérer être la meilleure option privilégiée.</p> <p>Si l'intervention de type ponctuelle est privilégiée, une note évolutive au dossier doit être produite par l'intervenant. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de produire une évaluation du fonctionnement social.</p> <p>Par contre, si la personne se présente de façon régulière avec ce type de problématique (chronicité), un suivi en consultation sociale peut être pertinent.</p> <p>Durée pour une intervention ponctuelle : 60 minutes Fréquence : rencontre unique (ou selon le jugement professionnel)</p>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer le risque d'un passage à l'acte (suicide ou homicide)</li> <li>• Apprécier le degré d'urgence face au manque de ressources</li> <li>• Évaluer la compréhension de la personne en regard de la situation</li> <li>• Identifier les facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection</li> <li>• Évaluer les conséquences possibles sur le fonctionnement social de la personne (maintien ou la détérioration possible)</li> <li>• Évaluer la mobilisation et la disposition au changement</li> <li>• Déterminer le besoin prioritaire par un processus de prise de décision conjointe avec l'utilisateur</li> </ul> <p>Durée : 60 minutes Fréquence : 1 rencontre d'évaluation</p>
<b>Objectifs à atteindre</b>	<p>Accompagnement dans l'amélioration de la réponse aux besoins de base de la personne. Enseignement de moyens pour conserver une stabilité des ressources.</p>
<b>Plan d'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la reconnaissance de la problématique face au manque de ressources</li> <li>• Mobiliser la personne à effectuer ses propres démarches afin de combler le ou les besoins identifiés</li> <li>• Favoriser le retour à un équilibre de vie selon les besoins non comblés (ex. milieu de vie)</li> <li>• Impliquer la personne dans la recherche de solutions à moyen et long terme</li> <li>• Référer aux ressources communautaires, publiques ou privées (assurances ou autres)</li> </ul> <p>Le plan d'intervention doit être complété en collaboration avec la personne entre la première et la troisième rencontre. La personne doit signer le plan d'intervention.</p>
<b>Suivi</b>	<p>Dans ce type d'intervention, un suivi bref de 3 à 5 rencontres est favorisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser la personne</li> <li>• Effectuer des activités de courtage</li> <li>• Soutenir l'adaptation face à la situation</li> <li>• Faire de l'enseignement sur les ressources disponibles</li> </ul>
<b>Fermeture de l'épisode de service</b>	<p><sup>3</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi entre 3 et 5 rencontres ou selon les besoins</li> <li>• Sommaire de fermeture à rédiger</li> <li>• Transfert vers un programme-clientèle lorsque requis en fonction du besoin, de la situation problématique ou du degré de chronicité de la situation</li> </ul>

## Intervention conjugale et familiale

<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer le risque d'un passage à l'acte (suicide ou homicide) et, si nécessaire, effectuer un signalement à la DPJ selon les éléments de compromission</li> <li>• Évaluer la compréhension de la personne, du couple ou de la famille en regard de la situation</li> <li>• Identifier les facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection</li> <li>• Évaluer les conséquences possibles sur le fonctionnement social et familial de la personne, du couple ou de la famille (maintien ou la détérioration possible)</li> <li>• Évaluer la mobilisation et la disposition au changement des membres de la famille (et non pas uniquement du demandeur)</li> <li>• Si pertinent, élaboration d'un génogramme (évaluation des dynamiques présentes et de la qualité des liens entre les membres)</li> <li>• Déterminer le besoin prioritaire par un processus de prise de décision conjointe avec l'usager</li> </ul> <p>Durée : 90 minutes Fréquence : 1 rencontre d'évaluation</p>
<b>Objectifs à atteindre</b>	<p>Favoriser l'amélioration du fonctionnement social et familial, et le maintien des acquis en cohérence avec les objectifs liés au plan d'intervention.</p>
<b>Plan d'intervention</b>	<p>Un seul plan d'intervention est élaboré pour l'ensemble des membres du système client, certains objectifs ou moyens peuvent toutefois concerner davantage un membre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la reconnaissance de la situation en fonction de la perception de chacun des membres</li> <li>• Favoriser le retour à un équilibre de vie à partir des forces et de la reprise de pouvoir du système client</li> <li>• Impliquer le système client dans la recherche de solutions</li> <li>• Favoriser l'amélioration des modes de communication entre les membres (couple, famille)</li> <li>• Référer aux ressources communautaires, publiques ou privées (assurances ou autres)</li> </ul> <p>Le plan d'intervention doit être complété en collaboration avec le système client entre la première et la troisième rencontre. Chaque personne doit signer le plan d'intervention.</p>
<b>Suivi</b>	<p>L'intensité et la durée du suivi sont ajustées en fonction des besoins et des objectifs établis au PI. Nous tenons à rappeler qu'il ne s'agit <u>pas de thérapie</u> conjugale et familiale.</p> <p>En tout temps, les trajectoires de services vers le ou les programmes appropriés sont indiquées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser et impliquer de manière équitable l'ensemble des membres dans les actions à poser</li> <li>• Reflet sur les dynamiques relationnelles</li> <li>• Soutenir l'adaptation face à la nouvelle situation (processus de changement)</li> <li>• Faire de l'enseignement sur la dynamique familiale observée et les changements à y apporter</li> <li>• Travailler avec les forces et les ressources de chacun, tout en favorisant la rétroaction des membres</li> </ul>
<b>Fermeture de l'épisode de service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sommaire de fermeture à rédiger</li> <li>• Transfert vers un programme-clientèle lorsque requis en fonction du besoin, de la situation problématique ou du degré de chronicité de la situation</li> </ul>

## Intervention en contexte de maltraitance ou de violence chez le majeur

<p><b>Évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer le risque d'un passage à l'acte (suicide ou homicide) en en considérant les facteurs de risque et de vulnérabilité reliés à l'utilisateur, au présumé abuseur et à la nature de la relation</li> <li>• Évaluer le besoin de protection</li> <li>• Apprécier l'aptitude de la personne majeure lorsque possible</li> <li>• Repérer et valider les indices de maltraitance ou de violence</li> <li>• Favoriser la reconnaissance de la situation de maltraitance ou de violence par l'utilisateur</li> <li>• Dans le cas où de la maltraitance est identifiée, les actions seront nombreuses et plus ou moins soutenues selon la gravité et l'urgence de la situation. Il est possible de signaler à une ou plusieurs instances et lois suivantes :</li> <li>• Signaler en vertu de la « loi sur le Curateur public du Québec »</li> <li>• Signaler au « Directeur des poursuites criminelles »</li> <li>• Signaler à la « Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse »</li> <li>• Signaler en vertu de la « loi sur la protection de la jeunesse » (si un enfant est exposé ou impacté par la situation de maltraitance ou de violence vécue par le majeur)</li> </ul> <p>Pour être efficaces, les interventions en contexte de maltraitance ou de violence doivent reposer sur des actions concertées et complémentaires de prévention, de repérage et d'intervention. Par ailleurs, si l'évaluation ne permet pas d'établir qu'il y a maltraitance, mais que des soupçons persistent avec la présence d'indices, l'intervenant social doit poursuivre ses interventions pour valider ou objectiver ces éléments, le tout en conformité avec les bonnes pratiques. Pour s'inscrire dans les meilleures pratiques, le TS se réfère aux différents guides disponibles, notamment le « Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées » (MSSS, 2016) ou le « Guide d'intervention en matière de violence conjugale » (CSSSVC, 2008).</p> <p>Durée : 60 minutes Fréquence : 1 à 3 rencontres selon le jugement clinique, les facteurs de risque et de protection.</p>
<p><b>Objectifs à atteindre</b></p>	<p>Assurer la protection de l'utilisateur, faire cesser ou diminuer les comportements maltraitants</p>
<p><b>Plan d'intervention</b></p>	<p>☆ En contexte de maltraitance ou de violence, il est prépondérant de développer un lien de confiance avec la personne. En consultation sociale, trois (3) rencontres ne seront peut-être pas suffisantes pour établir un plan d'intervention avec elle en regard de cette problématique. Toutefois, l'intervenant a la responsabilité d'établir un plan d'intervention avec la personne qui lui permettra éventuellement d'en arriver à cet objectif, en tenant compte de la situation de l'utilisateur, de sa sécurité et de ses capacités.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la reconnaissance de la situation de maltraitance ou de violence par la personne en la sensibilisant aux impacts de celle-ci</li> <li>• Identifier et mettre en place des scénarios de protection</li> <li>• Nommer sous forme d'objectifs la situation de maltraitance ou de violence</li> <li>• Privilégier chaque fois que cela est possible une intervention de collaboration intersectorielle avec les autres partenaires impliqués</li> <li>• Mettre en place des services d'aide afin d'assurer une présence et faire diminuer la dépendance de la personne envers la personne présumée maltraitante ou violente</li> <li>• Travailler le développement du pouvoir d'agir</li> </ul> <p>Le plan d'intervention doit être complété en collaboration avec la personne entre la première et la</p>

	troisième rencontre. La personne doit signer son plan d'intervention.
<b>Suivi</b>	<p>L'intensité et la durée du suivi sont ajustées en fonction des besoins et des objectifs établis au PI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser l'utilisateur et ses proches dans les actions à poser</li> <li>• Travailler avec les forces et les ressources de l'utilisateur</li> <li>• Réévaluer la situation à chaque rencontre afin de valider les changements chez la personne et dans l'environnement.</li> <li>• Prendre des moyens pour assurer sa sécurité</li> <li>• Appliquer des mesures de protection au besoin tel que le recours à un hébergement temporaire, des démarches pour une ordonnance de soins, les recours légaux, l'ouverture d'un régime de protection ou l'homologation du mandat de protection</li> </ul> <p>Si des indices de maltraitance ou de violence se présentent en cours de suivi, il est important de réviser les objectifs d'intervention afin d'agir en fonction des nouveaux éléments et de prévoir des scénarios de protection, en portant une attention particulière à la clientèle vulnérable (enfants, usagers inaptes, etc.)</p>
<b>Fermeture de l'épisode de service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenant reste présent au dossier tant que l'utilisateur n'est pas en sécurité et réévalue le PI selon l'évolution de la situation</li> <li>• Avant de fermer un dossier en maltraitance, une discussion avec le coordonnateur professionnel ou le chef de programme doit avoir eu lieu</li> <li>• Référence dans le programme-clients approprié à la situation</li> <li>• Lorsque les objectifs du PI sont atteints (1 à 12 rencontres)</li> <li>• Refus des services : l'utilisateur ne collabore pas à la réalisation du PI et il n'est pas à risque (usager apte à consentir aux soins et services)</li> </ul> <p><b>Attention : bien évaluer les impacts de la violence psychologique (pression exercée sur la victime, peur d'être abandonnée, d'être placée, etc.) avant de clore l'épisode de services, car il peut s'agir d'un refus qui n'est pas donné librement.</b></p>

## Évaluation, réévaluation et suivi psychosocial dans le contexte d'ouverture d'un régime de protection, du mandat de protection et des autres mesures de protection du majeur

☆ *Tout TS, peu importe son contexte de pratique, a la responsabilité de recommander la mesure de protection requise dès qu'il constate un besoin de protection et que des préjudices importants sont encourus. Cette responsabilité clinique s'inscrit dans ses normes de pratique qui l'obligent à agir avec diligence envers la clientèle, de manière à assurer la sécurité de la personne. Cet acte réservé peut donc être réalisé aux services psychosociaux généraux si un besoin de protection est repéré et qu'il y a nécessité d'agir rapidement ou s'il y a pertinence clinique que l'évaluation se fasse par ce professionnel (ex : lien de confiance développé).*

<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimer la dangerosité</li> <li>• Apprécier le degré d'inaptitude du majeur</li> <li>• Évaluer le besoin de protection en considérant les facteurs de risque, de vulnérabilité, de protection de même que les préjudices encourus ou à venir</li> <li>• Se référer aux autres professionnels en suivi ou aux rapports pertinents, par exemple en ergothérapie, psychologie et neuropsychologie</li> <li>• Identifier la mesure de protection appropriée</li> <li>• Discuter avec le médecin pour favoriser la concordance des évaluations médicale et psychosociale</li> </ul> <p><b>Fréquence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée : 60 à 90 minutes/rencontre</li> <li>• Pour une évaluation : 2 à 3 rencontres</li> <li>• Pour une réévaluation 1 à 2 rencontres</li> </ul>		
<b>Objectifs à atteindre</b>	Identifier la mesure de protection appropriée pour assurer une réponse au besoin de l'utilisateur par le biais de l'évaluation de l'inaptitude, du besoin de protection et de représentation légale.		
<b>Interventions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer l'utilisateur sur ses droits et recours de même que sur la démarche et les étapes à venir</li> <li>• Apprécier la capacité des proches à assumer les responsabilités de protection et de représentation</li> <li>• Transmettre aux proches l'information pertinente concernant les responsabilités inhérentes à leur rôle</li> <li>• Identifier les personnes qui devront être convoquées à l'assemblée de parents ou d'amis</li> <li>• Rédiger le rapport d'évaluation psychosociale</li> <li>• S'assurer de la concordance entre le rapport médical et le rapport psychosocial</li> <li>• Mettre en place les mesures et de stratégies de protection adaptées aux besoins du majeur avec ou sans autorisation du tribunal</li> </ul>		
<b>Suivis</b>	Suite à son évaluation ou réévaluation psychosociale, s'il s'agit d'une tutelle ou curatelle publique, le TS des services psychosociaux généraux doit ensuite référer le dossier pour un suivi dans le programme-clients. <p><b>Considérant cet acte réservé et le risque de préjudice qui y est associé, il est fortement recommandé que le TS des services psychosociaux généraux se réfère à son coordonnateur professionnel, à son gestionnaire et au besoin au bureau du majeur inapte (BMI). Si l'état mental de l'utilisateur est perturbé et qu'il présente une dangerosité pour lui-même ou pour autrui, aviser le BMI dans les meilleurs délais pour envisager une garde provisoire.</b></p>		
<b>Fermeture de l'épisode de service</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">                     Régime public :                      Le suivi reste actif en permanence dans un programme-clients.                      Lien à faire avec le curateur                 </td> <td style="width: 50%;">                     Régime privé :                      Le suivi peut être fermé si les objectifs du PI sont atteints.                 </td> </tr> </table>	Régime public : Le suivi reste actif en permanence dans un programme-clients. Lien à faire avec le curateur	Régime privé : Le suivi peut être fermé si les objectifs du PI sont atteints.
Régime public : Le suivi reste actif en permanence dans un programme-clients. Lien à faire avec le curateur	Régime privé : Le suivi peut être fermé si les objectifs du PI sont atteints.		

## Intervention en situation de crise et application de mesures de protection (gestion du risque de suicide et d'homicide)

\*Se référer à la section 7.

<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les idéations suicidaires ou homicidaires et le risque d'un passage à l'acte (suicide ou homicide); utiliser l'outil d'évaluation<sup>15</sup></li> <li>• Identifier les facteurs de risque, de vulnérabilité, de protection de même que les préjudices encourus ou à venir</li> <li>• Évaluer les conséquences possibles : potentiel de dangerosité, risque de suicide, risque d'homicide et de violence, risque de décompensation</li> <li>• Évaluer l'aptitude à consentir aux soins</li> <li>• Évaluer l'état mental et le potentiel de dangerosité pour la personne ou pour autrui</li> <li>• Prendre contact avec le médecin de l'utilisateur avec l'autorisation de ce dernier</li> </ul>
<b>Objectifs à atteindre</b>	<p>S'assurer que l'utilisateur est en sécurité et stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise.</p>
<b>Plan d'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la sécurité de l'utilisateur</li> <li>• Mettre en place un filet de sécurité</li> <li>• Stabiliser l'état de la personne</li> <li>• Orienter vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins (lits de dépannage psychosocial- hébergement temporaire, Centre hospitalier, CCQ, CPS)</li> <li>• Signaler, s'il y a lieu, en vertu de :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- la Loi sur « la protection des personnes dont l'état mental présente un danger grave et imminent pour elles-mêmes ou pour autrui » P-38</li> <li>- la Loi « modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes » Loi 180</li> <li>- la Loi sur « la protection de la jeunesse » LPJ</li> <li>- la « Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse » CDPDJ</li> </ul> </li> </ul>
<b>Suivis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une intervention brève, immédiate et directe est privilégiée</li> <li>• Un suivi de consultation sociale peut s'avérer pertinent pour assurer la stabilisation de l'état de l'utilisateur dans l'attente de l'orienter vers des services plus adéquats. L'intensité et la durée du suivi sont ajustées en fonction des facteurs de risque et de protection.</li> <li>• Appliquer des mesures de protection au besoin</li> <li>• Référer l'utilisateur</li> <li>• Accompagner l'utilisateur au besoin</li> <li>• S'il y a lieu, se préparer en vue d'un témoignage à la cour et rédiger un rapport</li> </ul>
<b>Fermeture de l'épisode/fin du suivi</b>	<p>La situation de l'utilisateur est stabilisée et sécurisée Il y a une présence active du réseau familial et/ou communautaire (lorsque possible)</p>

<sup>15</sup> Les grilles ou outils d'aide à la décision soutiennent le jugement clinique et l'évaluation du professionnel. L'utilisation de la «Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire» requiert obligatoirement une formation de trois jours au préalable. Elle doit être utilisée seulement auprès des usagers de 14 ans et plus considérant les particularités associées à la clientèle jeunesse.

## 7. Estimation de la dangerosité: passage à l'acte suicidaire et homicidaire

### Risques suicidaires

Nous référons le lecteur à la «Procédure temporaire en prévention du suicide» qui positionne les rôles et responsabilités envers la clientèle à risque suicidaire, décrit les attentes organisationnelles en matière de dépistage, d'évaluation, d'intervention et de tenue de dossier qui sont basées sur les bonnes pratiques, en plus d'émettre la trajectoire d'interventions selon le niveau de risque.

Le TS des services psychosociaux généraux étant souvent le premier contact auprès de la personne requérant des services, il revêt un rôle particulièrement important dans le repérage des signes de détresse ou des signes avant-coureurs de l'évaluation du risque suicidaire que celle-ci pourrait présenter.

Il accueille, repère et dépiste la personne ayant des pensées suicidaires ou hétéroagressives. Ainsi, il doit être apte à reconnaître les caractéristiques des personnes vulnérables au suicide, les principaux signes de détresse associés au suicide, les facteurs de risque pouvant précipiter un état suicidaire et les facteurs de protection.

Lorsque le dépistage s'avère positif ou lorsqu'un doute subsiste devant un repérage négatif, le TS des services psychosociaux généraux évalue le risque de passage à l'acte. Dans ces situations, son jugement prime et celui-ci se base sur des variables reconnues dans la littérature scientifique. En général, ces dernières sont rassemblées dans des outils reconnus. Par exemple, le CIUSSS de la Capitale-Nationale demande aux professionnels d'utiliser la « grille d'estimation du passage à l'acte suicidaire » conçue par Brigitte Lavoie, de Suicide Action Montréal, et Marie Lecavalier, du Centre Dollard-Cormier. Il est toutefois impératif d'avoir suivi au préalable la formation de 21 heures «Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques». En l'absence de cette formation, le professionnel utilise minimalement le COQ – Comment, Où et Quand- afin de déterminer l'urgence suicidaire. Suite à son évaluation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, le TS conclut en sécurité et arrime les services requis selon le niveau d'urgence et la trajectoire qu'il juge appropriée.

En cours d'évaluation du risque suicidaire, le TS désamorce également la crise. Il utilise les interventions appropriées qui se basent sur l'approche de résolution de problèmes. La poursuite d'un suivi est parfois nécessaire pour assurer la stabilisation de l'état de l'utilisateur ou pour assurer la mise en place d'un filet de sécurité dans l'attente d'orienter le client vers des services plus adéquats (ex: programmes spécifiques, Centre de prévention du suicide).

### Risques d'homicides

Pour ce qui est de l'évaluation d'un risque d'homicide, elle s'inscrit dans un processus d'intervention où le TS procédera à une exploration de la situation dans le but de recueillir le scénario d'homicide, de cibler les facteurs de risques et les facteurs aggravants, puis d'explorer les facteurs de protection lui permettant d'établir une estimation globale du risque d'homicide. Pour ce faire, nous recommandons au TS d'utiliser «l'outil d'estimation du risque d'homicide» et «l'outil de gestion du risque d'homicide» produits par le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP).

Une fois l'estimation globale effectuée, le TS procède à la gestion du risque d'homicide. La protection des personnes demeure sa priorité. Les prises de décision associées à la gestion de ce risque surviennent souvent dans un contexte d'incertitude face au danger réel, ce qui justifie l'importance d'une évaluation rigoureuse de la situation et des capacités de la personne à se protéger. Les capacités propres à l'utilisateur réfèrent à la perception

qu'il a de sa situation et de sa collaboration dans la démarche d'aide. Voici quelques repères légaux pour guider la réflexion :

- ✓ Selon la Charte des droits et libertés de la personne du Québec : «Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable»;
- ✓ Selon le Code civil du Québec : «Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention»;
- ✓ Dans une situation où la sécurité d'une personne ou d'autrui serait menacée en raison de son état mental, l'intervenant est dispensé de l'obligation d'obtenir un consentement pour agir ou divulguer les renseignements confidentiels nécessaires. Ainsi, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001) permet de demander l'assistance des services policiers afin que l'utilisateur soit hospitalisé contre son gré. Cette loi s'applique exceptionnellement, lorsque le danger est grave et imminent et que la personne concernée n'est pas volontaire, malgré les interventions effectuées, à recevoir des services;
- ✓ L'article 27 du Code civil du Québec prévoit également que "S'il y a des motifs sérieux de croire qu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir un examen psychiatrique." Le CIUSSS peut ainsi s'adresser au tribunal pour demander une garde provisoire pour un usager, c'est-à-dire une évaluation psychiatrique sans son consentement.

### L'article 19.0.1 de la LSSS Levée du secret professionnel

Dans la gestion du risque d'homicide, lorsque le niveau de risque estimé le justifie, il s'avère important d'aviser la victime potentielle du danger encouru. Bien que le secret professionnel puisse être écarté, il est important de rappeler que, selon la Loi sur les services de santé et services sociaux et le Code des professions, seule «*l'information relative au danger doit être communiquée aux personnes exposées au danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours*». Ainsi, la victime potentielle doit aussi être soutenue pour assurer sa sécurité émotionnelle et physique.

### Le droit à la confidentialité

Tout usager de 14 ans et plus a droit à la confidentialité des services et du contenu de son dossier. « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'utilisateur ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom ».

Aussi, « un usager n'a pas le droit d'être informé de l'existence ni de recevoir une communication d'un renseignement le concernant et contenu dans son dossier qui a été fourni à son sujet par un tiers et dont l'information de l'existence ou la communication permettrait d'identifier le tiers, à moins que ce dernier n'ait consenti par écrit à ce que ce renseignement et sa provenance soient révélés à l'utilisateur. »

La notion de consentement fait aussi partie intégrante de la pratique clinique. Le terme consentement est maintenant utilisé dans les articles de lois pour remplacer le terme d'autorisation qui se rapporte à l'autorisation de l'utilisateur ou du client à transmettre des renseignements, à donner accès à son dossier ou à recevoir des soins ou des services. Il existe **trois types de consentement**, soit le **consentement à transmettre des renseignements à un tiers** (incluant le consentement pour un mineur), celui de **donner accès à son dossier** (incluant celui d'un mineur) et le **consentement à recevoir des soins ou des services** (incluant le consentement pour un mineur). De plus, pour être valide, le consentement se doit d'être manifeste, libre, éclairé et à des fins spécifiques pour une durée limitée. Des exceptions au consentement sont possibles et prévues dans les lois, principalement pour assurer la sécurité de la personne en situation d'urgence. Des renseignements sans le consentement du client peuvent être

transmis, notamment pour prévenir un acte de violence, sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner dans le cadre d'une enquête (ex : Curateur public, CDPDJ, Protecteur du citoyen), pour un enfant signalé ou pris en charge par la DPJ, ou dans le cas d'une personne décédée. Enfin, dans le cas d'une personne majeure inapte, il faut appliquer le **consentement substitué**. À ce sujet, l'article 14 du Code civil du Québec précise que «Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.»

En vertu d'une demande d'information en provenance de la loi sur la protection de la jeunesse, l'intervenant est dans l'obligation légale de donner des informations verbales en lien uniquement avec le motif de signalement que ce soit pour l'enfant, les parents ou un tiers, et ce, sans le consentement de l'utilisateur ou du responsable légal. À l'étape de la réception et du traitement du signalement (RTS), aucun accès au dossier physique n'est possible sans autorisation légale préalable de l'utilisateur. À l'étape de l'évaluation du signalement, seulement l'accès au dossier physique de l'enfant sans autorisation légale est permis.

Du moment que l'évaluation de la compromission est terminée, il est obligatoire d'avoir le consentement signé de la personne concernée pour communiquer toute information écrite ou verbale concernant l'enfant, le parent ou un tiers. Il est impératif en tout temps de s'assurer de l'identité de l'intervenant de la DPJ et de l'étape de l'intervention.

Se référer au document suivant pour plus d'informations : « Communiquer pour protéger les enfants » des publications.mess.gouv.qc.ca

## 8. Des approches efficaces en travail social pour la consultation sociale

Avant même d'aborder les approches propres au travail social, il est essentiel de considérer l'alliance thérapeutique comme un élément clé du succès de toute démarche d'aide. Plusieurs études scientifiques concluent que, de toutes les variables qui interviennent dans le processus thérapeutique, l'alliance thérapeutique se révèle le prédicteur le plus robuste du succès thérapeutique (Horvath & Bedi, 2002). Il s'avère ainsi primordial que la création du lien avec l'utilisateur soit au cœur des préoccupations du TS et utilisé comme un outil de travail essentiel. Issue d'une collaboration construite entre l'intervenant et l'utilisateur, l'alliance thérapeutique, telle qu'expliquée par Collot (2011), est définie par plusieurs études comme un concept universel applicable à toute forme de relation d'aide. Ainsi, elle joue un rôle essentiel pour les deux parties, tout au long du suivi.

Parallèlement à l'importance de l'alliance thérapeutique, il est fondamental que le TS puisse développer des compétences qui soutiendront autant ses capacités à créer le lien que l'efficacité des approches utilisées. Ces compétences font référence au savoir, au savoir-faire et au savoir-être dont un intervenant en relation d'aide doit faire preuve. Ainsi, le savoir fait référence aux connaissances du TS en lien avec l'exercice de sa profession. Le savoir-faire, quant à lui, correspond aux habiletés nécessaires pour exercer ses fonctions. De ce fait, la connaissance des approches utiles en service social et les capacités à les mettre en application dans un processus d'intervention réfèrent directement aux compétences significatives des TS. Un élément clé dans leur pratique demeure les attitudes et les comportements professionnels de l'intervenant, compétences que l'on nomme le savoir-être. Ces éléments donnent à l'intervention du TS toute la dimension humaine où l'utilisateur se sent accueilli et soutenu sans jugement, dans une démarche empathique et confiante, qui l'aidera à livrer ses difficultés. C'est souvent à travers ces habiletés que le TS pourra créer une alliance thérapeutique et utiliser des approches efficaces pour accompagner l'utilisateur dans les besoins ciblés. D'ailleurs, Mathilde Du Ranquet (1991) dans son ouvrage sur les approches en travail social fait référence dans chacune des approches décrites à l'importance de la relation entre l'utilisateur et l'intervenant comme facteur prédominant qui expliquera en grande partie l'atteinte des résultats.

Lorsqu'il s'agit d'aborder les approches en travail social, il importe de savoir qu'il en existe une grande diversité, avec des visions, des caractéristiques et des cadres d'analyse propres à chacune. Malgré les différences, elles convergent toutes vers un but commun, soit de répondre aux besoins des usagers et de les soutenir pour atteindre les objectifs ciblés au plan d'intervention. Les services psychosociaux généraux favorisent l'appropriation par les TS d'approches qui ont fait l'objet d'études scientifiques et dont les impacts sont reconnus. Le monde du travail social étant très vaste, et considérant la variété des problèmes auxquels un individu peut faire face, la quantité d'approches l'est tout autant. Ainsi, il devient fréquent que les TS utilisent davantage une approche intégrée au lieu d'un modèle pur. Cela signifie qu'ils s'inspirent de diverses approches pour effectuer des interventions centrées sur le besoin et la situation propre à l'utilisateur. Dans le cadre des services psychosociaux généraux, il est donc possible de retrouver un éventail d'approches différentes que nous décrirons brièvement dans cette partie.

## **L'approche diagnostique ou psychosociale**

L'approche psychosociale, une des plus anciennes en travail social, est surtout une approche utilisée dans un suivi long terme. Toutefois, comme elle est à la base de plusieurs approches plus récentes et qu'un bon nombre de ces éléments font partie du quotidien du TS, elle demeure inhérente à la pratique.

Cette approche se réclame de la théorie des systèmes et insiste sur la configuration personne-situation, ce qui veut dire l'individu lui-même et le contexte de ses interactions et transactions avec son environnement. Issue des théories médicales et psychanalytiques, l'approche psychosociale accorde une plus grande importance à l'environnement de la personne et son rôle dans la situation problème : elle centre son attention sur les interactions à l'intérieur du système-client. Elle considère que tout changement survenu dans un élément du système provoque des changements dans ses relations avec les autres et dans l'ensemble de son système. Ainsi, la connaissance des éléments du système permet de centrer l'intervention sur le plus accessible. La phase initiale de cette approche vise donc à comprendre le problème de l'utilisateur, à établir un diagnostic psychosocial des forces et des faiblesses de l'utilisateur et de sa situation, à engager l'individu dans le changement avec un plan d'action structuré et à établir une relation de travail entre le TS et l'utilisateur. De ce fait, le TS engagera l'utilisateur dans le traitement en agissant principalement sur deux éléments : la motivation du client et sa résistance.

Afin de diminuer les résistances, l'approche psychosociale utilise principalement le pouvoir qu'a la relation de travail entre l'intervenant et l'utilisateur, relation qualifiée de contrôlée. Cette relation se base davantage sur les attitudes personnelles fondamentales que sur des techniques apprises. Le TS exprimera donc ce qu'il perçoit et ressent de la situation afin que l'utilisateur puisse tirer un sentiment de confiance dans la compétence du TS. Il accompagnera ainsi le client selon ses propres perceptions de sa situation problème et tiendra compte de ses préférences dans les moyens utilisés. Ainsi, le savoir-être du TS est essentiel à l'application de cette approche. Deux techniques de traitement sont préconisées dans ce modèle, soit le traitement indirect où le travail est principalement axé sur l'environnement ou le traitement direct alors axé sur le client lui-même.

En résumé, le modèle psychosocial considère la personne dans ses transactions avec le monde extérieur, ici et maintenant. Le diagnostic émis par le TS est un point central, car il permet d'établir un plan d'action et de l'exécuter de façon efficace. La relation de travail s'avère le moyen qui permettra au traitement de se réaliser.

Bien que l'approche psychosociale soit un des premiers modèles d'intervention du travail social, elle détient une place de choix, en ce sens que les éléments de méthodologie et les techniques d'intervention qu'elle a implantés sont utilisés dans plusieurs approches plus récentes.

## **L'approche centrée sur la résolution du problème**

Cette approche s'avère très utile dans le cadre des services psychosociaux généraux, car elle s'applique bien dans un contexte de suivi court et moyen terme. L'essence de cette approche se base principalement sur le fait que l'utilisation des services par l'utilisateur dépend de sa motivation, de ses capacités et des ressources offertes autant par son environnement que par le TS qu'il consulte. La motivation représente ce que l'individu désire et la force à laquelle il le désire, soit ses buts et objectifs immédiats. Les buts du client doivent donc être explorés, en fonction du problème actuel et de ce qui le pousse à résoudre ce problème. Les capacités sont les aptitudes d'ordre affectif, intellectuel et physique que l'utilisateur peut utiliser dans un avenir rapproché. Les ressources référant aux opportunités déjà présentes pour la personne dans son environnement ou celles qu'elle mettra en place conjointement avec le TS.

La phase initiale de cette approche consiste donc à engager l'utilisateur dans l'identification et la clarification de son problème, ainsi que les sentiments et réactions que cela éveille en lui. Ensemble, le TS et le client parviendront à une compréhension commune du problème et aux démarches nécessaires pour le résoudre. L'objectif du traitement n'est pas nécessairement d'aider l'utilisateur à atteindre un équilibre définitif, mais plutôt de l'accompagner à résoudre certains problèmes qu'il perçoit comme insurmontables. Comme l'explique Du Ranquet (1991), c'est ce que la personne ressent, perçoit, pense, désire et fait pour répondre au problème qu'elle a identifié, c'est ce que le TS offre en compréhension, stimulation, apport de ressources et de services qui constituent les fondements de l'approche de résolution du problème, quel que soit le problème.

### **L'intervention en situation de crise**

D'abord, un état de crise se définit comme «un état de bouleversement, de paralysie chez une personne qui subit ou a subi un grand choc. Elle survient quand un stress pèse sur un système et requiert un changement qui se situe en dehors du répertoire habituel de réponse» (Du Ranquet, 1991). L'intervention en situation de crise est une approche régulièrement utilisée dans les services sociaux généraux, car l'état de crise peut être évalué à l'étape de l'AAOR et l'utilisateur peut être maintenu en suivi à court terme. D'ailleurs, cette intervention doit être rapide et à court terme en ayant des objectifs limités. Ces derniers sont principalement centrés sur le soulagement des symptômes, sur le retour au niveau de fonctionnement que l'utilisateur présentait avant la crise, sur la compréhension des facteurs qui ont amené cet état ainsi que ceux qui contribueront à le résoudre. Selon Du Ranquet (1991), il existe différents types de crises, soient les crises prévisibles, transitoires ou situationnelles. Indépendamment du type de crises, la phase initiale de ce modèle propose principalement de créer une relation d'aide centrée sur la situation de crise immédiate et sur la réorganisation cognitive et affective, permettant ainsi d'avoir une perception plus réaliste de la situation et d'organiser le plan d'action nécessaire. Le TS, à cette étape, doit également estimer les dangers potentiels et identifier les besoins de protection. L'état de crise vécu par une personne est souvent un bon levier de changement pour apporter des modifications à des situations souvent difficiles, ainsi l'intervention en situation de crise a pour but de soutenir l'utilisateur dans le rétablissement d'un équilibre confortable pour lui-même.

### **L'approche court terme planifiée ou centrée sur la tâche**

Comme son nom l'indique, cette approche est très indiquée dans un contexte d'intervention n'excédant pas 12 rencontres. Partant du même principe que le modèle de résolution de problème, il place le problème du client au centre de l'intervention. Le problème le plus accessible à la motivation du client constitue généralement le début de l'intervention. Selon Du Ranquet (1991), cette approche s'appuie sur le fait que le diagnostic accorde plus d'importance aux problèmes vécus par la personne et aux moyens inefficaces de le traiter qu'aux traits de personnalité ou au fonctionnement global. Le traitement se voit également limité dans le temps pour aider l'utilisateur à atteindre un objectif précis à l'aide de tâches bien déterminées et nécessaires à la solution du problème ciblé par la personne. Les auteurs de cette approche, Reid et Epstein donnent d'ailleurs le nom de *problème cible* au problème central identifié par l'utilisateur et ont classé sous forme de *typologie* les différents problèmes pouvant être observés. Cette classification est d'ailleurs régulièrement utilisée dans le cadre de l'AAOR et de la consultation sociale (se référer à l'Annexe 10). Dans la phase initiale de cette approche, la priorité est d'explorer les différents problèmes afin de choisir le bon *problème cible*. Les tâches sont ensuite planifiées selon l'objectif préalablement déterminé et défini dans le temps.

### **L'approche modification du comportement**

L'objet de l'étude de cette théorie est le comportement observable d'un individu, ce qui signifie les réactions de la personne qui peuvent être perçues de l'extérieur et les actions de l'individu lui-même. Du Ranquet (1991) décrit cette approche par le fait que la plupart des comportements humains, peu importe

leur nature, proviennent d'apprentissage et découlent des interactions entre l'individu et son environnement. Les réactions de l'entourage et surtout des personnes significatives deviennent des renforçateurs positifs au maintien de ces comportements, qu'ils soient adaptés ou inadaptés. Donc, ces comportements ayant été appris par des stimulations répétées peuvent être remplacés par d'autres comportements davantage bénéfiques à l'utilisateur. Le TS a donc comme objectif de faciliter le changement ou la stabilisation d'un comportement. Il peut ainsi soutenir l'individu en travaillant à modifier les renforçateurs actuels d'un comportement non souhaité ou encore en aidant l'individu à modifier ces propres pensées et perceptions afin qu'il modifie lui-même ce comportement.

### **L'approche orientée vers les solutions**

Cette approche peut être couramment utilisée dans le cadre d'un suivi bref ou court terme, car elle a pour but de donner du pouvoir aux gens sur une situation idéale pour eux. Elle place l'utilisateur comme un expert de sa situation et l'intervenant comme un accompagnateur pour cibler les changements qu'il souhaite faire dans sa vie. Peacock (1991) indique que l'emphase est mise sur les solutions et non sur les explications des problèmes. Il n'est donc pas nécessaire de connaître la cause ou la fonction d'un symptôme pour résoudre le problème, l'intervention est axée sur le présent et le futur. L'intervenant s'allie à l'utilisateur pour accéder à ses ressources personnelles et pour se concentrer sur les solutions qui l'aideront à faire des changements. La force de l'alliance thérapeutique s'avère l'enjeu principal.

### **L'approche systémique**

L'approche systémique fait référence à un système en interaction avec son environnement. Le système comprend l'ensemble des éléments et relations organisés en fonction d'un but. Une modification dans l'un de ces éléments ou relations entraîne des changements dans le système tout entier. L'approche systémique est reliée à la théorie des communications qui utilise les mêmes concepts et processus. La meilleure façon de décrire les éléments dans un système n'est pas de les décrire comme individus, mais plutôt comme des personnes en communication avec d'autres. Le contenu de la communication n'est pas l'objet principal de la théorie, c'est l'aspect relationnel de la communication qui importe, aussi appelé métacommunication. Ainsi, la qualité des relations entre différents systèmes et la façon de communiquer de ce même système jouent des rôles importants dans l'analyse d'une situation systémique. Le TS, faisant lui-même partie du système, a comme rôle de soutenir l'individu face au retour ou au maintien d'un certain équilibre. Ainsi, il pourra l'accompagner dans la redéfinition de son système et ses interactions, soit : des règles, des rôles, des frontières, du territoire, des limites, etc.

### **L'entretien motivationnel**

Selon Gaudreault (2016), l'entretien motivationnel est une méthode de communication centrée sur l'utilisateur ciblant les situations où l'ambivalence est présente. Cette intervention fait partie des meilleures pratiques en troubles concomitants (NICE, NIMH, Santé Canada), en plus d'être une pratique efficace reconnue dans plusieurs méta-analyses dans de nombreux domaines liés à la santé comme la cessation tabagique (Lundahl et al., 2013), le changement des habitudes de vie (O'Halloran et al., 2014; Armstrong et al., 2011; Lee et al., 2016; VanBuskirk et Wetherell, 2014; Lundhal et al., 2013), l'adhérence à un traitement (Palacio et al., 2016), la diminution des comportements dommageables (McMurran, 2009; Groot, 2008), le suivi de maladies chroniques (Lee et al., 2016; Ekong et Kavookjian, 2015; VanBuskirk et Wetherell, 2014), l'utilisation de substances (Cleary et al., 2009; Riper et al., 2013; VanBuskirk et Wetherell, 2014; Kohler et Hofmann, 2015; Lundahl et al., 2013), etc.

L'entretien motivationnel est maintenant utilisé dans tous suivis, souvent en intégration avec d'autres types d'approches ou lors d'entretiens ciblant directement le changement. Il peut être utilisé par différentes disciplines pouvant effectuer des suivis ponctuels, brefs ou réguliers, tant individuels que de groupes.

## L'approche centrée sur les forces

Développée par Charles A. Rapp et Richard J. Goscha de l'université du Kansas, l'approche vise à aider les personnes à reprendre du pouvoir sur leur vie en découvrant leurs forces et en les utilisant pour atteindre leurs buts. S'inscrivant dans le mouvement du rétablissement en santé mentale, il s'agit d'une perspective novatrice et « déstigmatisée » en opposition au modèle d'intervention traditionnel axé sur les déficits. Elle repose sur le principe que chaque personne possède des aspirations et des talents pour les réaliser lorsqu'elle se trouve dans un milieu offrant des ressources et des possibilités afin de soutenir l'atteinte de ses buts. Ainsi, toute personne peut se rétablir et reprendre du pouvoir sur sa vie.

Pour cette approche, la personne est le maître d'œuvre de l'intervention, elle est donc chargée de la direction que prendront les services. L'alliance thérapeutique est centrale et repose sur une relation égalitaire et sincère avec l'intervenant. L'engagement dans la relation est d'ailleurs la première étape du processus d'aide. Dès lors, l'intervenant se positionne comme un miroir particulièrement sensible aux possibilités, aux options, aux sources de résilience, aux réussites, aux rêves et habiletés afin de refléter cette vision à la personne et d'instiller l'espoir.

La seconde étape du processus d'aide consiste à réaliser l'inventaire des forces individuelles et environnementales. Cet exercice permet de prendre conscience des compétences présentes et utilisées dans le passé, des connaissances accumulées à travers l'expérience de vie, des ressources disponibles et des rêves significatifs pour la personne dans ses différents domaines de vie. Ces forces seront ensuite utilisées dans la réalisation d'un plan d'action personnel de rétablissement afin d'aider la personne à atteindre ses aspirations. Ce plan décortique de petites actions ayant de fortes chances de succès afin que la personne vive des réussites et se mette progressivement en action. Ce processus amène la personne à s'inscrire dans une niche habilitante, c'est-à-dire un milieu propice au développement de ses forces et à la réalisation de ses rêves. En plus d'accompagner l'individu dans la découverte et la mobilisation de ses forces, l'intervenant a aussi pour rôle de mettre celles-ci en relation avec les ressources et opportunités environnementales correspondant à ses aspirations. Une telle approche stimule la motivation et l'engagement dans le suivi, en plus de permettre à la personne de reprendre du pouvoir sur sa vie et d'améliorer son fonctionnement social (Rapp & Goscha, 2012).

---

Ces approches s'avèrent ainsi les plus pertinentes pour les TS des services psychosociaux généraux. Nous en avons énuméré les principales, mais il en existe d'autres, telles que : l'approche féministe, l'approche interculturelle, l'approche écologique, l'approche structurelle ou encore l'approche réseau. Évidemment, au-delà de l'approche ou du modèle d'intervention utilisé, le contexte d'intervention dans les services psychosociaux généraux nécessite d'abord le développement de compétences générales et transversales sur plusieurs types de problématiques et d'interventions.

Dans certains contextes et les réalités territoriales, il est possible que certains secteurs jugent pertinent d'utiliser d'autres approches afin de mieux répondre aux besoins de la population. L'exercice du jugement clinique et d'une pensée critique du TS, en s'inscrivant plus largement dans une pratique réflexive, est alors primordial. En outre, le TS en GMF ou à l'AAOR s'assure d'utiliser une approche reconnue qui s'inscrive dans l'offre de service court terme telle que décrite dans les présents standards.

## 9. Conclusion

Ces standards de pratique des services psychosociaux généraux du CIUSSS de la Capitale-Nationale émergent du désir de voir une meilleure reconnaissance de l'identité professionnelle des TS œuvrant au sein de ce programme et également une meilleure utilisation des compétences spécifiques à leur profession. Le présent document permettra aux professionnels d'avoir des balises de pratique harmonisées favorisant des interventions centrées sur les usagers au sein d'un continuum intégré de services. Ainsi, les standards en termes d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience devraient être observés au niveau clinique et administratif.

À la suite de la publication d'une première version de ces standards au printemps 2017, un processus de consultation a permis de recueillir les commentaires des TS ainsi que des coordonnateurs et gestionnaires concernés. Cette démarche a permis d'inscrire ces standards dans la perspective des travaux de l'accès intégré et harmonisé, de par la fonction d'accès jouée par les TS des services psychosociaux généraux. Il s'agit donc d'un document évolutif que les différents acteurs s'approprient et contribuent à construire en cohérence avec l'offre des services psychosociaux généraux et les grands travaux organisationnels du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le succès de cette démarche repose sur la mobilisation de tous les paliers de l'organisation, sur une volonté individuelle et collective d'améliorer le processus actuel et de parfaire le développement des bonnes pratiques. Ce travail est une première étape vers la poursuite de l'amélioration continue. Ainsi, nous espérons que les défis d'une bonne communication et de la mise à jour régulière de cet outil seront perpétués.

Nous sommes très fiers de vous partager notre satisfaction quant aux travaux accomplis dans les derniers mois dans le respect des différentes réalités territoriales. Avec cette harmonisation des services, l'importance de toujours maintenir les besoins des usagers au centre de nos préoccupations, en faisant évoluer nos approches avec fluidité sur un si vaste territoire, demeureront des enjeux quotidiens. Bien que les programmes-clientèles du réseau de la santé et des services sociaux soient en places depuis de nombreuses années, la vague de changements actuelle exige des professionnels y œuvrant de grandes capacités d'adaptation. Nous souhaitons par les présents standards fournir des repères et des outils soutenant leur pratique dans ce contexte.

Nous tenons à remercier sincèrement la Direction des services multidisciplinaires pour cette opportunité et pour leur confiance en nos réalisations.

## 10. Bibliographie

BELLEMARE, SANDRA (2016). *Le champ d'exercice de la profession de travailleuse sociale balisé par la loi 21*, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec, 1 p.

CENTRE NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ MENTALE [CNESM] (2016). *Guide de déploiement d'une offre de services de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale adulte*. 28 p.

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2016). *Engagement et consentement aux services, AR-420*. Secteur Portneuf, Donnacona, 1 p.

CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2016). *Politique relative à l'identification des usagers*, Québec, 11 p.

CIUSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (2015). *Guide d'estimation et de gestion du risque d'homicide, manuel du participant*, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 80 p.

COLLOT, ÉDOUARD et al. (2011). *L'alliance thérapeutique, fondements et mise en œuvre*, édition DUNOD, Paris, 256 p.

CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE (2009). *Cadre de référence, normes et standards de pratique psychosociale*, Lanaudière, 48 p.

CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE (2014). *Guide des standards de pratique de première ligne au soutien à domicile*, Québec, 107 p.

CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE (2008). *Guide d'intervention en matière de violence conjugale*, Québec, 137 p.

DE ROBERTIS, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social: l'aide à la personne*. Bayard.

DU RANQUET, M. (1991). *Les approches en service social*, 2<sup>e</sup> édition, Québec, 222 p.

GAUDREAU, KARINE (2016). *L'entretien motivationnel, plan de formation 2016-2017*, CIUSSS de la Capitale-Nationale, DSMD, Québec.

HEMANDEZ et al., (1985), *Integrated Practice: An advanced Generalist Curriculum to Prepare Social Problem Specialist*.

HORVATH A.O. et BEDI R.P. (2002). *The Alliance*, in J.C Norcross (Ed). *Psychotherapy Relationships that Work*, New York, Oxford University Press, 37-70.

JASMIN, É. (2013). *Gestion par processus et optimisation des processus*. Centre d'expertise des grands organismes [CEGO].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, Québec, 612 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX, offre de service, Québec, 67 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Prévention du suicide : guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et services sociaux*, Québec, 83 p.

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC (2007). *Guide de normes pour la tenue des dossiers et des cabinets de consultation*, Montréal, 64 p.

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC (2011). *Cadre de référence : l'évaluation du fonctionnement social*, Montréal, 40 p.

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC (2012). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec*, Montréal, 79 p.

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, Montréal, 34 p.

RAPP, C.A. ET GOSHA R.J. (2012). *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*. Oxford University Press, New York, 352 p.

TESSIER, A., Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). (2013). *Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

## SITES

CODE DE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26> (consulté le 27 octobre 2016).

LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1> (consulté le 17 octobre 2016).

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2> (consulté le 17 octobre 2016)

Projet de loi P-38.001 : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001> (consulté le 17 octobre 2016).

## Annexes

---

---

## Annexe 1 – Guide explicatif pour l'utilisation du FABO : Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation

Ce formulaire d'analyse est utilisé par les différents intervenants de l'accès intégré et harmonisé du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il permet de synthétiser l'essentiel des données recueillies concernant le besoin prioritaire de l'utilisateur, de les analyser et de formuler une opinion professionnelle en vue d'une orientation.

### Normes d'accessibilité :

Le FABO s'inscrit dans la volonté ministérielle d'améliorer et de répondre à l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population, et ce, en actualisant les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Le principe de l'accessibilité compétente sous-tend le FABO. Ce principe «favorise l'organisation du travail en utilisant les connaissances et les compétences de chacun pour dispenser le service approprié par une personne compétente, au moment opportun, à l'endroit souhaité et pour la durée requise» (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif, p.27).

**Utilisation du FABO :** Le FABO est complété par les intervenants de diverses disciplines qui ont des fonctions d'accès dans l'établissement pour toute référence vers les programmes clientèles. Il ne constitue pas une évaluation disciplinaire ni un acte réservé, mais bien une analyse sommaire à des fins d'orientation seulement. Cependant, il est entendu que le cadre d'analyse associé à la discipline de l'intervenant transparaisse dans son opinion professionnelle.

- Les six sections de l'outil sont obligatoires à compléter. La quantité d'information à inscrire varie toutefois selon les situations. Ainsi, la liste des éléments suggérés pour chaque section dans le présent guide explicatif est fournie à titre indicatif. Le jugement clinique prévaut en tout temps afin de retenir uniquement les données pertinentes à l'orientation.

- Dans son analyse, l'intervenant distingue les données objectives (faits) des données subjectives (perceptions). Également, lorsque ces éléments diffèrent, il distingue la demande initiale formulée par l'utilisateur ou le référent du besoin prioritaire convenu au terme de son analyse.

- L'identification du besoin prioritaire résulte d'une prise de décision conjointe, où l'utilisateur prend connaissance des différentes options possibles ainsi que des avantages et inconvénients associés.

- L'orientation convenue au terme de l'analyse du besoin prioritaire s'appuie sur les évidences et l'offre de services des programmes et du réseau local de services.

- Le FABO est complété dans un souci de continuité clinique, l'intervenant du programme qui débute un suivi prendra connaissance du FABO et s'appropriera ces informations dans son évaluation où il approfondira les éléments pertinents au suivi.

### Utilisation optionnelle des outils complémentaires:

Différents outils cliniques soutiennent les évidences. En complément au FABO, les intervenants ayant des fonctions d'accès utilisent les outils requis pour chaque évidence ainsi que les outils qu'ils jugent pertinents selon la situation.

### Normes de qualité :

Les normes de tenue de dossier des ordres professionnels encadrent l'utilisation de ce formulaire ainsi que la Directive relative à la tenue et la gestion du dossier de l'utilisateur du CIUSSS de la Capitale-Nationale (D-PO-22-1). Il est attendu que la rédaction du FABO soit pertinente, précise, exacte, organisée, concise, à jour, complète, objective, exempte de commentaires discriminatoires, signée et datée, écrite dans un français de qualité et qu'elle consigne les actes professionnels dans un souci de continuité.

**Guide explicatif :**  
**Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation [FABO]**

Date	<input type="text" value="Date de l'analyse"/>		
Dossier	<input type="text"/>		
Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Sexe	<input type="text"/>	Date naissance	<input type="text"/>
NAM	<input type="text"/>	Exp.	<input type="text"/>

### Demande et contexte de l'analyse

#### Consentement de l'utilisateur

- ✓ Consentement de l'utilisateur à procéder à cette analyse
- ✓ Particularités du consentement s'il y a lieu (par exemple le consentement substitué ou un consentement excluant certaines informations)

#### Sources d'information consultées

- ✓ Équipe clinique, Dossier, Usager(ère), Conjointe, Père, Mère, Frère. Mère, Sœur, Enfant, Partenaires RLS, Autre

#### Demande initiale formulée par l'utilisateur et le référent

- ✓ De qui vient la demande?
- ✓ Si la demande de l'utilisateur diffère de celle du référent, l'indiquer et en tenir compte pour l'analyse

#### Description de la situation problématique

- ✓ Qui, quoi, quand, comment, quels besoins et quels impacts (AVD-AVQ ou autre) liés aux domaines suivants : situation de vie quotidienne, finances, travail et éducation, relations soutenant, santé et bien-être, loisirs, spiritualité et culture
- ✓ Diagnostics (santé physique et santé mentale) ayant une influence sur la demande de service
- ✓ Manifestations, symptômes et leur sévérité

#### Services antérieurs ou actuels pertinents

- ✓ Services pertinents à l'orientation (publics, privés, RLS)

### Capacité à se déplacer pour obtenir ses soins et services

- ✓ Oui, Non, non applicable

Commentaires : Capacités physiques (seul, avec aide) et financières à se déplacer (temporaire, permanente)

## Facteurs de risque et facteurs de protection personnels et environnementaux

Appréciation des besoins de la personne en tenant compte des facteurs de risques et de protection, tels que :

- ✓ Risque suicidaire ou d'homicide, sécurité et développement des enfants, dépistage violence conjugale et familiale, AVD-AVQ, dépistage de situations à risque telles que maltraitance, négligence, consommation, chutes, présence ou absence de réseau, isolement, ressources utilisées de façon régulière ou occasionnelle, compensation des facteurs de risque ou aggravation, etc.

## Analyse de la situation et opinion professionnelle

- ✓ Synthèse des observations et données recueillies pertinentes en lien avec le besoin prioritaire
- ✓ Hypothèses cliniques par rapport à la problématique (circonscrire la motivation, les capacités et opportunités ex : disponibilité au changement)
- ✓ À la lumière de l'analyse effectuée et du processus de prise de décision conjointe avec l'utilisateur, l'intervenant se positionne sur le besoin prioritaire retenu à des fins d'orientation dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale ou dans le réseau local de services

## Besoin prioritaire et orientation

- ✓ En lien avec le besoin prioritaire retenu avec l'utilisateur, le professionnel présente ici le service et le type de professionnel vers lequel diriger.
- ✓ Évidence, programme, territoire, professionnel, nom de la cellule (s'il y a lieu)

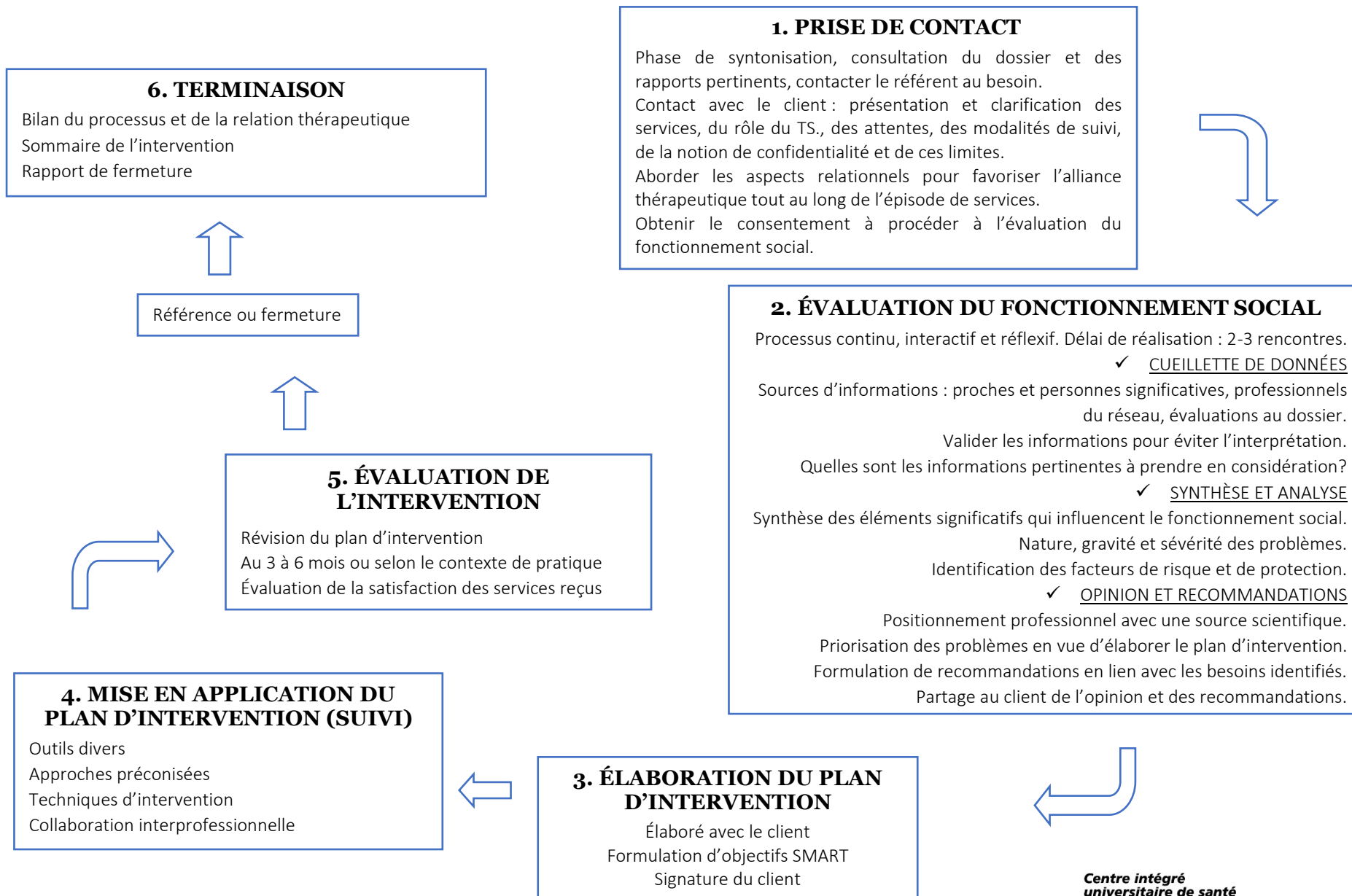
## Signature

Rédigé par

Date

Signature

## Annexe 2 – Le processus clinique en travail social



## Annexe 3 – Les facteurs de risque et de protection

### Les facteurs de protection

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs de soutien
<p><b><u>Biologiques / génétiques / héréditaires</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bon tempérament;</li> <li>• Peu ou pas d'histoire familiale concernant la maladie mentale;</li> <li>• Prise de médication adéquate contrôlant des symptômes.</li> </ul>	<p><b><u>Rôles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarté des rôles dans la famille;</li> <li>• Rôles sociaux bien assumés               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comme parent, conjoint, fratrie</li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Environnement immédiat</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions économiques favorables;</li> <li>• Emploi stable et valorisant;</li> <li>• Quartier sécuritaire et adéquat;</li> <li>• Logement adéquat.</li> </ul>
<p><b><u>Psychologiques</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonnes habiletés au niveau du langage, communication, expression des sentiments;</li> <li>• Bonnes habiletés au niveau de la résolution de problèmes;</li> <li>• Capacités relationnelles;</li> <li>• Bonne estime de soi, concept de soi positif;</li> <li>• Stabilité émotionnelle;</li> <li>• Porteurs de valeurs d'entraide, de persévérance;</li> <li>• Mécanismes de défense ou d'adaptation relativement adéquats</li> <li>• Bonnes capacités d'adaptation.</li> </ul>	<p><b><u>Relation/support</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau suffisant;</li> <li>• Supportant;</li> <li>• À proximité;</li> <li>• Qualité des relations/disponibilité affective</li> </ul>	<p><b><u>Soutien social</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à des sources de soutien variés               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Groupes communautaires, institutionnels</li> </ul> </li> <li>• Mesures de soutien               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quantité et qualité des politiques sociales</li> <li>✓ Quantité et qualités des services</li> </ul> </li> <li>• Valeurs sociales et culturelles d'entraide et de coopération;</li> <li>• Sécurité.</li> </ul>
<p><b><u>Comportements</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonnes habitudes de vie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consommation tabac, alcool, médicaments</li> <li>✓ Activités physiques</li> <li>✓ Sommeil</li> </ul> </li> <li>• Scolarité</li> </ul>	<p><b><u>Valeurs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De coopération;</li> <li>• D'autonomie;</li> <li>• De persévérance</li> </ul>	<p><b><u>Environnement politique et économique</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions économiques plus globales;</li> <li>• Climat politique stable, paix.</li> </ul>

## Les facteurs de risque externes

Environnementaux	Socio-économiques	Démographiques/géographiques
<p><b><u>Familiales</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mécontentes familiales, séparation, instabilité du couple;</li> <li>• Être séparé d'un des parents pour un moment (ex. hospitalisation de la mère, absence du père);</li> <li>• Décès d'un parent en bas âge;</li> <li>• Famille monoparentale;</li> <li>• Violence dans la famille (subir ou témoin);</li> <li>• Scolarité des parents;</li> <li>• Maternité en bas âge;</li> <li>• Présence de dépression chez les parents;</li> <li>• Relations parentales marquées du sceau de l'anxiété et l'ambivalence;</li> <li>• Discipline sévère, mais inconstante;</li> <li>• Présence chez les parents de problèmes d'alcoolisme/toxicomanie/dépendance au jeu : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ À Montréal, septembre 2000, 2 % de la population ont des problèmes de jeu (10 à 15 000 joueurs);</li> <li>✓ Pour chaque joueur excessif, il y a dix membres de la famille, amis, employeurs affectés par le phénomène</li> </ul> </li> <li>• Vivre avec des parents à charge;</li> <li>• Vivre avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé physique et mentale;</li> <li>• Événements traumatisants (ex. accident d'auto);</li> <li>• Vivre des deuils.</li> </ul>	<p><b><u>Pauvreté</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des conditions de vie liées à la pauvreté (revenu, logement, etc.) : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En 1995, 20 % des Québécois vivaient sous le seuil de la pauvreté</li> <li>✓ En 1995, 82 % des familles monoparentales vivent dans la pauvreté.</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>Incertitude économique</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplois précaires;</li> <li>• Emplois saisonniers;</li> <li>• Endettement.</li> </ul> <p><b><u>Scolarité</u></b></p> <p><b><u>Statut socio-économique</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salarié à statut précaire;</li> <li>• Vivre de l'aide de dernier recours ou pas;</li> <li>• Chômeur.</li> </ul>	<p><b><u>Emplacement géographique</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines régions sont plus à risque d'autres : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Par exemple, le taux de suicide est plus élevé en Abitibi-Témiscamingue qu'ailleurs au Québec.</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>Isolement géographique</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivre en ville, en campagne ou en zone semi-urbaine ne veut pas dire la même chose</li> </ul> <p><b><u>Isolement social ou surpeuplement</u></b></p>

## Les facteurs de risque internes (facteurs personnels)

Héréditaires	Biologiques	Comportementaux	Psychologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>Maladies mentales dans la famille;</li> <li>Tempérament (impulsivité, colère, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problèmes de santé physique :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 25 % des personnes aux prises avec des maladies physiques graves finissent par devenir très dépressifs (crise cardiaque, ACV, cancer, diabète, etc.)</li> </ul> </li> <li>Handicap physique/intellectuel;</li> <li>Accumulation de pertes physiques (PA);</li> <li>Intégrité du SNC                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Déficits neurophysiologiques.</li> </ul> </li> <li>Sexe :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Femmes</b> : les femmes font 2 fois plus de dépressions que les hommes;</li> <li>✓ <b>Hommes</b> : Les hommes se suicident beaucoup plus que les femmes, 3 pour 1</li> <li>✓ Les sans-abri sont des hommes à 85 %.</li> </ul> </li> <li>Âge :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les personnes âgées sont plus à risque à cause de leur âge;</li> <li>✓ Les bébés sont plus à risque à cause de leur âge.</li> </ul> </li> <li>L'origine culturelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportements perturbateurs, hostiles;</li> <li>Comportements exagérément obéissants, soumis;</li> <li>Comportements à risque au niveau des habitudes de vie :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sommeil;</li> <li>✓ Consommation tabac, alcool, médicaments;</li> <li>✓ Poids;</li> <li>✓ Exercice physique.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impuissance apprise;</li> <li>Le doute appris/insécurité personnelle;</li> <li>Faible estime de soi;</li> <li>Mécanismes de défense inappropriés ou mal adaptés;</li> <li>Deuil non résolu;</li> <li>Introversión +++;</li> <li>Faibles capacités au niveau de la résolution de problèmes;</li> <li>Faibles habiletés au niveau de la communication.</li> </ul>

Document original élaboré au CLSC Drummond (2002), bonifié par Lise Hébert (2008) et Lucie Chaîné (2015). Révisé par Sandra Bellemare, conseillère-cadre au CIUSSS de la Capitale-Nationale (2017).

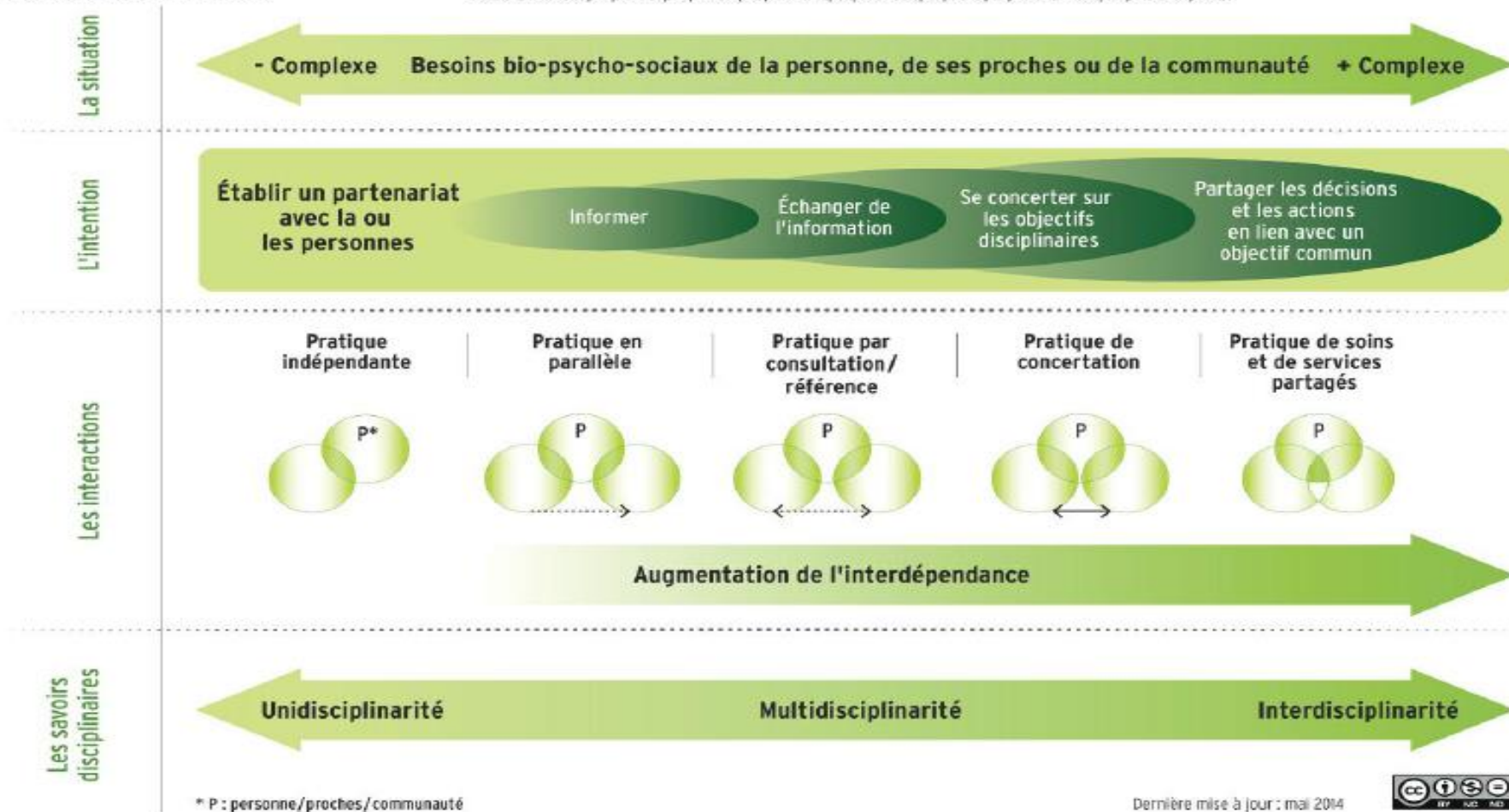
## Annexe 4 – Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux et référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme



Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux


### Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Auteurs : Careau, E.; Brière, N.; Houle, N.; Dumont, S.; Maziade, J.; Paré, L.; Desaulniers, M.; Museux, A.-C.





## Annexe 5– Cadre d’analyse de l’OTSTCFQ<sup>17</sup>

 <b>DESCRIPTION DES CRITÈRES DE COMPLEXITÉ DES DOSSIERS</b>					
DOSSIER/ CRITÈRES	DOSSIER PROBLÉMATIQUE (risque élevé urgence élevée) <b>X 4</b>	DOSSIER COMPLEXE (risque élevé urgence faible) <b>X 3</b>	DOSSIER MOBILISANT (risque peu élevé) <b>X 2</b>	DOSSIER DE ROUTINE (absence de risque) <b>X 1</b>	DOSSIER DE MAINTIEN (absence de risque) <b>X 0,5</b>
Plan d'intervention	• Plan à multiples interventions; à compléter à court terme	• Plan à multiples interventions; à compléter à moyen et à long terme	• Plan à multiples interventions; à compléter à long terme	• Plan d'intervention en consolidation	• Plan d'intervention de maintien
Intensité + fréquence des interventions	• Situation qui requiert une intervention soutenue  • Interventions quotidiennes ou aux 2-3 jours	• Interventions fréquentes  • Interventions hebdomadaires	• Interventions non planifiées  • Interventions fréquentes qui demandent beaucoup de temps de façon sporadique	• Interventions régulières planifiées  • Interventions de nature préventive  • Interventions mensuelles	• Interventions sporadiques  • Interventions aux 3 mois et plus
Risque	• Risque élevé : l'intégrité et la sécurité de la personne ou de l'entourage sont compromises. Risque de passage à l'acte (dangerosité)	• Risque élevé : danger potentiel pour l'intégrité et la sécurité de la personne ou de son entourage	• Peu de risque pour l'intégrité et la sécurité de la personne ou de l'entourage	• Absence de risque pour l'intégrité et la sécurité de la personne ou de l'entourage	• Absence de risque pour l'intégrité et la sécurité de la personne ou de l'entourage
<b>URGENCE</b>	<b>URGENCE ÉLEVÉE</b>	<b>URGENCE FAIBLE</b>	<b>PAS D'URGENCE</b>	<b>PAS D'URGENCE</b>	<b>PAS D'URGENCE</b>
Problématique	• Danger de blessures graves : violence, suicide, décompensation, feu, fugue, etc.  • Hospitalisation, hébergement ou placement imminent/requête en soins et hébergement	• Danger imminent : problématiques complexes exigeant une recherche soutenue de solutions  • Planification d'une hospitalisation, d'un hébergement ou d'un placement	• Problématiques non complexes, mais la personne/réseau mobilise beaucoup de temps  • Réponse aux demandes répétées de la part de la personne	• Personne présentant peu de situations psychosociales problématiques	• Situation stabilisée
Vulnérabilité de la personne	• Grande vulnérabilité : très peu de ressources internes  • État dysfonctionnel	• Vulnérabilité : ressources internes limitées  • État fonctionnel limité	• Présence de ressources internes  • État fonctionnel limité	• Présence de ressources internes  • État fonctionnel stabilisé	• Présence de ressources internes  • État fonctionnel stabilisé
Les ressources	• Réseau inexistant, problématique ou épuisé  • L'intervenant est la seule ressource de la personne  • Absence de ressources/aucune ressource financière pouvant compenser les incapacités de la personne	• Réseau social limité et/ou problématique  • La personne peut avoir accès à certaines ressources  • La personne a des ressources financières limitées pouvant compenser minimalement ses incapacités	• Réseau épuisé  • La personne a accès à certaines ressources pouvant compenser ses incapacités	• Réseau d'aidants stable  • La personne a accès à des ressources pouvant compenser ses incapacités	• Réseau d'aidants stable  • La personne a accès à des ressources pouvant compenser ses incapacités
Autres caractéristiques	• Dossier litigieux requérant une vigilance accrue et une rédaction rigoureuse  • Démarches complexes exigeant une bonne connaissance des lois en vigueur	• Démarches inhabituelles avec une certaine complexité	• Démarches administratives nombreuses pour répondre aux besoins de la personne, mais qui sont peu complexes	• Démarches concrètes longues à compléter : situations stables et sans risque	• Démarches sporadiques et récurrentes pour assurer la stabilité

Conçu par l'OTSTCFQ (juin 2009) à partir du document Charge de cas des intervenants sociaux, PPAUV – 2005, révisé en 2008 (Annie de Simard, L. S., CSSS de la Montagne)

<sup>17</sup> Se référer au « Cadre d’analyse de la charge de cas et de la charge de travail des travailleurs sociaux », OTSTCFQ, 2009, 14 pages.

## Annexe 6– Entente de service

### ENTENTE DE SERVICE DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

La consultation sociale vise à évaluer et à mobiliser les ressources d'une personne afin de lui permettre d'atteindre un fonctionnement social satisfaisant.

#### Ensemble, nous travaillerons à :

- Analyser votre besoin prioritaire.
- Établir un plan d'intervention en précisant vos objectifs, moyens, modalités et résultats à atteindre.
- Évaluer l'atteinte de vos objectifs en fin de suivi.

#### Pour cela nous vous demandons :

- Un engagement pouvant aller, selon l'évolution de votre situation, jusqu'à 12 rencontres, d'une durée maximale de 60 minutes chacune.
- D'être ponctuel, s'il y a un retard, nous terminerons quand même à l'heure prévue.
- Si vous avez un empêchement majeur, il est de votre responsabilité de nous aviser de votre absence au moins 24 heures à l'avance afin de fixer un autre rendez-vous. Si nous demeurons sans nouvelle de votre part, nous pourrions effectuer jusqu'à 3 appels selon votre situation et une lettre vous sera acheminée pour vous aviser de la fermeture de votre dossier.

#### Modalités de fin d'intervention :

- Lorsque vos objectifs sont atteints (maximum 12 rencontres).
- Lorsque les services peuvent être poursuivis dans la communauté.
- Si vous manifestez un comportement inacceptable.
- S'il y a un désengagement de votre part.

#### La confidentialité

Nous ne pouvons divulguer ou obtenir de l'information vous concernant sans votre consentement. À titre de professionnels, nous observons la confidentialité la plus rigoureuse par rapport à vos propos et toute l'information contenue à votre dossier. Cependant, certaines exceptions peuvent s'appliquer :

- Le travail au sein d'une équipe multidisciplinaire.
- La loi de la protection de la jeunesse nous oblige à signaler un enfant dont le développement et la sécurité sont compromis. Nous sommes aussi dans l'obligation de collaborer à une évaluation du Centre jeunesse.
- La loi oblige aussi à intervenir lorsque votre vie ou celle d'un autre est menacée de façon imminente.
- Les deux (2) parents d'enfants âgés de moins de 14 ans doivent être informés des interventions réalisées auprès de leur jeune, à moins d'un avis contraire d'ordre juridique, le parent qui consent au service s'engage à aviser l'autre.

Je confirme avoir pris connaissance du contenu de la démarche et avoir eu une copie :

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

En cours de suivi, si vous aviez des insatisfactions, nous vous invitons à le signifier à votre intervenant. Si vos insatisfactions se poursuivaient, vous adresser au commissaire aux plaintes au 418 691-0762.

## Annexe 7 – Description des professions

### Infirmier

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ».

Évalue la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
Exerce une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
Effectue le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
Assure la continuité et la qualité des soins.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, champ d'exercices et activités réservées, 2017.

### Technicien en travail social

Évalue l'autonomie psychosociale de l'utilisateur;
Tient à jour et transmet des informations aux intervenants de leur équipe pour soutenir la relocalisation des usagers;
Intervient sur des problématiques sociales ciblées (ex. itinérance);
Mobilise les capacités personnelles, relationnelles et décisionnelles ainsi que les ressources de l'environnement social et familial de l'utilisateur.

Outil d'aide CSSSVC intitulé tâches spécifiques des rôles professionnels en santé mentale, 2016.

### Éducateur spécialisé

Évalue les capacités et les difficultés au quotidien en effectuant des interventions qui visent l'adaptation, la réadaptation, l'intégration et la réintégration dans une perspective de développement et de maintien d'habiletés adaptatives adéquates;
Stimule la personne atteinte d'un trouble à répondre à ses besoins dans l'accomplissement de ses activités de la vie domestique (AVD) et quotidienne (AVQ) par des approches éducatives ou la mise en place de mesures de support et de suppléance;
Participe à l'organisation du milieu de vie de l'utilisateur;
S'assure de connaître les ressources et services du milieu afin d'assister et de soutenir l'utilisateur dans ses démarches d'intégration dans la communauté;
Élabore un cadre visant la modification du comportement selon la volonté de l'utilisateur.

Outil d'aide CSSSVC intitulé tâches spécifiques des rôles professionnels en santé mentale, 2016.

### Travailleur social

« Le travailleur social évalue le fonctionnement social dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne. Le travailleur social vise à favoriser et renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés dans l'exercice de leurs droits, l'accomplissement de leurs rôles sociaux, leurs relations interpersonnelles, leur participation citoyenne en relation avec le développement social. ».

Évalue le fonctionnement social d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neurologique attesté par un diagnostic ou une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
Procède à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant;
Intervient dans les situations complexes et à risque de préjudice;
Effectue le suivi lorsque les besoins sont majoritairement d'ordre psychosocial (aspect relationnel, difficultés familiales et conjugales, protection);
Mobilise les capacités personnelles, relationnelles et décisionnelles ainsi que les ressources de l'environnement social et familial de l'utilisateur.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2017. Outil d'aide CSSSVC intitulé tâches spécifiques des rôles professionnels en santé mentale, 2016.

### Psychologue

« L'exercice de la psychologie consiste à évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement ».

Évaluer le fonctionnement psychologique et la santé mentale de la personne;
Déterminer les interventions ou les traitements qui pourraient l'aider;
Procéder aux interventions ou aux traitements qu'il est habilité à faire, par exemple la psychothérapie;
S'il estime que la personne a besoin de médicaments, lui recommander de consulter un médecin à ce sujet.

Ordre des psychologues du Québec, 2017.

### Psychoéducateur

« Le psychoéducateur intervient auprès de personnes aux prises avec des difficultés d'adaptation se manifestant sur le plan comportemental dans leurs différents milieux de vie ».

Évalue l'adaptation psychosociale et les capacités adaptatives de la personne ou du groupe qu'il accompagne par de l'observation participante et systématique, par le recours à certains questionnaires et parfois à des tests standardisés appropriés à la situation;
Établit un programme, propose un plan d'intervention et voit à son application;
Évalue les résultats et l'efficacité de l'intervention.

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2017.

### Ergothérapeute

« L'ergothérapie permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes : prendre soin de soi et d'autres personnes, se réaliser sur les plans personnel, scolaire et professionnel, se divertir par exemple par les loisirs, se développer notamment par le jeu. L'activité est au cœur de l'ergothérapie, elle en constitue l'objet d'expertise et le moyen thérapeutique privilégié ».

Évalue les conséquences des problèmes de santé physique et mentale d'une personne sur les multiples fonctions de son corps;
Évalue l'effet positif ou négatif de l'environnement physique et humain sur la réalisation de ses activités;
Évalue son niveau d'autonomie dans la réalisation de ses activités.

Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2017.



## Annexe 8 – Méthodologie de rédaction de notes selon OTSTCFQ et plan d'intervention

La technique de rédaction « *S-O-A-P* » pour rédiger les notes évolutives au dossier de l'utilisateur est couramment utilisée en intervention psychosociale. Cette technique aide à être davantage concis et pertinent sur les informations à retrouver à l'intérieur de la note. Elle demeure toutefois une technique suggérée pour les travailleurs sociaux.

Donc, le « *S* » réfère aux éléments subjectifs, soit les informations relatées directement du client durant la rencontre. Notamment :

- La description du problème et ses manifestations;
- Contexte social et familial;
- Expression des buts à atteindre, plaintes et attentes;
- Évaluation de la personne quant à sa santé mentale et physique et quant au PI;
- Histoire médicale et sociale rapportée et les réponses aux traitements antérieurs;
- Médication;
- Identification des nouvelles situations;
- Identification transmise par des tiers;
- citations pertinentes.

À noter que les éléments rapportés doivent être pertinents à la demande de service et au PI.

Le « *O* » fait référence aux éléments objectifs pouvant être relevés par le TS et pouvant être décrits concrètement, c'est-à-dire se rapportant à des faits. Il est donc possible d'y retrouver :

- La description d'un comportement ou d'une activité, par exemple :
  - Comment se comporte une personne face à une autre;
  - Comment un parent n'arrive-t-il pas à se faire écouter de son enfant;
  - Comment se manifestent des comportements d'enfants dans notre bureau;
  - Comment se manifestent les attitudes de la personne ou encore son non verbal dans la rencontre, etc.
- Des informations transmises par d'autres professionnels;
- Les résultats et changements observés par rapport au PI.

Le « *A* » indique donc l'analyse, c'est-à-dire la réflexion qui découle des données subjectives et objectives. En bref, l'analyse correspond à l'opinion professionnelle. Nous verrons donc :

- Ce que le TS comprend de la situation et qui l'amènera à établir un PI et à poser des actes professionnels précis;
- La compréhension clinique de l'évolution du client dans le temps;
- Toute évaluation ou réévaluation psychosociale;
- Tout pronostic ou conclusion de la situation.

Cette analyse permet différentes choses, soit de clarifier la problématique, de justifier le PI, d'identifier les progrès accomplis ou non, d'identifier la compréhension et motivation du client, d'identifier les écarts repérés entre les propos de l'utilisateur et les observations du TS, de suggérer d'autres possibilités d'intervention ou d'autres ressources pertinentes au suivi ou encore d'identifier de nouvelles situations.

La dernière étape de cette méthode de rédaction consiste à définir le plan, soit le « P ». Nous pourrions donc y lire :

- Ce que l'intervenant planifie de faire à la suite de l'analyse (décisions-actions);
- Les interventions réalisées et les techniques utilisées;
- Les rapports d'interventions;
- Les suites à donner au dossier;
- La date du prochain rendez-vous ou autres informations pertinentes sur le plan.

## Annexe 9 – Classification des problèmes cibles selon la typologie de Reid et Epstein

### 1. Les conflits interpersonnels

Problèmes d'interaction entre deux personnes telles que : mari-femme, parent-enfant, frère-soeur, enseignant-élève, employeur-employé.

### 2. L'insatisfaction dans les relations sociales

Malaise éprouvé par le client dans ses relations avec autrui : problème de dépendance, d'affirmation de soi, de solitude, difficulté avec les personnes en autorité.

### 3. Les problèmes avec les organismes officiels

Difficultés rencontrées avec les services sociaux, hôpitaux, écoles, etc.

### 4. Les difficultés dans l'exécution d'un rôle

Insatisfaction vécue par le client à la suite d'un écart entre son comportement réel et celui qu'il aimerait avoir dans un rôle social comme celui de conjoint, de parent, et de travailleur, ou encore, problème causé par un conflit entre deux rôles.

### 5. Les problèmes liés au changement

Difficultés rattachées au changement de rôle et de statut provoqué par une modification dans la situation sociale d'un individu telles que changement de résidence ou de travail, mariage ou divorce.

### 6. Les problèmes d'anxiété ou de dépression réactionnelle

Problèmes de réactions émotionnelles à la suite d'une situation ou d'un événement particulier tel qu'un deuil, une maladie, une séparation, etc.

N.B. : La principale préoccupation du client demeure ses propres sentiments plutôt que la situation sur laquelle il n'a aucun pouvoir.

### 7. Des ressources insuffisantes

Problèmes d'argent, de logement, de nourriture, de moyen de transport et de travail.

Source : DU RANQUET, Mathilde (1981), *Les approches en Service Social*, 2<sup>e</sup> tirage en 1983, p. 198

## Classification des problèmes de Reid et Epstein

Type de problème	Définition	Apparaît sous forme de :	Besoins
Conflits interpersonnels	Problèmes de la vie courante qui se sont développés en raison de conditions de vie inadéquates, d'un manque de connaissance des ressources, de l'utilisation d'un mode inadéquat de résolution de conflits ou d'un manque d'adaptation à un changement ou à une nouvelle étape de vie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflits sur une base quotidienne, entre deux personnes (le conflit est connu des deux personnes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éduquer sur les ressources disponibles</li> <li>- Accompagner dans l'apprentissage et l'application de nouveaux modes de gestions de conflits.</li> </ul>
Insatisfaction dans les relations sociales	Conflits qui ne se limitent pas à une seule personne, plutôt un « pattern » qui entraîne des difficultés dans leurs relations avec les autres ou avec un type de personnes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté d'affirmation de soi;</li> <li>- Anxiété sociale;</li> <li>- Agressivité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir avec qui les problèmes apparaissent (personne de l'autre sexe, autorité, etc.);</li> <li>- Identifier les « patterns » des conflits.</li> </ul>
Problèmes avec les organismes officiels	Conflits entre un individu et une institution ou un organisme. Divergence dans les attentes ou les droits perçus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désaccord sur la position prise;</li> <li>- Conflit directement lié à l'individu ou sur une tierce personne dont lui et l'organisme sont tous les deux responsables;</li> <li>- Ex. parents c. école.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bien discerner le rôle et les politiques de l'organisme;</li> <li>- Servir de médiateur entre l'individu et l'organisme.</li> </ul>
Difficultés dans l'exécution d'un rôle	Difficultés dans l'exécution d'un rôle, qu'il soit familial, professionnel, etc. Peut aussi être dû à une insatisfaction du travail accompli vs la tâche demandée, de perceptions différentes d'un même rôle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité ou difficulté à accomplir les tâches;</li> <li>- Perceptions différentes d'une même tâche;</li> <li>- Insatisfaction peut être par rapport à soi-même ou à quelqu'un d'autre (seulement une des deux personnes ressent le conflit).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser les perceptions / attentes face à ce rôle;</li> <li>- Éduquer sur la nature du rôle, ce qu'il implique;</li> <li>- Rechercher la valorisation, la reconnaissance.</li> </ul>
Problèmes dus au changement dans l'environnement	Difficulté qui survient à la suite d'un changement important (décès, déménagement, perte d'emploi).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inquiétude, anxiété;</li> <li>- Mauvaise connaissance des ressources à utiliser;</li> <li>- Choix à faire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer le problème objectif;</li> <li>- Évaluer la réaction émotionnelle de l'individu face au problème.</li> </ul>
Problèmes dus aux ressources insuffisantes	Insuffisance des ressources aussi bien matérielles qu'intellectuelles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manques de ressources : argent, travail, moyen de transport;</li> <li>- Limites intellectuelles ou physiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Référer vers des organismes pouvant combler les manques matériels;</li> <li>- Garder une vision réaliste de ce qui est possible;</li> <li>- Accompagner dans les démarches.</li> </ul>