

JUILLET 2018

ÉTAT DES PRATIQUES

Standards ministériels d'accès, de qualité,
de continuité, d'efficacité et d'efficience du
service d'intervention de crise dans le
milieu 24/7

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)
Direction des services sociaux

ÉTAT DES PRATIQUES

Standards ministériels d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7

Rédigé par
Isabelle Boisvert
Chloé Gaumont

Avec la collaboration de
Marie-Josée Boivin
Carole-Line Nadeau
Marie-Pier Petit

Coordination scientifique
Annie Tessier

Sous la direction de
Michèle Archambault
Sylvie Desmarais

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Isabelle Boisvert, Ph. D.

Chloé Gaumont, M. Sc.

Collaboratrices internes

Marie-Josée Boivin, M. Sc. (jusqu'au 31 décembre 2016)

Carole-Line Nadeau, M.A.

Marie-Pier Petit, cand. Ph. D. (d'octobre 2017 à janvier 2018)

Coordonnatrice scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe à la direction

Michèle Archambault, M. Sc.

Direction

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Équipe de gestion de l'information

Mike Benigeri, Ph. D.

José Perez, M. Sc.

Soutien administratif

Nathalie Vanier

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M. A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique

Traduction Papyrus, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-81823-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2018

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

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). État des pratiques : Standards ministériels d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Rapport rédigé par Isabelle Boisvert et Chloé Gaumont. Québec, Qc : INESSS; 2018. 81 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Contribution spéciale

M. Rodolphe Arsenault, agent de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Marie-Josée De Montigny, chef du développement des pratiques innovantes, de l'évaluation et du transfert des connaissances, direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de suivi

M^{me} Marie-France Beauregard, chef de service Info-Santé/Info-Social et Urgence-détresse, CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

M. Benoit Geneau, directeur des programmes Santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie-Centre

M. Robert Gervais, coordonnateur des services généraux, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Julie Huot, agente de recherche et de planification socio-économique, direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, MSSS

M. Michel Laroche, directeur des programmes Santé mentale et dépendance, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Christiane Ouellet, chef des services psychosociaux généraux, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Karine Plante, chef des services sociaux généraux, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Annie Robitaille, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, MSSS

M^{me} Monique Séguin, professeure-chercheure, Département de psychologie et psychoéducation de l'Université du Québec en Outaouais, Groupe McGill d'études sur le suicide (GMES) de l'Institut Douglas, Université du Québec en Outaouais

M. Normand Vachon, chef de service Santé mentale de proximité et services psychosociaux généraux, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Comité d'excellence clinique de l'INESSS

M^{me} Mathilda Abi-Antoun, directrice des services intégrés première ligne, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Dr Serge Bergeron, médecin conseil à la DSP, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

M^{me} Marie-Joëlle Carboneau, citoyenne

M^{me} Jacinthe Cloutier, adjointe à la directrice programme DI-TSA-DP, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. Michel Desaulniers, conseiller orientation, CIUSSS de la Capitale-Nationale, IRDPQ

M^{me} Christine Fournier, chargée de projet, RUIS de l'Université de Montréal

M. Francis Frenette, infirmier praticien, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. Angelo Galletto, citoyen

M. Pierre Paul Milette, directeur général adjoint Santé physique et DSM DP-SSG, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Line Perreault, éthicienne, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Geneviève Racine, psychoéducatrice, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Myriam Rousseau, chercheure, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. François Routhier, chercheur, CIRRS /CIUSSS de la Capitale-Nationale et professeur agrégé au Département de réadaptation de l'Université Laval

M. Mathieu Roy, conseiller scientifique aux DGA, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Autres contributions

M^{me} Marielle Beaudoin, coordonnatrice clinico-administrative, programme Santé mentale et dépendance, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Anick Beauséjour, pilote de système I-CLSC, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M. Mario Fréchette, directeur des services sociaux généraux et des activités communautaires (DSSGAC), MSSS

M^{me} Lucie A. Fortier, pilote de système I-CLSC, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Claire Garneau, directrice adjointe à la Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Maryse Plourde, pilote de système I-CLSC, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Mélissa Tanguay, pilote de système I-CLSC, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Chantal Tardif, pilote de système I-CLSC, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Noémie Trottier, agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de la Capitale-Nationale

L'Institut tient également à remercier l'ensemble des participants aux groupes de discussion.

Déclaration d'intérêts

Les auteures de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce rapport.

Les membres du comité de suivi et du comité d'excellence clinique ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts, à l'exception de la P^{re} **Monique Séguin**, qui déclare avoir reçu du financement de la part du MSSS pour créer, dispenser et évaluer la formation provinciale « Service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 », déployée à l'échelle de la province. Elle est également l'auteure principale d'un document cité dans le présent travail. Les dispositions prises dans le but de réduire l'impact potentiel des conflits d'intérêts divulgués par la P^{re} Séguin sont :

- 1) une divulgation du conflit d'intérêts et de rôle aux membres du comité de suivi,
- 2) une divulgation publique du conflit d'intérêts et de rôle, et 3) un retrait de la P^{re} Séguin des discussions au sein du comité de suivi portant spécifiquement sur la formation provinciale relative à l'intervention de crise dans le milieu 24/7.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées dans le cadre de la démarche.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	VII
GLOSSAIRE	VIII
INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE.....	6
2 MÉTHODOLOGIE	7
2.1 Données clinico-administratives.....	7
2.2 Sondage en ligne.....	8
2.3 Documentation transmise par les gestionnaires	10
2.4 Groupes de discussion	10
2.5 Consultations	11
2.6 Avantages et limites de la démarche.....	12
3 RÉSULTATS	15
3.1 Portrait du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7	15
3.1.1 Modèles d'organisation du service.....	15
3.1.1.1 Partenariat avec des organismes communautaires	16
3.1.2 Caractéristiques des interventions réalisées dans le cadre du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7	18
3.1.3 Caractéristiques des intervenants	24
3.1.4 Caractéristiques des usagers	25
3.2 Atteinte des standards d'accès	26
3.2.1 Accessibilité géographique	26
3.2.2 Accessibilité temporelle	26
3.2.3 Accessibilité professionnelle	26
3.3 Atteinte des standards de qualité.....	27
3.3.1 Qualité de la réponse	27
3.3.2 Formation d'accueil et mise à jour des compétences.....	29
3.3.3 Encadrement clinique.....	31
3.3.4 Outils et instruments de travail	31
3.4 Atteinte des standards de continuité	32
3.4.1 Arrimage	32
3.4.2 Communication de renseignements	35

3.4.3	Coordination.....	36
3.5	Atteinte des standards d'efficacité et d'efficience	37
4	FACTEURS ENTRAVANT L'ATTEINTE DES STANDARDS MINISTÉRIELS ET LEVIERS D'AMÉLIORATION	38
4.1	Atteinte des standards ministériels	38
4.1.1	Facteurs entravant l'atteinte des standards ministériels de façon transversale	38
4.1.2	Leviers d'amélioration transversaux	40
4.2	Standards liés à l'accès.....	40
4.2.1	Facteurs entravant l'atteinte des standards.....	40
4.2.2	Leviers d'amélioration	41
4.3	Standards liés à la qualité	42
4.3.1	Facteurs entravant l'atteinte des standards.....	42
4.3.2	Leviers d'amélioration	44
4.4	Standards liés à la continuité	46
4.4.1	Facteurs entravant l'atteinte des standards.....	46
4.4.2	Leviers d'amélioration	48
4.5	Standards liés à l'efficacité et à l'efficience	50
	CONCLUSION.....	51
	RÉFÉRENCES.....	53
	ANNEXE A. Extrait des Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux généraux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide [MSSS, 2013].....	55
	ANNEXE B. Variables extraites de la banque provinciale I-CLSC	63
	ANNEXE C. Sondage en ligne	64
	ANNEXE D. Documentation reçue – service d'intervention de crise dans le milieu 24/7	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Paramètres de la requête d'extraction des données provenant de la banque provinciale I-CLSC, en fonction de l'acte 7703 – intervention en situation de crise	8
Tableau 2. Description synthétisée de l'échantillon des gestionnaires sondés	9
Tableau 3. Modèles d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et leurs différentes caractéristiques	16
Tableau 4. Nombre d'interventions en situation de crise par année financière	18

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des interventions de crise selon le programme d'attache (n=12 493).....	19
Figure 2. Proportion des interventions de crise en fonction du centre d'activité (n=12 493)	20
Figure 3. Durée moyenne de l'intervention de crise dans le milieu 24/7, selon les gestionnaires sondés (n=44)	20
Figure 4. Proportion des interventions en fonction du lieu (n=12 493)	21
Figure 5. Répartition des interventions en fonction du motif invoqué, selon les gestionnaires sondés (n=44)	21
Figure 6. Proportion estimée des interventions de crise dans le milieu 24/7 qui a nécessité l'application de la Loi sur la protection des personnes au cours de la dernière année, selon les gestionnaires sondés (n=44)	22
Figure 7. Proportion d'établissements ayant élaboré des directives quant à l'application de la Loi sur la protection des personnes, selon les gestionnaires sondés (n=44)	23
Figure 8. Répartition des interventions en fonction des suivis et références consignés (n=12 493). 23	
Figure 9. Répartition des interventions en fonction du type d'intervenant (n=12 493)	24
Figure 10. Répartition des interventions de crise (n=9925) en fonction du genre et du nombre d'interventions réalisées au cours de l'année 2016-2017.....	25
Figure 11. Répartition des usagers ayant bénéficié d'au moins une intervention de crise au cours de l'année 2016-2017 en fonction de l'âge (n=9925).....	26
Figure 12. Approches cliniques utilisées dans le cadre des interventions de crise dans le milieu 24/7, selon les gestionnaires sondés (n=44)	28
Figure 13. Proportion des types de formation offerte au nouveau personnel (formation d'accueil) et au personnel en place (formation continue), selon les gestionnaires sondés (n=44)	30
Figure 14. Outils et instruments de travail dont disposent les intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour accomplir leur travail, selon les gestionnaires sondés (n=44)	32
Figure 15. Critères et modalités de référence établis entre le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et les autres services du CISSS ou CIUSSS ou avec les partenaires de la communauté, selon les gestionnaires sondés (n=44)	34

Figure 16. Perception des gestionnaires sondés (n=44) quant à l'implantation, par directive de la part de leur établissement, des conditions et des modalités selon lesquelles les renseignements peuvent être communiqués afin de prévenir un acte de violence.....	35
Figure 17. Perception des gestionnaires sondés (n=44) quant à l'inscription dans un registre de toute communication de renseignements contenus au dossier d'un usager à une personne ou organisme, effectuée dans le but de permettre l'exercice d'un mandat.....	36
Figure 18. Perception des gestionnaires sondés (n=44) quant à la cohérence du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 par rapport au projet organisationnel réalisé par le CSSS.....	37
Figure 19. Perception des gestionnaires sondés (n=44) quant au respect des ententes de service/de collaboration et de partenariat.....	37

RÉSUMÉ

Introduction

En 2013, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait les *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux généraux du programme-services - Services généraux – activités cliniques et d'aide*. Ce document définit, entre autres, les caractéristiques du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, en plus de présenter 28 standards ministériels à atteindre pour assurer l'accès, la continuité, la qualité, l'efficacité et l'efficience du service. On y précise notamment que le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 consiste en une intervention immédiate, brève et directive adaptée aux besoins de la personne et visant à stabiliser son état. Il est offert sans rendez-vous, 24 heures par jour, sept jours par semaine. L'intervention se déroule à domicile ou dans un autre lieu approprié. Ce service peut être dispensé par un intervenant du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou, dans le cadre d'une entente convenue en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), par un intervenant provenant d'un organisme communautaire.

Dans le cadre de la démarche de priorisation des mandats du Plan triennal d'activités de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) 2016-2019, la Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires (DSSGAC) du MSSS demandait à la Direction des services sociaux (DSS) de l'INESSS d'effectuer un portrait du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

Plus spécifiquement, cet état des pratiques vise à :

1. dresser un portrait des caractéristiques du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (c.-à-d. modes d'organisation et caractéristiques des interventions, des intervenants et des usagers) offert par l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec;
2. décrire l'atteinte des standards ministériels relatifs à l'accès, la qualité, la continuité, l'efficacité et l'efficience du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7;
3. rapporter les facteurs entravant l'atteinte des standards ministériels et les leviers d'amélioration mentionnés par des gestionnaires et des intervenants de ce service.

Méthodologie

Quatre méthodes ont été utilisées pour répondre aux objectifs susmentionnés. Premièrement, l'analyse des données clinico-administratives issues de la banque provinciale d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) a contribué à dresser un portrait des modes d'organisation et des caractéristiques du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Deuxièmement, l'ensemble des gestionnaires d'un tel service au Québec, identifiés par leur directeur (n=44), ont rempli un sondage en ligne portant sur l'organisation du service et sur leur perception quant à l'atteinte des standards ministériels. Troisièmement, 134 documents, fournis par les directeurs des services sociaux généraux siégeant à la Table nationale de coordination – Services sociaux généraux (TNC-SSG) et par les gestionnaires responsables d'un service d'intervention de crise, ont été analysés de façon qualitative afin d'obtenir une vision plus approfondie du service offert dans chacun des CISSS et CIUSSS du Québec. Quatrièmement,

deux groupes de discussion, l'un composé de gestionnaires du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (n=8) et l'autre, d'intervenants de ce service (n=9), ont été réalisés afin de faire ressortir les obstacles que rencontrent les acteurs-clés dans l'atteinte des standards du service, de même que les leviers d'amélioration qu'ils proposent afin de favoriser l'atteinte des standards établis. Les résultats de cet état des pratiques doivent toutefois être interprétés à la lumière de certaines limites, notamment de ne pas avoir tenu compte de la perspective des organismes communautaires impliqués dans l'intervention de crise ni de celle des usagers.

Résultats

À l'issue de l'analyse des données récoltées dans le cadre de cette démarche, une variabilité quant à l'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 a été observée entre les différents CISSS et CIUSSS du Québec. La variabilité intrarégionale et interrégionale des modèles d'organisation ainsi que la variation dans la compréhension, par les milieux cliniques, de la définition ministérielle du service complexifient largement la possibilité de dresser un portrait général du déploiement de ce service sur le territoire québécois. Il a notamment été noté que la capacité des CISSS et des CIUSSS à rendre compte des caractéristiques du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 varie en fonction des différents modèles d'organisation. Les gestionnaires sondés provenant d'un CISSS ou d'un CIUSSS pour lequel le service est assuré par un organisme communautaire étaient ainsi peu en mesure de fournir des informations concernant l'organisation du service et ses caractéristiques.

En ce qui concerne l'atteinte des standards ministériels établis pour le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, les données recueillies permettent de constater que les gestionnaires et les intervenants font face à des défis de taille pour maintenir un service qui soit accessible, de qualité et en continuité avec les autres services. En ce qui concerne l'accès, bien que la majorité des CISSS ou CIUSSS disent offrir une couverture 24/7 du service sur la totalité de leur territoire, les informations colligées ont révélé qu'en fonction de l'heure et du lieu où se déroule la crise, certains citoyens ne pouvaient bénéficier d'une intervention immédiate dans leur milieu, du moins au moment de la collecte de données. Certains gestionnaires et intervenants ont rapporté avoir à composer notamment avec la vaste étendue de territoire à couvrir de même qu'avec des effectifs limités, afin d'assurer une couverture géographique et temporelle complète.

Quant aux standards liés à la qualité, la démarche de consultation auprès des gestionnaires et des intervenants du service a mis en lumière que, bien que la quasi-totalité des intervenants de ce service bénéficie d'une formation d'accueil et d'une formation continue pour développer et maintenir les compétences liées à leur emploi, différents enjeux d'accès à la formation sont présents dans les CISSS et les CIUSSS. Malgré les nombreux efforts déployés et les initiatives inspirantes pour offrir un service de qualité aux usagers en crise, certains facteurs nuiraient à l'atteinte des standards de qualité, dont le manque de diffusion des approches et outils reconnus comme efficaces, des difficultés de recrutement et de rétention d'intervenants qualifiés et des difficultés à offrir de la supervision clinique pour soutenir les intervenants du service.

Au regard de la continuité des services, la démarche a permis de mettre en lumière le fait qu'une collaboration sectorielle et intersectorielle est nécessaire entre les multiples acteurs pour répondre en continuité aux besoins des usagers en crise. Dans ce contexte, l'élaboration d'ententes de collaboration ou d'ententes de service avec les partenaires devient primordiale. Alors que certains milieux sont parvenus à tisser des liens étroits avec leurs partenaires d'intervention, les informations colligées indiquent que les mécanismes d'arrimage entre les différents acteurs sont parfois inexistants ou reposent sur des ententes de collaboration qui

n'ont pas, dans bien des cas, été mises à jour récemment. De plus, une absence d'entente de service formalisée et de mécanismes de reddition de comptes a été rapportée lorsque le service est dispensé par des organismes communautaires pour le compte des CISSS et des CIUSSS. Enfin, alors que la vaste majorité des CISSS et des CIUSSS ont mis en place des modalités de protection et de partage des renseignements personnels entre les différents partenaires, celles-ci ne semblent pas toujours comprises ni appliquées de la même façon dans tous les établissements.

Un ensemble de facteurs entravant l'atteinte des standards ont été mentionnés par les gestionnaires et les intervenants consultés. Parmi ceux-ci, trois facteurs semblent nuire de façon transversale à l'atteinte de l'ensemble des standards ministériels, soit : l'étendue du territoire, les difficultés de recrutement et de rétention de personnel qualifié et la perception d'un manque de ressources financières allouées spécifiquement à ce service. Malgré les disparités observées entre les établissements, l'ensemble des participants consultés ont fait valoir la pertinence de respecter les réalités régionales en ne privilégiant pas un modèle unique d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Ils ont émis le souhait que le développement du service se poursuive en étant complémentaire aux autres services existants, en respectant l'organisation du service en place, les spécificités du milieu et les besoins définis dans chaque région.

Alors que plusieurs projets de restructuration du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 sont en cours dans différentes régions du Québec, de nombreux leviers visant l'amélioration de ce service ont été proposés par les personnes consultées. Celles-ci ont notamment souligné l'importance de mieux faire connaître les standards à l'ensemble des acteurs qui interviennent au sein de ce service, de favoriser une compréhension commune de l'intervention de crise dans le milieu, de miser sur le développement des liens de partenariat et de promouvoir davantage le soutien et le développement de compétences chez les intervenants confrontés quotidiennement à des usagers en détresse. La mobilisation des gestionnaires et des intervenants consultés dans le cadre de cette démarche constitue sans contredit une assise déterminante pour l'amélioration de ce service essentiel. Cette mobilisation pourra être mise à profit afin de prioriser les leviers d'amélioration et d'offrir des services d'intervention qui pourront, de manière efficace et coordonnée, répondre aux besoins des personnes en crise.

SUMMARY

MINISTERIAL STANDARDS OF ACCESS, QUALITY, CONTINUITY, EFFICIENCY AND EFFECTIVENESS OF THE SERVICE D'INTERVENTION DE CRISE DANS LE MILIEU 24/7: STATE OF PRACTICE

Introduction

In 2013, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) published the document “Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux généraux du programme-services - Services généraux – activités cliniques et d'aide”. This document defines, among other things, the characteristics of the Service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. It also presents the 28 ministerial standards to be achieved for ensuring service access, quality, continuity, efficiency and effectiveness. The document clarifies that the service consists of an immediate, brief and directive method of response adapted to the person's needs and aimed at stabilizing her or his condition. The service is available 24 hours a day, 7 days a week, and requires no prior appointment. It is delivered at home or in another adequate location. It is provided by a professional resource of the integrated health and social services centre (CISSS), integrated university health and social services centre (CIUSSS) or a health care worker from a community organization pursuant to an agreement reached by virtue of the article 108 of the Act respecting health services and social services.

As part of the process of prioritizing the mandates listed in the three-year plan of activities (2016-2019) of the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), the MSSS Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires (DSSGAC) asked the INESSS Direction des services sociaux (DSS) to describe the service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (referred below as “crisis intervention service”).

More specifically, this current state of practice was meant to:

1. describe the features of the crisis intervention service (modes of organization; characteristics of the interventions, health care workers and service users) offered throughout Quebec by the CISSS and CIUSSS;
2. define the level of attainment of the ministerial standards in terms of access, quality, continuity, efficiency and effectiveness of the crisis intervention service;
3. report on factors affecting the attainment of the ministerial standards and levers for improvement mentioned by crisis intervention service managers and health care workers.

Methodology

Four (4) methods were used to meet the aforementioned objectives. Firstly, the analysis of the clinical and administrative data originating from the provincial databank on CLSC users and services (I-CLSC) proved instrumental in drawing a portrait of the modes of organization and features of the crisis intervention service. Secondly, the managers of the crisis response service throughout Quebec (n=44), who had been identified by their respective director, answered to an online survey concerning the organization of the crisis intervention service and their views on how the ministerial standards are met. Thirdly, a qualitative analysis of 134 documents was

conducted to get a deeper insight into the services offered in every CISSS and CIUSSS; the documents had been provided by the directors of general social services sitting on the Table nationale de coordination – Services sociaux généraux (TNC-SSG) and by managers of the said service. Fourthly, two focus groups – one composed of crisis intervention service managers (n=8), one formed by crisis health care workers (n=9) – were carried out to identify barriers faced by stakeholders in meeting the ministerial standards of the crisis intervention service and to receive suggestions on levers for improvement towards their attainment. Some limitations should be considered when interpreting the results of this current state of practice, including the fact that the views of community organizations providing crisis intervention service and of users were not taken into account.

Results

The analysis of the data collected within the framework of this exercise brought forward a variability in organizational modes of the crisis intervention service delivered by the CISSS and CIUSSS across the province. The intraregional and interregional variability in organizational mode of the service combined with the nonuniform understanding of the ministerial definition of crisis intervention service significantly complexify the task of painting an overall picture of the manner in which this service is delivered throughout the Province of Quebec. The analysis also revealed that the capacity of the CISSS and CIUSSS in reporting on features of the crisis intervention service they offer varies depending on the organizational mode. The managers who completed the online survey and work in a CISSS or CIUSSS where the service is provided by a community organization demonstrated a poorer capacity to provide information on its organizational mode and characteristics.

In terms of achievement of the ministerial standards established for the crisis intervention service, the data collected revealed that the managerial and health care workers do face significant challenges in maintaining a service that is accessible, of high quality and in continuity with other services. As regards accessibility, the information collected revealed that certain citizens are unable (at least at the time the information was collected) to receive immediate intervention service in their community depending on the time and location of the crisis, although most CISSS or CIUSSS claim that the service is provided 24/7 throughout their area of coverage. Some managers and health care workers mentioned that ensuring a full geographical and temporal coverage of service involves dealing with the vastness of their area of coverage and limited staffing resources.

As for the quality standards, consulting the managers and health care workers of this service revealed the existence of various access issues to training in the CISSS and CIUSSS, in spite of the fact that practically all the health care workers receive orientation training and continuing education to develop and maintain work-related skills. Despite the efforts made and inspiring initiatives implemented to offer quality service to users in crisis, some factors make it difficult to meet the ministerial quality standards, including poor dissemination of clinical approaches and tools regarded as effective, and difficulties recruiting and maintaining qualified health care workers and offering clinical supervision in order to support them.

Where service continuity is concerned, the exercise brings out the need for sectoral and cross-sectoral cooperation across the service delivery chain to meet in continuity the needs of users in crisis. In this context, it is of utmost importance to establish collaborative agreements or service

arrangements with partners. If certain communities succeeded in forging strong links with partners, the information collected revealed that linking mechanisms among the various stakeholders are nonexistent or based on collaborative agreements that in many cases have not been updated recently. Furthermore, absence of formal service agreements and accountability mechanisms was reported where the crisis intervention service is provided by community organizations on behalf of the CISSS and CIUSSS. Finally, although a large majority of CISSS and CIUSSS have introduced methods and procedures for protecting and sharing personal information among partners, there does not seem to be a common understanding and application of these procedures and methods in all the establishments.

The managerial and health care workers consulted reported a series of factors hindering achievement of ministerial standards of the crisis intervention service; three of them seemingly interfere transversally with achieving the standards: vastness of areas of coverage; difficulties recruiting and maintaining qualified personnel; and a perceived lack of financial resources dedicated specifically to the service. Despite the disparities between the establishments, all the participants consulted pointed to the relevance of respecting regional realities by not promoting a unique organizational model of crisis intervention service. They all expressed the wish for the service to continue to develop in complementarity with other existing services, by respecting the service organization in place, community particularities and the needs specific to each region.

While many projects to restructure the crisis intervention service are currently underway in various regions of Quebec, the people consulted proposed several levers for improvement; they stressed the importance of making the ministerial standards better known to people playing a role in delivering this service; fostering a common understanding of crisis intervention in the community; focusing on partnership development; and promoting skills support and development among health care workers dealing with users in distress on a daily basis. The mobilization of managers and health care workers from the crisis intervention service consulted as part of this exercise certainly provides a crucial basis for improving this essential service. This mobilization could contribute to setting priorities among levers of improvement and offering services that fulfill the needs of individuals in crisis, in an efficient and coordinated manner.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence (service d')
AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRSSS	Centre régional de la santé et des services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSS	Direction des services sociaux
DITSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DP	Déficience physique
DSSGAC	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires
ETC	Équivalent temps complet
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
Loi P-38	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
RLS	Réseau local de services
RQSHA	Réseau québécois de recherche sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés
RTS	Réseau territorial de services
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SSG	Services sociaux généraux
TNC-SSG	Table nationale de coordination - Services sociaux généraux

GLOSSAIRE

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) est un établissement issu de la fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant. Lorsqu'un centre intégré se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il peut utiliser le terme « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux » (CIUSSS). Les CISSS et les CIUSSS exercent les mêmes fonctions et responsabilités [MSSS, 2016].

Entente de partenariat

L'entente de partenariat renvoie à un acte administratif convenu entre deux ou plusieurs organisations ou professionnels, en vue de formaliser leurs engagements respectifs. Il existe deux types d'ententes : les ententes de collaboration et les ententes de service [MSSS, 2006].

- 1) L'entente de collaboration fait référence à la formalisation des mécanismes d'accueil, de référence, de liaison, de suivi et, lorsque cela est permis, de communication de renseignements en conformité avec les règles de confidentialité prévues dans la LSSSS, entre des établissements de santé et de services sociaux et des organisations du territoire dont les activités ou les services réalisés dans le cadre de leur mission peuvent être effectués en collaboration.
- 2) En ce qui concerne l'entente de service, l'article 108 de la LSSSS¹ stipule qu'un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne une entente pour la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager. L'entente de service doit prévoir : 1) la nature précise des services à dispenser (ex. : modalités de prestation attendues, usagers à desservir), 2) la description des responsabilités de chaque partie (ex. : modalités de collaboration, de référence et de suivi conjoint), 3) les modalités d'échange d'information (ex. : mécanismes de confidentialité) et 4) le financement requis. Il est à noter que les CISSS et CIUSSS demeurent responsables des services rendus par les partenaires avec lesquels ils ont conclu une entente de service [MSSS, 2009; MSSS, 2006].

¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q. c. S-4.2, art. 108. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>.

Organisme communautaire

Selon le Thésaurus de l'activité gouvernementale du Québec [Services Québec, 2017], un organisme communautaire est un groupe issu de la communauté poursuivant soit des activités bénévoles, soit des activités qui, même si elles sont rémunérées, sont sans but lucratif, et ce, dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Programme-services « Services généraux – activités cliniques et d'aide »

Le programme-services « Services généraux – activités cliniques et d'aide » comprend six services de proximité. Ceux-ci visent à répondre aux besoins de l'ensemble de la population qui éprouve un problème social ou psychologique ou qui a des questions à cet égard [MSSS, 2013].

- 1) Le service d'**accueil, d'analyse, d'orientation et de référence** (AAOR), qui est offert avec ou sans rendez-vous, constitue la porte d'entrée principale en ce qui a trait aux demandes de services de nature sociale ou psychologique. Il est accessible 70 heures par semaine par des rencontres en personne ainsi que 70 heures par semaine par téléphone. Les objectifs de ce service sont de 1) permettre l'accès facile et rapide aux services sociaux, et 2) identifier les problématiques sous-jacentes pour diriger les personnes vers les services appropriés.
- 2) Le service de **consultation téléphonique psychosociale 24/7** (Info-Social), qui est accessible en composant le 8-1-1, offre un accès téléphonique continu, rapide et direct à une consultation en matière de services psychosociaux par des professionnels en intervention psychosociale, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il comprend des activités d'intervention psychosociale, des activités psychosociales en contexte de sécurité civile et des activités de soutien aux intervenants.
- 3) Le service d'**intervention de crise dans le milieu 24/7** consiste en une intervention immédiate, brève et directive adaptée aux besoins de la personne et vise à stabiliser son état. Il est offert sans rendez-vous, 24 heures par jour, sept jours par semaine. L'intervention se déroule à domicile ou dans un autre lieu approprié.
- 4) Le service de **consultation sociale** est offert aux personnes qui présentent des problèmes ponctuels et situationnels de fonctionnement social ou relevant de la dynamique des systèmes relationnels conjugaux et familiaux. L'intervention, d'une durée maximale de 12 rencontres, peut être offerte en contexte individuel, de couple, familial ou de groupe.
- 5) Le service de **consultation psychologique** comprend des activités de psychothérapie et d'intervention clinique offertes aux personnes qui présentent un problème ponctuel ou situationnel du fonctionnement psychologique. Offerte en contexte individuel, de couple, familial ou de groupe, l'intervention comporte au maximum 12 rencontres.
- 6) Le **volet psychosocial en contexte de sécurité civile** s'adresse aux personnes sinistrées, à leurs proches et à la population indirectement touchée par un sinistre. Il comprend quatre activités spécifiques, soit le repérage, l'évaluation et le suivi psychosocial, la consultation téléphonique et les activités de conseil. Le service est accessible par des rencontres en personne, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans les lieux appropriés au contexte.

Réseau local de services (RLS)**Réseau territorial de services (RTS)**

Le territoire d'un centre intégré constitue le réseau territorial de services (RTS) de l'établissement. Les RTS sont au nombre de 22 et visent à assurer des services de proximité et leur continuité à la population. Les RTS sont constitués de différents réseaux locaux de services (RLS). Les RLS visent à responsabiliser tous les intervenants de leurs réseaux afin qu'ils assurent, de façon continue, à la population des territoires couverts l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. Le centre intégré est responsable d'assurer le développement et le bon fonctionnement des RLS de son territoire. Ils sont au nombre de 93, répartis sur les 22 territoires de RTS [MSSS, 2016].

Services de proximité

Les services de proximité renvoient aux services accessibles localement à partir d'un établissement, d'un cabinet de médecin ou d'un groupe de médecine de famille [MSSS, 2012a]. La notion de proximité implique d'accroître la disponibilité des services le plus près possible de la population du territoire, mais fait aussi référence à la présence des acteurs et partenaires locaux pour soutenir les concertations, la planification et l'action intersectorielle [MSSS, 2004].

INTRODUCTION

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) prévoit que tout citoyen du Québec puisse recevoir un ensemble de services de santé et de services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion². À ce titre, les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec ont la responsabilité : 1) de recevoir toute personne de leur territoire qui requiert ces services et d'évaluer ses besoins, 2) d'assurer eux-mêmes les services de santé ou les services sociaux requis ou de les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec qui ils ont conclu une entente de service en vertu de l'article 108 de la LSSSS, 3) de veiller à ce que les services qu'ils assurent soient offerts en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de leur région respective et à ce que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir, et 4) de diriger les personnes à qui ils ne peuvent offrir certains services vers un autre établissement ou organisme ou encore une autre personne qui assure ces services³.

Parmi l'ensemble des services de santé et des services sociaux devant être offerts à la population, le programme-services « Services généraux – activités cliniques et d'aide » comprend six services de proximité. Ceux-ci sont destinés à répondre aux besoins de l'ensemble de la population qui éprouve un problème social ou psychologique ou qui a des questions à cet égard [MSSS, 2013]. Ces services comprennent : 1) l'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), 2) la consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), 3) l'intervention de crise dans le milieu 24/7, 4) la consultation sociale, 5) la consultation psychologique, et 6) le volet psychosocial en contexte de sécurité civile [MSSS, 2013]. Malgré la nécessité de mettre en place l'ensemble de ces services dans chacune des régions du Québec, il est à noter que l'offre peut être variable d'une région ou d'un territoire à l'autre, en raison notamment des réalités locales et territoriales respectives.

Description du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 parmi la gamme de services offerts

Une variété de services d'intervention de crise peut être nécessaire pour répondre aux besoins des personnes en situation de grande détresse. À cet égard, le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 [MSSS, 2015] décrit de manière sommaire l'offre de services généraux en intervention de crise dans le cadre du programme-services « Services généraux – activités cliniques et d'aide ». Ces services généraux en intervention de crise incluent 1) l'intervention de crise à très court terme pour un problème qui peut être résolu dans un maximum de trois rencontres, pouvant être effectuée par le service d'AAOR, 2) la consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), et 3) le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. La gamme de services d'intervention de crise comprend également l'hébergement de crise et l'urgence psychiatrique [MSSS, 2015]. Bien qu'il existe différents services généraux en intervention de crise, **le présent état des pratiques propose de porter un regard spécifiquement sur le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.**

² Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q. c. S-4.2, art. 80. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

³ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q. c. S-4.2, art. 101. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

Veuillez prendre note que, par souci de concision, l'appellation « service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 » a, dans le cadre de ce rapport, été abrégée à l'occasion en « service d'intervention de crise ». Cette appellation fait référence à la définition du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, telle que spécifiée dans la Fiche 3 des *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux généraux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide* [MSSS, 2013].

Selon la Fiche 3 des orientations susmentionnées (voir annexe A), le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 consiste en une intervention immédiate, brève et directive adaptée aux besoins de la personne et visant à stabiliser son état. Il est offert sans rendez-vous, 24 heures par jour, sept jours par semaine. L'intervention se déroule à domicile ou dans un autre lieu approprié. On accède généralement à ce service à la suite d'une référence effectuée par le service AAOR, par le service Info-Social ou par un partenaire externe. Le service peut être rendu soit par un intervenant du CIUSSS ou du CIUSSS ou, dans le cadre d'une entente convenue en vertu de l'article 108 de la LSSSS⁴, par un intervenant provenant d'un organisme communautaire. Dans un tel cas, le CIUSSS ou CIUSSS a la responsabilité de s'assurer que l'organisme répond aux critères d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience convenus dans le cadre de l'entente.

À la lumière de cette définition, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ne doit pas être confondu avec le service de consultation téléphonique psychosocial (Info-Social) qui offre une intervention téléphonique 24/7, ni avec les services de consultation sociale ou de consultation psychologique, qui sont offerts sur rendez-vous.

Bien que plusieurs auteurs aient proposé une définition de l'état de crise, qui peut varier considérablement d'un à l'autre, la définition la plus acceptée dans la littérature scientifique est la suivante :

*« Un état qui se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de la vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit, période d'inconfort durant laquelle différentes tentatives de solution sont utilisées en vain. Éventuellement, une certaine forme d'adaptation se produit qui peut être ou non dans l'intérêt supérieur de la personne et de ses proches. »*⁵

À ce titre, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 compose avec une clientèle hétérogène (jeunes, adultes, personnes âgées) présentant ou non des troubles de santé mentale. Néanmoins, les personnes qui recourent à ce service font généralement face à un problème social ou psychologique ponctuel ou persistant. Par exemple, les usagers peuvent entretenir des idées suicidaires, évoluer dans un contexte de violence conjugale, vivre difficilement une rupture amoureuse, être dans un processus de deuil, ressentir de la détresse psychologique à la suite d'un événement traumatisant ou démontrer un potentiel de dangerosité face à eux-mêmes ou envers autrui. Le service d'intervention de crise peut également être sollicité dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui⁶.

⁴ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q. c. S-4.2, art. 108. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

⁵ Caplan, G. (1961), dans Séguin et ses collaborateurs [2012].

⁶ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L.R.Q., chapitre P-38.001. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/P-38.001>.

Afin d'alléger le texte, l'appellation « Loi sur la protection des personnes » sera utilisée pour désigner cette loi.

L'intervention vise à explorer la situation de crise, à en estimer les conséquences possibles (p. ex. : le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation), à la désamorcer, à soutenir la personne, à enseigner des stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi qu'à orienter la personne en crise vers les services ou les soins répondant le mieux à ses besoins. Selon la nature du problème, la référence vers un autre programme-services de l'établissement, vers un centre hospitalier ou vers une autre ressource appropriée peut être immédiate ou se faire en fonction de l'application de protocoles existants (p. ex. : violence conjugale, agression sexuelle).

Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 [MSSS, 2015], lancé en 2015, prévoit une mesure spécifique visant à consolider l'offre de service pour les personnes vivant une situation de crise, qui présentent ou non un problème de santé mentale, dans l'ensemble des régions du Québec. À ce sujet, la mesure 28 stipule qu'« afin de répondre aux besoins de la population, chaque centre intégré s'assurera de la disponibilité de services d'intervention de crise sur son territoire et en fera connaître la gamme complète » [MSSS, 2015, p. 51].

Par ailleurs, la Fiche 3 des *Orientations relatives aux standards* [MSSS, 2013] indique que « des travaux viendront préciser la responsabilité des services sociaux généraux à l'égard des services complémentaires à l'intervention de crise dans le milieu, notamment le suivi de crise de courte durée, le suivi étroit, l'hébergement temporaire et l'arrimage avec l'intervention de crise auprès des personnes suivies par les services spécifiques ». Ces précisions annoncées avaient pour objectif de favoriser une compréhension commune des différents services et ainsi harmoniser l'intervention auprès de la clientèle en situation de crise dans le milieu. Or, il semble qu'à ce jour, ces travaux n'ont pu être finalisés puisque les documents recensés ne rapportent pas de nouvel élément à ce propos.

Implantation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7

Bien que le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ne soit pas destiné exclusivement aux personnes qui présentent un problème de santé mentale, l'évaluation de l'implantation du plan d'action en santé mentale 2005-2010 [MSSS, 2012b] a porté un regard sur la gamme de services pouvant être offerts aux personnes en crise. Cette démarche a notamment révélé que le service d'intervention de crise devait être davantage intégré à l'ensemble des services nécessaires pour répondre aux besoins des usagers en crise, tout en soulignant des difficultés d'accès au service et des problèmes de recrutement et de rétention d'une main-d'œuvre qualifiée.

Par le biais des *Orientations relatives aux standards* [MSSS, 2013], le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) invitait tous les territoires du Québec à viser l'atteinte des 28 standards établis pour le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. En 2014, avec le soutien des agences régionales de l'époque, la Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires (DSSGAC) du MSSS a recueilli des informations, afin : 1) de pouvoir disposer d'un aperçu de l'implantation des standards du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, 2) de prendre connaissance des stratégies régionales déployées pour atteindre les standards, et 3) de connaître les enjeux évoqués par les parties prenantes. La méthodologie utilisée reposait sur l'autoévaluation des établissements à partir d'une grille de collecte d'informations commune à tous les répondants. Le portrait réalisé a permis de constater que l'organisation et le déploiement du service s'avéraient variables d'une région à l'autre et qu'il existait une disparité dans l'offre et dans l'atteinte des standards liés au service.

Dans la foulée de ces constats, le MSSS a octroyé à la chercheuse Monique Séguin, du Réseau québécois de recherche sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA), le mandat d'élaborer une formation provinciale portant sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7. L'objectif général de cette formation offerte à des formateurs régionaux est d'outiller les intervenants de chacune des régions du Québec, en conformité avec les meilleures pratiques. Le

déploiement de la formation a débuté en avril 2016 et est toujours en cours dans plusieurs régions. En date du mois de novembre 2017, 15 formateurs provenant d'organismes communautaires et 37 provenant de 17 CISSS et CIUSSS (sur un total de 22 établissements) étaient habilités à offrir la formation dans leur établissement auprès des intervenants ciblés. Selon les données recueillies auprès de la chercheuse responsable de la formation, 257 intervenants des organismes communautaires et 344 intervenants provenant d'un CISSS ou d'un CIUSSS auraient reçu la formation provinciale d'une durée de 14 heures.

Ententes de partenariat

Afin d'assurer la couverture et la coordination des services sociaux, les CISSS et CIUSSS peuvent conclure des ententes avec différents partenaires, dont les organismes communautaires, les policiers, les ambulanciers, les centres d'hébergement, etc. Selon le Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services [MSSS, 2006], une entente constitue un acte administratif convenu entre deux ou plusieurs organisations ou professionnels, en vue de formaliser leurs engagements respectifs. Ainsi, lorsque les partenaires conviennent qu'il est pertinent de formaliser des modalités de collaboration ou de confirmer des engagements relatifs à la prestation de services, ils ont recours à ce qu'on désigne sous le nom « d'ententes de partenariat ». Il existe deux types d'ententes de partenariat : les ententes de collaboration et les ententes de service.

Les **ententes de collaboration** s'adressent à des partenaires dont les activités ou les services offerts dans le cadre de leur mission peuvent nécessiter la formalisation de mécanismes de coordination. Les établissements de santé et de services sociaux et plusieurs organisations du territoire sont à cet égard partenaires. Les ententes de collaboration permettent notamment de formaliser des mécanismes d'accueil, de référence, de liaison, de suivi et, lorsque cela est permis, de partage de renseignements en conformité avec les règles de confidentialité prévues dans la LSSSS⁷. Elles n'impliquent généralement pas de financement spécifique ni d'engagement relatif à des volumes de services à rendre à la clientèle visée par l'entente [MSSS, 2009; MSSS, 2006].

En ce qui concerne les **ententes de service**, l'article 108 de la LSSSS⁸ stipule qu'un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne une entente pour la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou de services sociaux requis par un de ses usagers. Ce faisant, les CISSS et CIUSSS sont responsables des services rendus par les organismes communautaires avec lesquels ils ont conclu une entente de service. En ce sens, l'entente de service doit clarifier : 1) la nature des services à dispenser, 2) les responsabilités de chaque partie, 3) les modalités d'échange d'information, et 4) les mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués. Ce type d'entente permet de cibler les usagers à desservir et de préciser les volumes d'activité, les modalités de prestation attendues et le partage des responsabilités. Elle permet également d'établir, le cas échéant, le niveau de financement requis et de convenir de modalités de collaboration, de référence, de suivi conjoint et de partage de l'information nécessaire au suivi. Les ententes de service peuvent également être convenues avec un groupe de partenaires et prendre alors la forme d'ententes-cadres signées collectivement. Leur durée et les modalités de suivi sont convenues entre les partenaires [MSSS, 2009; MSSS, 2006].

⁷ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q. c. S-4.2. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

⁸ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q. c. S-4.2, art. 108. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

Contexte de la démarche

Dans le cadre de la démarche de priorisation des mandats du Plan triennal d'activités 2016-2019 de la Direction des services sociaux (DSS) de l'INESSS, la DSSGAC du MSSS demandait à la DSS d'effectuer un portrait du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Il était attendu que la démarche aille au-delà de l'autoévaluation effectuée en 2014, en s'appuyant sur une collecte d'informations multi-sources, et contribue à la détermination des facteurs entravant l'atteinte des standards et des leviers d'amélioration possibles.

En février 2017, la DSSGAC du MSSS a informé l'INESSS qu'une révision du cadre de référence de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui⁹ était en cours. Puisque cette révision présentait un potentiel d'impact sur le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, la DSSGAC a manifesté le besoin de connaître globalement le niveau d'atteinte des standards ministériels en cours de projet. À cet égard, un rapport d'étape a été livré en juin 2017.

En plus de servir à la réflexion entourant la mise à jour du cadre de référence de la Loi sur la protection des personnes, cet état des pratiques vise à cerner les améliorations possibles à apporter afin de s'assurer de l'atteinte des standards ministériels relatifs au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, dans le contexte particulier de la réorganisation des services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux.

⁹ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L.R.Q. chapitre P-38.001. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>

1 OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

L'état des pratiques a pour objectif de dresser un portrait général du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 déployé dans l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec.

De façon plus spécifique, le présent rapport vise à :

1. Dresser un portrait des caractéristiques du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (c.-à-d. modes d'organisation et caractéristiques des interventions, des intervenants et des usagers) offert par l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec;
2. Décrire l'atteinte des standards ministériels relatifs à l'accès, la qualité, la continuité, l'efficacité et l'efficience du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7;
3. Rapporter les facteurs entravant l'atteinte des standards ministériels et les leviers d'amélioration mentionnés par des gestionnaires et des intervenants de ce service.

Bien que cet état des pratiques propose de rapporter les leviers d'amélioration évoqués par les gestionnaires et les intervenants du réseau, il importe de spécifier qu'il ne s'agit pas de recommandations émanant d'un processus évaluatif et délibératif soutenu par une synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles colligées. De plus, il est important de garder en tête que la collecte de données s'est effectuée dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux suivant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales¹⁰, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015.

¹⁰ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Disponible à : <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2>

2 MÉTHODOLOGIE

Afin de dresser un portrait général du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 déployé dans l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec, des données contextuelles et expérientielles ont été analysées. L'ensemble des méthodes de collecte utilisées dans le cadre de ce rapport sont décrites dans les sous-sections suivantes. De plus, les limites liées à l'utilisation des différentes sources de données sont présentées en détail à la section 2.6.

2.1 Données clinico-administratives

Une analyse descriptive des données quantitatives disponibles dans la banque commune provenant du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) a contribué à dresser un portrait du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Notons que ce portrait n'est que partiel puisque la banque I-CLSC collige uniquement certaines interventions de crise réalisées par le personnel des CISSS et CIUSSS et n'inclut pas les renseignements concernant les interventions de crise dispensées par les organismes communautaires.

Les requêtes d'extraction des données ont été créées en collaboration avec l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du CIUSSS de la Capitale-Nationale et un spécialiste en gestion et en analyse de données médico-administratives de l'INESSS. Les pilotes¹¹ locaux de trois autres CISSS (c.-à-d. CISSS de Chaudière-Appalaches, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue) ont également été mis à contribution dans le cadre du processus de création des requêtes, afin de s'assurer que celles-ci soient applicables à l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec. Les informations normalisées extraites de cette banque commune de données portent sur l'usager et les interventions dont il a bénéficié. La liste des variables tirées de la banque provinciale I-CLSC se trouve à l'annexe B.

Afin de documenter le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 à l'échelle du Québec à partir de la banque provinciale I-CLSC, l'ensemble des interventions qui ont été consignées sous l'acte 7703 du cadre normatif (Intervention en situation de crise) ont été extraites, et ce, peu importe le centre d'activité auquel l'acte est rattaché. Afin de ne conserver que l'information la plus susceptible de concerner le service d'intervention de crise, les résultats ont été épurés, à partir de paramètres portant sur le type d'intervention, le mode d'intervention et la catégorie de l'intervenant. Les critères d'inclusion appliqués sont présentés au tableau 1.

¹¹ Le pilote local gère le fonctionnement du système I-CLSC dans son CISSS ou son CIUSSS. Il voit à l'application du cadre normatif. Il s'assure d'une utilisation optimale et performante du système.

Tableau 1. Paramètres de la requête d'extraction des données provenant de la banque provinciale I-CLSC, en fonction de l'acte 7703 – intervention en situation de crise

Variables du cadre normatif I-CLSC	Critères appliqués
Type d'intervention (0033)	• Sélectionner seulement « intervention individualisée »
Mode d'intervention (0039)	• Sélectionner seulement « intervention en présence de l'utilisateur – rencontre »
Catégorie de l'intervenant (0044)	• Sélectionner seulement les catégories suivantes : - o Travailleur social - o Agent de relations humaines - o Technicien en assistance sociale - o Éducateur ou technicien en éducation spécialisée - o Psychoéducateur - o Psychologue ou spécialiste du comportement humain

2.2 Sondage en ligne

Pour documenter les modes d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec ainsi que l'atteinte des standards ministériels, un sondage en ligne a été réalisé par le biais de la plate-forme SurveyMonkey. Le sondage, disponible dans son intégralité à l'annexe C, a été conçu par l'INESSS, en collaboration avec l'IUPLSSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ce sondage a été soumis à un processus de validation auprès de : 1) trois gestionnaires ayant sous leur responsabilité le déploiement d'un service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 de leur CISSS ou CIUSSS, 2) une professeure-chercheuse de l'Université du Québec en Outaouais, spécialisée en intervention de crise, et 3) l'équipe de la DSSGAC du MSSS. Cette démarche consultative aura permis d'améliorer la clarté des questions ainsi que de valider le temps moyen requis pour remplir le sondage.

En mars 2017, l'ensemble des directeurs et directrices des services sociaux généraux provenant des vingt-deux CISSS et CIUSSS et des quatre établissements non visés par la Loi 10¹² siégeant à la Table nationale de coordination – Services sociaux généraux (TNC-SSG) ont été interpellés afin d'identifier le responsable du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 au sein de leur établissement. Ne siégeant pas à la TNC-SSG, le CLSC Naskapi n'a pas participé à la démarche de consultation.

Par souci de concision, l'appellation « CISSS et CIUSSS » utilisée à partir de ce point jusqu'à la fin du présent document inclut également les quatre établissements non visés par la Loi 10 qui ont participé à la démarche de consultation.

Dans le cas où le service offert est distinct selon les réseaux locaux de services (RLS) du territoire, les directeurs ont été invités à identifier l'ensemble des gestionnaires responsables d'un tel service. Au total, 52 gestionnaires responsables du service d'intervention de crise ont été désignés.

¹² Les quatre établissements non visés par la Loi 10 siégeant à la Table nationale de coordination – Services sociaux généraux (TNC-SSG) sont : le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, le Centre de santé Inuulitsivik, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. Le Centre de santé Inuulitsivik et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava sont représentés, à la TNC-SSG, par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

Ces 52 gestionnaires ont été conviés par voie électronique, au début de mai 2017, à remplir le sondage en ligne portant sur l'organisation du service et sur leur perception quant à l'atteinte des standards ministériels. Un document résumant les 60 questions auxquelles ils devaient répondre leur a également été fourni. Des rappels ont été faits pour s'assurer d'un taux de participation maximal. Un délai supplémentaire a été accordé aux gestionnaires provenant de plusieurs régions touchées par des inondations importantes pendant la période visée (Outaouais, Montérégie, Montréal, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Laurentides et Lanaudière). La collecte de données s'est terminée le 8 juin 2017.

Au cours de cette démarche, différentes difficultés, traduisant une disparité dans la compréhension des rôles ou l'organisation des services, ont été rencontrées :

- certains gestionnaires préalablement identifiés par leur directeur ou directrice ont répondu qu'ils n'étaient pas responsables d'un service d'intervention de crise dans leur région (n=5);
- certains gestionnaires préalablement identifiés par leur directeur ou directrice se sont regroupés pour ne remplir qu'un seul sondage, étant donné que le service d'intervention de crise dispensé au sein de différents RLS intégrés dans le CISSS ou CIUSSS est harmonisé (n=4);
- un gestionnaire de service d'intervention de crise n'avait pas été identifié par son directeur.

Après avoir pris en compte ces particularités, les 44 gestionnaires pour lesquels une réponse était attendue ont répondu au sondage en ligne (taux de réponse de 100 %). Ainsi, la totalité des 22 CISSS et CIUSSS de même que les quatre établissements non visés par la loi conviés à cette consultation sont représentés (tableau 2). En moyenne, 75 minutes ont été nécessaires pour remplir le sondage.

Tableau 2. Description synthétisée de l'échantillon des gestionnaires sondés

Nombre	Caractéristiques des gestionnaires sondés
52	Gestionnaires identifiés par les directeurs (des 22 CISSS et CIUSSS et des 4 établissements non visés par la loi)
- 5	Gestionnaires identifiés qui ont affirmé ne pas être responsables du service d'intervention de crise
- 4	Gestionnaires préalablement identifiés qui ont été soustraits à la démarche, car ils se sont joints à d'autres gestionnaires pour représenter leur établissement (utilisation d'un « porte-parole »)
+ 1	Gestionnaire qui n'avait pas été identifié par son directeur
= 44	Sondages remplis par 44 gestionnaires (provenant des 22 CISSS et CIUSSS et des 4 établissements non visés par la loi conviés à cette démarche)

Les données quantitatives issues du sondage en ligne ont fait l'objet d'analyses descriptives sur le logiciel Excel, alors que les données qualitatives ont été jumelées à celles recueillies dans le cadre des groupes de discussion (voir section 2.4 pour une description de la méthode d'analyse des données qualitatives).

2.3 Documentation transmise par les gestionnaires

Afin d'obtenir une vision approfondie du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, il a été demandé à l'ensemble des directeurs des services sociaux généraux siégeant à la TNC-SSG et aux gestionnaires responsables d'un service d'intervention de crise de fournir, parallèlement aux réponses du sondage en ligne, toute documentation permettant d'apporter un regard complémentaire sur ce service. Ces documents portaient sur :

- l'organisation du service d'intervention de crise (ex. : horaire du service, territoire couvert, statistiques d'utilisation, délai d'intervention, etc.);
- les ententes de service ou les ententes de collaboration avec d'autres services du CISSS ou CIUSSS ou avec des partenaires, dont les organismes communautaires et autres partenaires intersectoriels;
- le plan de restructuration du service;
- les données sur les ressources humaines (ex. : composition de l'équipe, heures travaillées, etc.);
- les modalités de référence au service (ex. : source, critères de priorisation des demandes, etc.);
- les directives quant à l'application de la Loi sur la protection des personnes¹³;
- les approches/outils cliniques utilisés;
- le plan de formation du personnel;
- l'encadrement ou la supervision clinique disponible;
- les critères et les modalités de référence aux autres services ou partenaires;
- les modalités de communication et de liaison;
- la protection des renseignements personnels;
- les mécanismes d'évaluation de la qualité des services rendus;
- les mécanismes de reddition de comptes (si applicable).

Au total, les directeurs et les gestionnaires provenant de vingt CISSS et CIUSSS (sur 22) et de deux établissements non visés par la loi (sur quatre) ont fait parvenir de la documentation portant sur l'organisation des services dans leur région. Une analyse du contenu des 134 documents reçus a été effectuée. La liste de ces documents se trouve à l'annexe D.

2.4 Groupes de discussion

Dans le but de déterminer les facteurs favorisant ou entravant l'atteinte des standards ministériels liés au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et de connaître la perception des gestionnaires et des intervenants du service quant aux leviers d'amélioration possibles, deux groupes de discussion ont été réalisés au mois d'octobre 2017. Cette modalité de collecte d'informations a été jugée particulièrement pertinente pour documenter les données expérientielles. Les groupes de discussion, l'un regroupant des gestionnaires et l'autre des intervenants, étaient exploratoires. Ils visaient à recueillir, au fil des échanges, les observations et les préoccupations de personnes qui ont des perspectives différentes sur le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. La richesse des idées découlant d'un partage de vision entre les participants a également motivé ce choix méthodologique.

¹³ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L.R.Q. chapitre P-38.001. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>

Un échantillonnage par choix raisonné selon certains critères a été effectué pour favoriser la représentativité des participants aux groupes de discussion. Ce type d'échantillonnage permet d'assurer d'une grande diversité d'expériences et de connaissances, tout en formant un groupe relativement homogène [Acocella, 2012]. Dans le but d'explorer le plus grand nombre possible de témoignages, le recrutement des participants a été fait en favorisant :

- la représentativité géographique (région urbaine, semi-rurale, rurale), afin de refléter la réalité d'une diversité de régions;
- la représentativité des différents modes d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (services offerts par des intervenants du CISSS ou CIUSSS, des intervenants d'organismes communautaires ou des intervenants provenant autant d'un CISSS ou d'un CIUSSS que d'organismes communautaires).

Neuf intervenants provenant de huit CISSS et CIUSSS ont été désignés par leur gestionnaire pour participer au groupe de discussion qui s'est déroulé dans les bureaux de l'INESSS à Montréal. Pour leur part, neuf gestionnaires provenant de huit CISSS et CIUSSS ont reçu, à la fin d'août 2017, une invitation à participer au groupe de discussion. Huit d'entre eux ont accepté de participer au groupe de discussion qui s'est déroulé dans les bureaux de l'INESSS à Québec.

La participation aux groupes de discussion a été favorisée en réduisant le plus possible les obstacles qui pouvaient entraver la participation à l'activité. Ainsi, le remboursement des frais liés au transport et au stationnement ainsi que le repas du midi ont été offerts aux participants. De plus, certains participants ne pouvant se déplacer en raison de la distance à parcourir ont pu participer aux échanges grâce à l'utilisation de la visioconférence.

Afin d'assurer la validité de cette consultation, une grille d'entrevue a été élaborée et des méthodes d'animation ont été choisies en collaboration avec les membres du comité de suivi (dont le rôle est défini à la section 2.5). Les meilleures pratiques en animation de groupe de discussion ont orienté ce choix [Rainville, 2008]. Ainsi, plusieurs pratiques probantes en animation de groupe de discussion ont été utilisées, dont le soutien de la communication avec différents outils visuels, le choix de questions concrètes et non suggestives, de même que l'alternance entre travail individuel, travail en équipe et retour en grand groupe. L'animation a été adaptée en considérant la contrainte de la visioconférence, notamment en permettant aux participants à distance d'imprimer au préalable le matériel d'appui.

Le contenu qualitatif pertinent a été transcrit de façon synthétisée et épurée, c'est-à-dire en supprimant les erreurs de syntaxe et de grammaire, les hésitations et les redites, tout en demeurant fidèle aux propos des interlocuteurs. L'ensemble du matériel a été organisé et codifié en fonction des standards ministériels. Deux évaluateurs ont analysé les données qualitatives en faisant ressortir l'ensemble des facteurs facilitant et entravant l'atteinte des standards ainsi que les leviers d'amélioration proposés par les participants. Soulignons que les participants des groupes de discussion ont également été interrogés directement sur les facteurs facilitant l'atteinte des standards ministériels. En raison de la convergence de leurs propos, les facilitateurs ont été jumelés, lors de l'analyse, aux différents leviers d'amélioration proposés par les participants (voir sections 4.1.2, 4.2.2, 4.3.2 et 4.4.2).

2.5 Consultations

Dans le but d'accompagner l'INESSS dans la présente démarche, un comité de suivi, dont la composition est détaillée dans les pages liminaires du document, a été mis sur pied. Le comité regroupe 10 membres, notamment des directeurs et des gestionnaires ayant sous leur responsabilité le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 de leur CISSS ou CIUSSS, une chercheuse spécialisée en intervention de crise et deux représentants du MSSS. Ceux-ci ont été

sélectionnés en respectant des critères préétablis (secteur géographique, connaissance du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, représentativité des milieux urbains ou ruraux, représentativité des modes d'organisation du service, etc.). En plus de fournir une rétroaction écrite sur une version préliminaire du rapport, le comité de suivi s'est réuni en septembre 2017 pour valider les orientations du projet et en janvier 2018 pour contribuer à établir certains leviers d'amélioration supplémentaires.

Par ailleurs, la méthodologie du projet et les résultats préliminaires issus du rapport d'étape ont été présentés aux membres du Comité d'excellence clinique de la Direction des services sociaux (DITSA-DP-SAPA-SSG) de l'INESSS, en septembre 2017. Les membres du comité, auquel siègent des médecins, des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des gestionnaires, des chercheurs, des citoyens et une éthicienne, sont nommés dans les pages liminaires du document. Par leurs rétroactions, ceux-ci ont contribué à assurer l'acceptabilité professionnelle et sociale du présent document.

Enfin, soulignons que la chercheuse Monique Séguin, Ph. D., responsable de la formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7, a été sollicitée afin de connaître l'ampleur du déploiement de la formation au sein des CISSS et CIUSSS. Cette information a été utilisée dans l'analyse des standards portant sur la qualité.

2.6 Avantages et limites de la démarche

La stratégie de collecte d'informations déployée présente différents avantages. L'utilisation de diverses méthodes de collecte de données (données clinico-administratives, sondage en ligne, groupes de discussion, consultations) aura permis de décrire l'organisation du service d'intervention de crise dans l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec, en se basant sur la triangulation des données contextuelles et expérientielles. Les méthodes utilisées permettent également de considérer différentes perspectives, soit celles des gestionnaires et des intervenants œuvrant au sein du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

Toutefois, ces méthodes présentent certaines limites et biais. L'extraction des données relatives à l'intervention de crise contenues dans la banque provinciale I-CLSC a ainsi posé de nombreux défis.

1. Bien qu'il existe un cadre normatif pour l'interprétation et l'orientation de la saisie des données dans la banque I-CLSC, plusieurs différences interrégionales et intrarégionales au regard de la saisie des informations liées à l'intervention de crise ont été observées. L'absence d'une démarche concertée pour clarifier les directives quant à la saisie des informations dans la banque I-CLSC relativement au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 a pour conséquences : 1) l'utilisation d'une définition variable de la notion de crise par les intervenants, 2) une saisie de données parfois aléatoire et reprise sous plusieurs centres d'activités ou sous-centres d'activités, et 3) l'utilisation de l'acte associé à l'intervention de crise pour d'autres motifs d'intervention, dont des suivis médicaux. L'ensemble de ces éléments nuisent à la validité des données I-CLSC recueillies.
2. L'analyse des données quantitatives du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est complexifiée par le fait que les modèles d'organisation du service sont nombreux puisqu'ils n'ont pas nécessairement été harmonisés en fonction de l'ensemble des CISSS d'un même territoire. Cette diversité complique grandement les possibilités d'extraction d'informations pertinentes pour documenter le service à partir de la banque provinciale I-CLSC.

3. Les données contenues dans la banque I-CLSC ne tiennent pas compte des services d'intervention de crise dans le milieu 24/7 offerts par les organismes communautaires, à la suite d'une entente de service élaborée par le CISSS ou CIUSSS. Par conséquent, le portrait quantitatif issu des données I-CLSC n'est que partiel et ne représente pas l'ensemble des services d'intervention de crise dans le milieu 24/7 offerts par chacune des régions à la population de son territoire.
4. Les données provenant de la banque I-CLSC ne représentent pas nécessairement l'ensemble des informations recueillies régionalement ou localement puisqu'il est possible que certaines interventions de crise aient été consignées dans un autre système de données (p. ex., banque ACCESS).

En ce qui concerne le sondage en ligne, sa longueur et la nécessité, pour les répondants, de fournir des statistiques précises constituent deux limites qui ont pu altérer la validité des réponses fournies. De plus, le sondage en ligne est une modalité de collecte de données qui ne permet pas d'assurer la compréhension de chacun des répondants quant à la définition du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, telle que spécifiée dans la Fiche 3 des *Orientations relatives aux standards*. En effet, à l'étape d'analyse des données issues du sondage en ligne, plusieurs incohérences ont été relevées, et ce, à divers niveaux.

- Lorsqu'elles sont comparées aux réponses des gestionnaires d'une même région, les informations contenues dans certains documents officiels fournis pour les fins d'analyse (ex. : une entente de service ou de collaboration formelle entre un CISSS ou CIUSSS et un organisme communautaire) révèlent des contradictions quant à l'organisation des services.
- Il est arrivé que deux gestionnaires répondent pour un même CISSS ou CIUSSS et présentent des réalités différentes quant à l'organisation des services de leur territoire.
- Les échanges avec certains gestionnaires ont permis de réaliser que la définition du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et la compréhension des interventions qui en découlent varient d'un milieu à un autre, ce qui peut affecter l'analyse des données et la fiabilité des réponses fournies par les gestionnaires dans le sondage en ligne. Par exemple, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 était à l'occasion confondu avec le service Info-Social (consultation téléphonique 24/7) par les gestionnaires sondés.
- Certains gestionnaires ne connaissaient pas l'offre de service de l'organisme communautaire dispensant le service d'intervention de crise sur leur territoire ou ne détenaient que des renseignements parcellaires.
- Dans le contexte de la réorganisation des services sociaux, certains gestionnaires se sont vu attribuer récemment la responsabilité du service d'intervention de crise. Cette situation a pu affecter la fiabilité de certaines des réponses transmises puisque ces répondants pouvaient présenter une connaissance limitée du service et de ses enjeux. Il est par conséquent probable qu'il y ait un écart entre la perception des répondants rapportée dans le sondage et certains aspects de la réalité.

Lorsque des incohérences ont été relevées entre les données issues du sondage en ligne et la documentation transmise, les données provenant du sondage, étant généralement plus récentes, ont été conservées pour l'analyse.

En ce qui concerne les groupes de discussion, le principe de la saturation des données n'a pu être respecté, compte tenu de leur nombre restreint. Bien que différents moyens aient été mis en place pour favoriser l'échange des idées entre les participants, il est possible que certains aient pu ne pas se sentir à l'aise de s'exprimer sur l'ensemble des difficultés rencontrées dans le cadre du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. On peut penser que la réalisation de groupes de discussion supplémentaires aurait généré des idées nouvelles. De plus, malgré l'attention

particulière accordée à la représentativité des régions urbaines et rurales, les participants rencontrés ne représentent pas la totalité des régions du Québec, ce qui cause un biais important.

Même si le mandat confié par le MSSS à l'INESSS invitait à porter un regard sur la perspective des différents acteurs du réseau, il n'aura pas été possible de sonder directement les gestionnaires des organismes communautaires qui offrent le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour le compte des CISSS et CIUSSS, en vertu de l'article 108 de la LSSSS, ni les usagers du service. Par conséquent, il importe de garder en tête que le présent rapport ne dresse qu'un portrait partiel du service d'intervention de crise au Québec. Cette limite importante a souvent été soulevée par les personnes consultées en cours de projet.

3 RÉSULTATS

Cette section vise à 1) dresser le portrait du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, et 2) décrire l'atteinte des standards ministériels quant à ce service en fonction des quatre regroupements de standards, soit : l'accès, la qualité, la continuité, l'efficacité et l'efficience. Cette section découle de l'analyse des données clinico-administratives, du sondage en ligne et de l'analyse de la documentation transmise par les directeurs et les gestionnaires provenant des CISSS et CIUSSS¹⁴ du Québec. Les facteurs entravant l'atteinte des standards et les leviers d'amélioration qui ont émané des groupes de discussion seront, quant à eux, présentés à la section 4.

3.1 Portrait du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7

3.1.1 Modèles d'organisation du service

Afin de documenter l'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, certaines questions du sondage en ligne ont abordé de manière spécifique les différents modèles possibles. De façon générale, une importante disparité entre les régions du Québec est observée. Selon les gestionnaires sondés, quatorze CISSS et CIUSSS présentent une organisation du service harmonisée dans l'ensemble des RLS de leur région, alors que douze CISSS et CIUSSS présentent une organisation distincte pour chacun des RLS de leur territoire. Qui plus est, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est susceptible de relever de différentes directions (ex. : direction des services multidisciplinaires, direction des programmes santé mentale et dépendance), selon le CISSS ou CIUSSS concerné. La variabilité des modèles d'organisation complexifie largement la compréhension des services offerts dans chacune des régions et restreint la possibilité de dresser un portrait plus général du déploiement de ce service au Québec.

Sans égard aux particularités de chacune des régions, il est toutefois possible de classer les modèles d'organisation du service en quatre grandes catégories (tableau 3).

¹⁴ Rappelons ici que l'appellation « CISSS et CIUSSS » inclut également les quatre établissements non visés par la loi siégeant à la TNC-SSG qui ont participé à cette démarche de consultation.

Tableau 3. Modèles d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et leurs différentes caractéristiques

Modèle d'organisation	Nombre (%)	Caractéristiques
1) Service dispensé majoritairement par des intervenants du CISSS ou CIUSSS provenant de différents programmes-services	13/26 (50,0 %)	• Les intervenants peuvent être volontaires¹⁵ ou désignés.
2) Service dispensé majoritairement par des intervenants du CISSS ou CIUSSS œuvrant au sein d'une équipe dédiée à l'intervention de crise	4/26 (15,4 %)	• Des intervenants d'autres programmes-services peuvent parfois se greffer à cette équipe pour assurer des gardes en dehors des heures favorables¹⁶.
3) Service dispensé selon un modèle mixte , soit par des intervenants provenant du CISSS ou CIUSSS ET par des intervenants provenant d'organismes communautaires	3/26 (11,5 %)	• Les interventions peuvent être réparties en fonction 1) du territoire où se tiendra l'intervention, 2) de la problématique visée (ex. : crise suicidaire, toxicomanie, problème de santé mentale, etc.), ou 3) du moment où survient la crise (c.-à-d. jour, soir, nuit).
4) Service dispensé exclusivement par des intervenants provenant d'un ou de plusieurs organisme(s) communautaire(s)	6/26 (23,1 %)	• La mission de l'organisme communautaire peut ou non être liée à l'intervention de crise dans le milieu. • Dans les cas où plusieurs organismes communautaires se répartissent les interventions, le partage peut être fait en fonction du territoire où survient la crise ou de la problématique visée.

Il a été observé que la capacité des CISSS et CIUSSS à rendre compte des caractéristiques du service d'intervention de crise offert dans leur région varie en fonction des différents modèles d'organisation. Par exemple, les gestionnaires responsables d'un service d'intervention de crise dispensé exclusivement par des intervenants du CISSS ou CIUSSS sont, en général, davantage en mesure de décrire les caractéristiques de ce service (p. ex. : nombre d'intervenants, couverture temporelle, approches cliniques utilisées, formation et supervision clinique offertes aux intervenants, etc.), comparativement aux gestionnaires des CISSS et CIUSSS où la dispensation du service est confiée à des organismes communautaires, en vertu de l'article 108 de la LSSSS. Malgré ce constat, il est à noter que la démarche entreprise ne permet aucunement de statuer sur les avantages d'un modèle d'organisation du service par rapport à un autre. Il est possible que chacun des modèles d'organisation donne lieu à des services de qualité pour la population.

3.1.1.1 Partenariat avec des organismes communautaires

Ainsi qu'il est rapporté à la section 3.1.1, le service d'intervention de crise peut être dispensé exclusivement ou en partie par des intervenants provenant d'un ou plusieurs organisme(s)

¹⁵ Le terme « volontaire » signifie qu'un appel a été lancé parmi le personnel qualifié du CISSS ou CIUSSS afin de créer un groupe d'intervenants disposés à effectuer de l'intervention de crise dans le milieu 24/7, selon différentes modalités (gardes, périodes de disponibilité, temps réservé à l'horaire). Le terme « désigné » signifie qu'en l'absence d'un nombre suffisant d'intervenants volontaires pour assurer le service d'intervention de crise, les intervenants ont reçu cette assignation.

¹⁶ Le terme « heures favorables » fait référence aux heures d'ouverture habituelles de certains services des CISSS et CIUSSS, soit sur semaine et de jour.

communautaire(s) partenaire(s) (c.-à-d. les deux derniers modèles d'organisation présentés au tableau 3).

Ces modèles d'organisation du service impliquent donc un ou plusieurs organismes avec lesquels les CISSS et CIUSSS collaborent. Ce partenariat doit être convenu dans le cadre d'une entente en vertu de l'article 108 de la LSSSS¹⁷, permettant de déterminer les responsabilités réciproques dans la prestation des services à offrir.

Selon les données du sondage en ligne, environ le tiers des CISSS et CIUSSS (9/26; 34,6 %) présentent au moins un RLS où l'offre du service d'intervention de crise est assurée, en totalité ou en partie, par un ou plusieurs organismes communautaires. Parmi ces neuf CISSS et CIUSSS, six possèdent une entente écrite, en vertu de l'article 108 de la LSSSS, avec au moins un organisme communautaire qui dispense le service sur leur territoire. Enfin, les gestionnaires de six CISSS et CIUSSS ont identifié sept organismes responsables de la prestation du service au sein d'un RLS avec lesquels ils n'ont pas d'entente écrite (ou ils ne connaissent pas l'existence d'une telle entente).

La consultation des 24 ententes de partenariat acheminées (c.-à-d. ententes de service et ententes de collaboration) par les directeurs ou les gestionnaires des CISSS et CIUSSS a révélé certaines incohérences ou enjeux qui affectent la validité des données recueillies.

- Des ententes de service avec des organismes communautaires ont été transmises, alors que le gestionnaire avait indiqué, dans le sondage en ligne, une absence d'entente.
- Certaines ententes, nommées « entente de collaboration », sont en fait des ententes de service au sens de l'article 108 de la LSSSS.
- Certaines ententes incluent un contenu qui fait référence autant à une délégation des services à un organisme communautaire (entente de service) qu'à une collaboration avec d'autres organismes (entente de collaboration), pour assurer la continuité des services. Cette situation fait en sorte que l'ensemble des organismes partenaires sont soumis aux mêmes mécanismes de suivi. Or, les organismes communautaires qui se sont vu confier le mandat de dispenser, en totalité ou en partie, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, en vertu de l'article 108 de la LSSSS, ont davantage de responsabilités que ceux considérés comme « collaborateurs ». Ces organismes mandatés pour offrir le service devraient donc être visés par des processus de reddition de comptes et d'évaluation de la qualité des services rendus.
- Puisque près de la moitié des ententes de partenariat acheminées (10/24; 41,7 %) remontent à plus de cinq ans, il est difficile de savoir si leurs modalités sont toujours appliquées et valides.
- Bien que les gestionnaires aient rapporté qu'il existe une entente écrite avec un organisme communautaire de leur région, certains ont indiqué n'avoir jamais pris connaissance de cette entente ou ne pas être en mesure de témoigner de la présence ou non de mécanismes de reddition de comptes ou d'évaluation de la qualité des services rendus.

¹⁷ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q. c. S-4.2, art. 108. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

3.1.2 Caractéristiques des interventions réalisées dans le cadre du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7

Les données extraites de la banque provinciale I-CLSC¹⁸ indiquent qu'au cours des trois dernières années financières, un nombre équivalent d'interventions en situation de crise a été documenté (tableau 4).

Pour les fins de ce portrait, seules les données de la dernière année financière (2016-2017) seront rapportées. Ainsi, en 2016-2017, un total de 12 493 interventions en situation de crise a été consigné pour l'ensemble des CISSS et CIUSSS de la province. Ces interventions concernent 9 925 usagers, ce qui représente 1,3 intervention par usager sur une base annuelle.

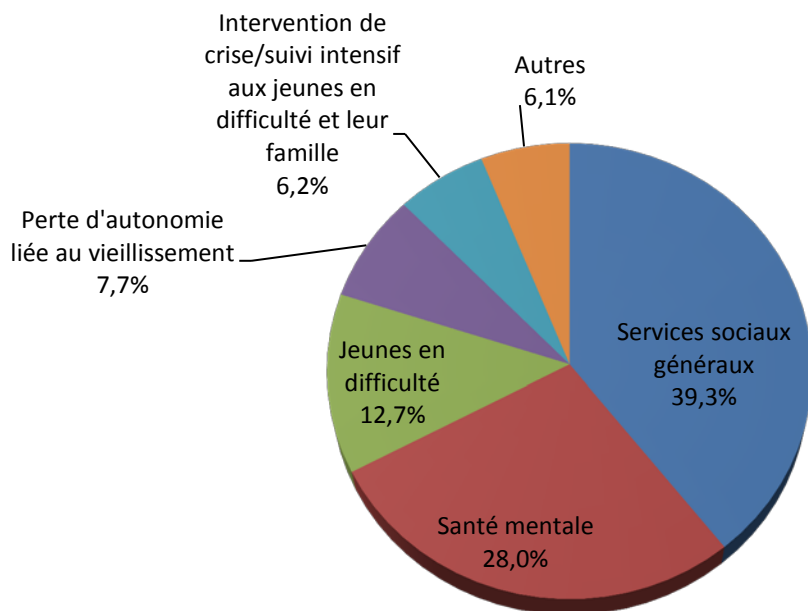
Tableau 4. Nombre d'interventions en situation de crise par année financière

Année financière	Nb d'interventions	Nb d'usagers	Moyenne d'interventions / usager
2014-2015	12 745	9 901	1,3
2015-2016	12 374	10 055	1,2
2016-2017	12 493	9 925	1,3

Les données I-CLSC permettent de relier chacune des interventions répertoriées au programme auquel le service est rattaché. Les interventions de crise répertoriées le sont le plus souvent (39,3 %) dans le programme « Services sociaux généraux », comme il est rapporté à la figure 1. Le programme « Santé mentale » regroupe un peu plus du quart des interventions (28,0 %), tandis que le programme « Jeunes en difficulté » en compte 12,7 %. Les interventions de crise faites par les professionnels travaillant auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (7,7 %) et par les intervenants dédiés à l'intervention de crise et de suivi intensif destiné aux jeunes en difficulté et à leur famille (6,2 %) représentent une minorité des interventions répertoriées. Finalement, la catégorie « autres » regroupe des programmes tels que « Déficience physique », « Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme », « Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) », « Dépendances » et d'autres programmes de santé physique.

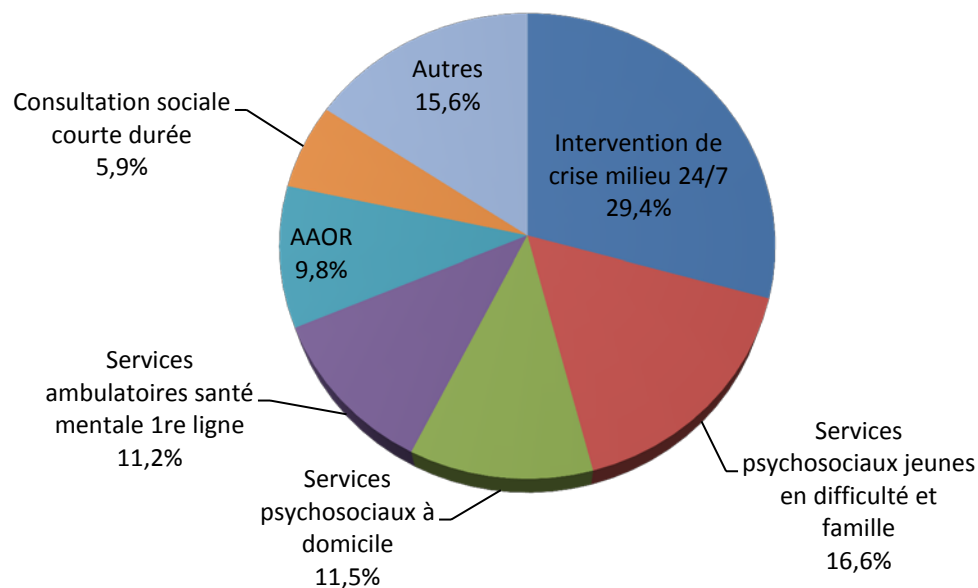
¹⁸ Rappelons que les données issues de la banque provinciale I-CLSC n'incluent que les interventions dispensées par les CISSS et les CIUSSS, et ne tiennent pas compte des interventions réalisées par les organismes communautaires.

Figure 1. Répartition des interventions de crise selon le programme d'attache (n=12 493)



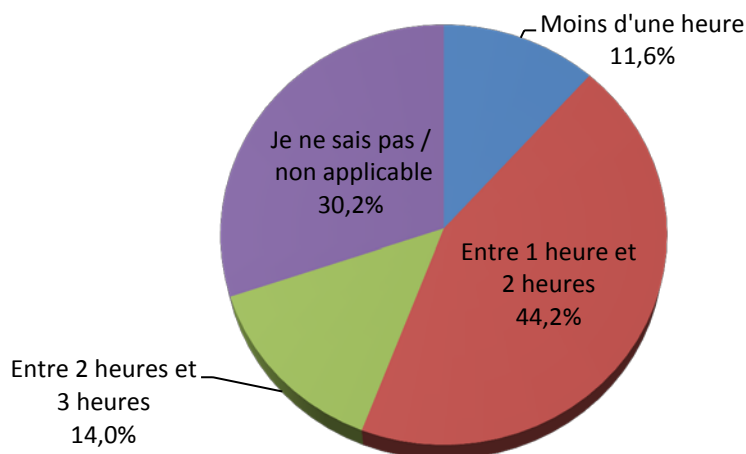
À l'intérieur de chacun des programmes, les interventions de crise répertoriées ont été catégorisées de manière plus spécifique en fonction du centre d'activité auquel elles se rattachent. Les interventions saisies dans I-CLSC sont plus fréquemment classées dans le centre d'activité « Intervention de crise dans le milieu 24/7 » (29,4 %), « Services sociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille » (16,6 %), « Services psychosociaux à domicile » (11,5 %), « Services ambulatoires de santé mentale en première ligne » (11,2 %) et « AAOR » (9,8 %), comme il est rapporté à la figure 2. Par ailleurs, 5,9 % des interventions relèvent du centre d'activité lié à l'intervention sociale de courte durée, tandis que la catégorie « autre » (15,6 %) regroupe des interventions relevant du « Soutien d'intensité variable dans la communauté », du « Suivi intensif dans la communauté », de la « Consultation psychologique de courte durée » et d'autres services psychosociaux ou médicaux. Il est très probable, à la lecture des données disponibles, que le centre d'activité et l'acte retenus pour l'intervention en situation de crise sont également utilisés pour d'autres types de crises de nature physique ou médicale.

Figure 2. Proportion des interventions de crise en fonction du centre d'activité (n=12 493)



En concordance avec les données provenant de la banque I-CLSC, les gestionnaires ayant répondu au sondage en ligne rapportent majoritairement que l'intervention de crise dans le milieu dure d'une à deux heures (44,2 %) (figure 3). Toutefois, certaines situations nécessitent une intervention d'une durée allant jusqu'à trois heures, notamment lors de l'application de la trousse médicolégale en cas d'agression sexuelle, ou lorsque la situation de crise implique une coordination avec d'autres ressources communautaires. La durée moyenne des interventions en situation de crise est de 99 minutes, selon les données I-CLSC.

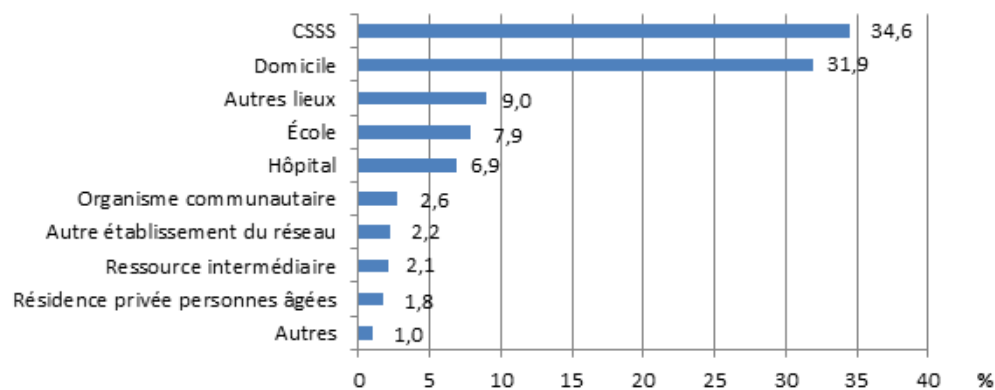
Figure 3. Durée moyenne de l'intervention de crise dans le milieu 24/7, selon les gestionnaires sondés (n=44)



Selon les données I-CLSC, la majorité des interventions de crise répertoriées se déroulent au CISSS ou CIUSSS (identifié comme CSSS mission CLSC dans I-CLSC; 34,6 %) ou à domicile (31,9 %), comme il est rapporté à la figure 4. Puis, 9,0 % des interventions se déroulent dans d'« autres lieux » correspondant à tout endroit non représenté dans le menu déroulant disponible (p. ex. : un endroit public comme un restaurant, un commerce, ou un lieu extérieur comme un parc ou

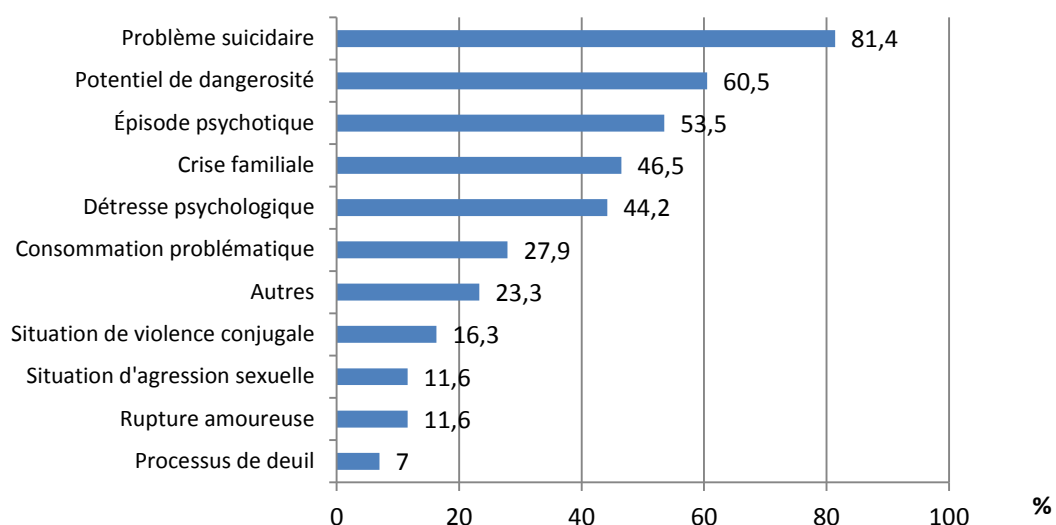
une voie publique). Une minorité des interventions de crise ont lieu à l'école (7,9 %), à l'hôpital (6,9 %), dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu (2,6 %), dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux (2,2 %), dans une ressource intermédiaire (2,1 %) ou dans une résidence privée pour personnes âgées (1,8 %). La catégorie « autres » du menu déroulant, qui représente 1,0 % des interventions, regroupe les endroits tels qu'un centre de détention, une ressource de type familial, un centre d'hébergement, un milieu de travail ou un service de garde.

Figure 4. Proportion des interventions en fonction du lieu (n=12 493)



Au regard des problématiques vécues par les personnes requérant une intervention dans le milieu, la crise suicidaire (81,4 %), le potentiel de dangerosité face à soi-même ou face à autrui (60,5 %), l'épisode psychotique (53,5 %), la crise familiale (46,5 %) et la détresse psychologique à la suite d'un événement stressant ou traumatique (44,2 %) sont les plus fréquemment rapportés par les gestionnaires ayant rempli le sondage en ligne (figure 5).

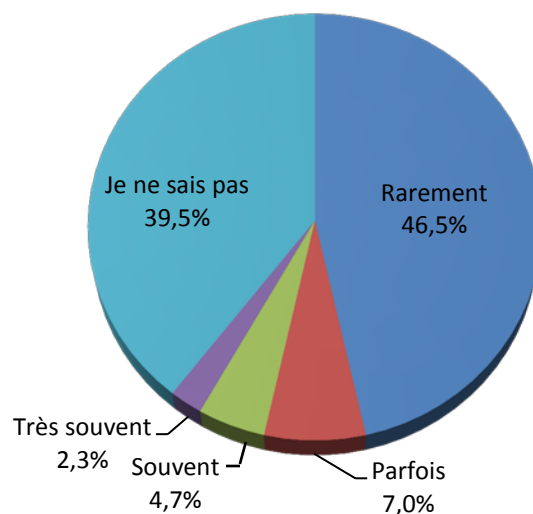
Figure 5. Répartition des interventions en fonction du motif invoqué, selon les gestionnaires sondés (n=44)



Les données I-CLSC concordent avec les résultats du sondage mené auprès des gestionnaires. En effet, la crise suicidaire constitue le motif d'intervention le plus souvent rapporté par les deux sources d'information. Les données I-CLSC indiquent toutefois un plus large éventail de motifs d'intervention de crise. Par exemple, la catégorie « autres », qui compte environ le cinquième des interventions (20,5 %), regroupe un ensemble de problématiques de nature psychosociale, de santé mentale et de victimisation. Cette catégorie intègre également des problèmes de santé physique, tels que sclérose en plaques, tumeur ou arthrite. La présence de ces motifs d'intervention dans la banque provinciale I-CLSC semble indiquer que la saisie de l'acte « intervention de crise » concerne des interventions d'une nature différente que celles qui se rapportent spécifiquement au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

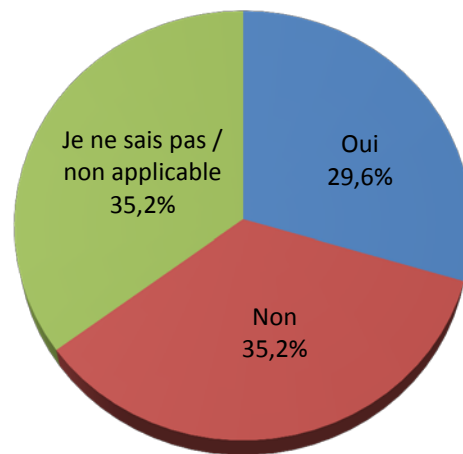
Près de la moitié (46,5 %) des gestionnaires sondés indiquent qu'à leur connaissance, au cours de la dernière année, les interventions de crise dans le milieu ont rarement nécessité l'application de la Loi sur la protection des personnes¹⁹ (figure 6). Notons également qu'un peu plus du tiers des répondants (35,2 %) ont déclaré ne pas savoir si leur établissement avait élaboré des directives quant à l'application de cette loi (figure 7). Une proportion identique (35,2 %) a également rapporté que leur établissement n'avait pas formulé de telles directives.

Figure 6. Proportion estimée des interventions de crise dans le milieu 24/7 qui a nécessité l'application de la Loi sur la protection des personnes au cours de la dernière année, selon les gestionnaires sondés (n=44)



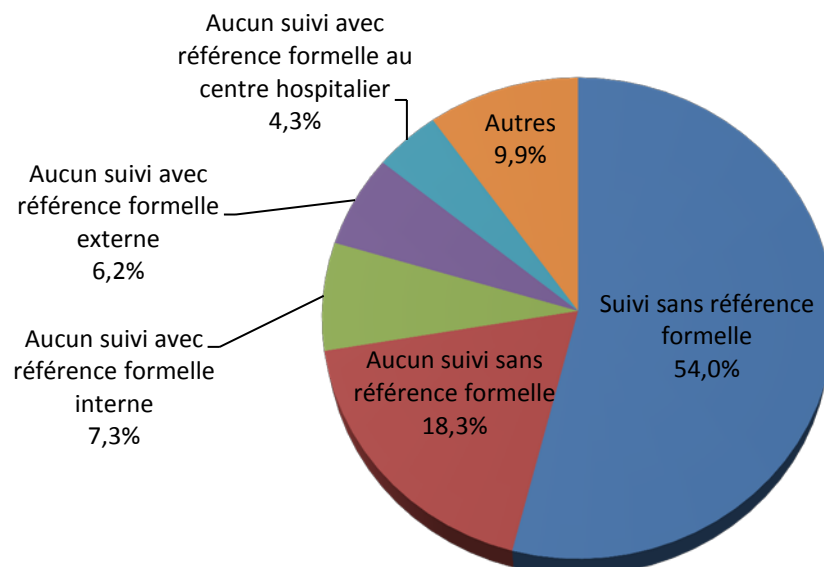
¹⁹ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L.R.Q., chapitre P-38.001. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>.

Figure 7. Proportion d'établissements ayant élaboré des directives quant à l'application de la Loi sur la protection des personnes, selon les gestionnaires sondés (n=44)



La figure 8 ci-dessous présente la répartition des interventions de crise en fonction des suivis et des références effectués par les intervenants. Les données I-CLSC collectées indiquent qu'un suivi sans référence formelle est offert à la suite de l'intervention de crise dans la majorité des cas (54,0 %). Par ailleurs, pour plus du tiers des interventions de crise rapportées (36,1 %), aucun suivi n'a été effectué, avec ou sans référence formelle.

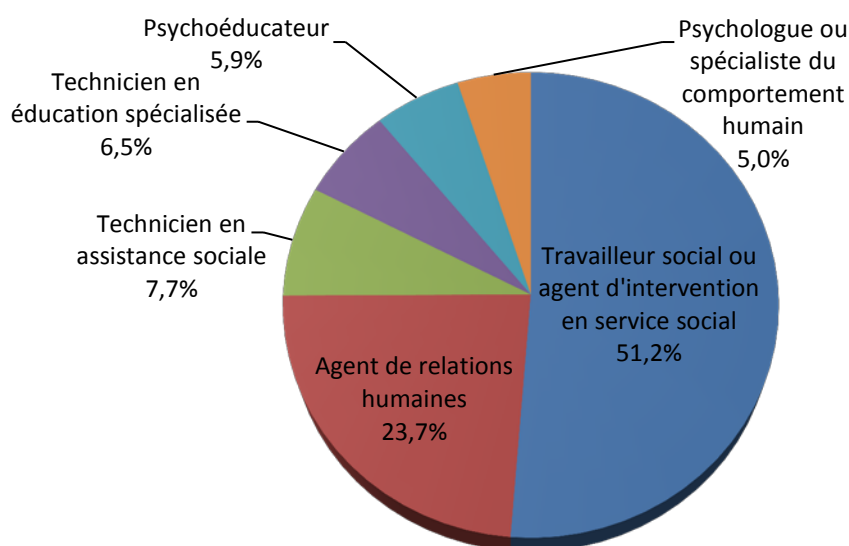
Figure 8. Répartition des interventions en fonction des suivis et références consignés (n=12 493)



3.1.3 Caractéristiques des intervenants

L'intervention de crise dans le milieu fait appel à des compétences et à des connaissances spécifiques à mettre en application auprès d'une clientèle très vulnérable. Ce contexte exige que les intervenants aient une bonne capacité d'adaptation pour gérer les situations délicates. Parmi l'ensemble des interventions de crise répertoriées, la majorité (51,2 %) sont effectuées par un travailleur social, et près du quart (23,7 %) sont menées par un agent de relations humaines, selon les données colligées dans la banque I-CLSC. Les autres intervenants identifiés sont des techniciens en assistance sociale (7,7 %), des éducateurs ou techniciens en éducation spécialisée (6,5 %), des psychoéducateurs (5,9 %) et des psychologues (5,0 %) (figure 9). Les gestionnaires ayant rempli le sondage en ligne ont également souligné que l'équipe d'intervenants au sein des CISSS et CIUSSS qui dispensent le service peut être composée, dans une moindre mesure, de criminologues, de sexologues et d'infirmiers.

Figure 9. Répartition des interventions en fonction du type d'intervenant (n=12 493)



De façon générale, les gestionnaires sondés ont indiqué que l'intervenant effectue la plupart du temps seul l'intervention de crise dans le milieu quand elle a lieu de jour. Lorsque l'intervention se déroule de soir, de nuit ou auprès d'une clientèle présentant un haut taux d'agressivité ou de dangerosité (ex. : possession d'arme ou informations au dossier liées à l'incarcération ou à la dépendance aux substances psychoactives), il est généralement admis que l'intervenant réalise son intervention en dyade avec les corps policiers de sa région ou avec un autre intervenant du service d'intervention de crise. En cas de désorganisation importante ou de risque élevé pour la sécurité de l'intervenant, les policiers peuvent également accompagner la personne en crise à l'urgence hospitalière, où l'intervention pourra avoir lieu de façon sécuritaire. Par ailleurs, la présence des policiers est nécessaire dans certaines régions lorsque des tensions culturelles compromettent l'intervention.

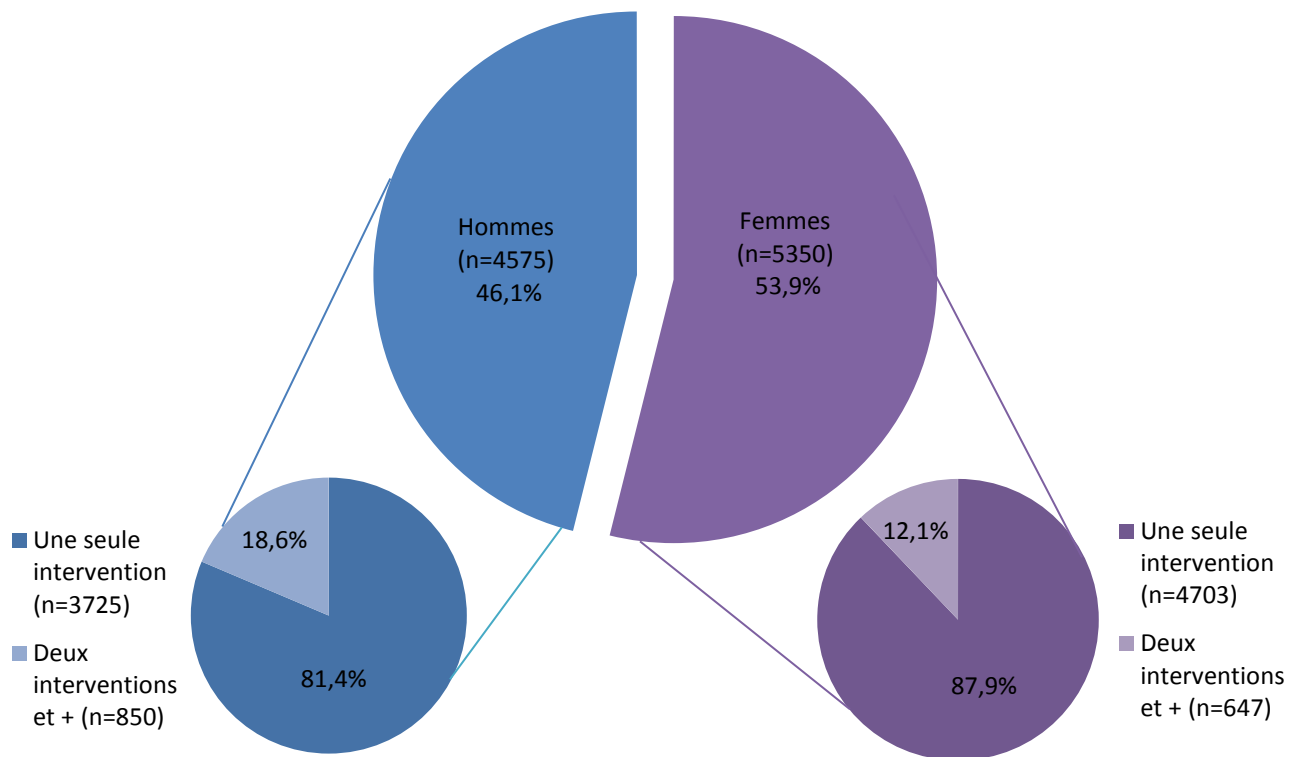
Compte tenu de la grande variabilité dans l'organisation du service dans les régions, le nombre d'intervenants en équivalent temps complet (ETC) provenant des CISSS et CIUSSS diffère beaucoup d'un établissement à l'autre. Il varie entre 0,5 et 15,8 intervenants ETC directement dédiés au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Le nombre d'intervenants impliqués peut évidemment augmenter considérablement si l'on y ajoute ceux qui effectuent à tour de rôle la garde psychosociale.

Les gestionnaires sondés provenant des CISSS et CIUSSS pour lesquels le service d'intervention de crise est assuré par un organisme communautaire partenaire ont été peu en mesure de fournir des informations concernant les intervenants à l'emploi des organismes communautaires qui dispensent le service, dont le nombre d'employés dédiés ou leur titre d'emploi.

3.1.4 Caractéristiques des usagers

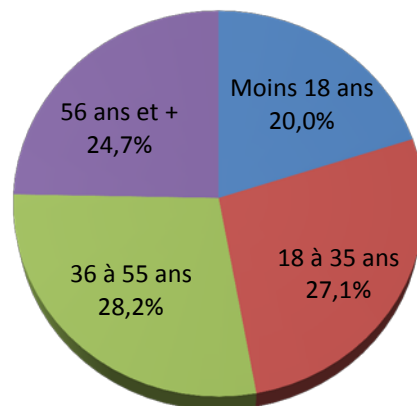
Selon les données colligées dans la banque de données I-CLSC, la grande majorité des interventions sont effectuées en français (91,0 %). De plus, davantage d'interventions de crise ont été réalisées auprès de femmes (53,9 %) que d'hommes (46,1 %) au cours de l'année 2016-2017, comme il est rapporté à la figure 10. Toutefois, une proportion plus grande d'hommes (18,6 %) que de femmes (12,1 %) a bénéficié de plus d'une intervention en situation de crise, ce qui indique que la clientèle récurrente est davantage masculine.

Figure 10. Répartition des interventions de crise (n=9925) en fonction du genre et du nombre d'interventions réalisées au cours de l'année 2016-2017



La figure 11 rapporte les interventions de crise effectuées et consignées en fonction de l'âge des usagers. De l'ensemble des usagers, les enfants et les adolescents représentent le cinquième (20,0 %) de la population desservie. Les usagers des autres groupes d'âge se répartissent de manière plutôt équivalente.

Figure 11. Répartition des usagers ayant bénéficié d’au moins une intervention de crise au cours de l’année 2016-2017 en fonction de l’âge (n=9925)



3.2 Atteinte des standards d'accès

Les standards liés à l'accès font référence à l'accessibilité géographique, temporelle et professionnelle du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

3.2.1 Accessibilité géographique

La majorité des gestionnaires sondés (77,3 %) ont indiqué que la population résidant sur l'ensemble du territoire couvert par leur CISSS ou CIUSSS peut bénéficier du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Toutefois, les informations recueillies auprès de ces répondants révèlent que 14 RLS (sur un total de 93) répartis à l'intérieur de sept CISSS et CIUSSS étaient, au moment de la collecte de données, non couverts par le service.

3.2.2 Accessibilité temporelle

Selon la majorité des gestionnaires ayant répondu au sondage en ligne (65,9 %), le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est dispensé 24 heures par jour, 365 jours par année. Dans la plupart des régions, les intervenants des services sociaux généraux le donnent durant le jour, alors qu'un système de garde psychosociale est mis en place pour assurer le service pendant les heures défavorables²⁰ (soir, nuit, fin de semaine et journées fériées). Quelques ruptures de service au cours de la dernière année ont été rapportées par les gestionnaires, principalement en heures défavorables. Il a toutefois été mentionné qu'afin de pallier ces ruptures de service, le service Info-Social peut, au besoin, demander l'assistance des services d'urgence en faisant le 9-1-1 pour intervenir au domicile de la personne en crise, lorsque ce service est disponible dans la région concernée.

3.2.3 Accessibilité professionnelle

Selon l'organisation du service propre à chacun des établissements, le pourcentage de références provenant des différents types de référents internes (ex. : AAOR, Info-Social, autres programmes-services du CISSS ou CIUSSS) ou externes (ex. : services d'urgence, organismes partenaires,

²⁰ Le terme « heures défavorables » fait référence aux heures durant lesquelles certains services des CISSS et CIUSSS ne sont pas disponibles, soit de soir, de nuit et les fins de semaine.

personne en crise ou un membre de sa famille) varie grandement. Dans le cas où l'information est connue des gestionnaires sondés, il ressort que les principaux référents au service d'intervention de crise, lorsqu'il est dispensé par des intervenants du CISSS ou CIUSSS, sont l'AAOR, le service Info-Social (par l'intermédiaire d'une ligne réservée pour les partenaires) et les services d'urgence.

Un peu plus d'un gestionnaire sur deux (56,8 %) ont rapporté que leur établissement se réfère à différents critères permettant de discriminer les demandes d'intervention à acheminer vers le service de crise ou d'en établir l'ordre de priorité (ex. : charte de priorisation des demandes), afin que toute situation considérée comme urgente soit traitée de façon immédiate. Cependant, 43,2 % des gestionnaires sondés ont indiqué que leur établissement n'utilise pas de tels outils de manière formelle, ou ils ne sont pas en mesure d'établir avec certitude que cela est fait. Il est à noter que près de la moitié des gestionnaires sondés (49,2 %) ont mentionné que certaines clientèles particulières ne peuvent être desservies par le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (ex. : clientèle toxicomane, etc.).

De façon générale, les gestionnaires ont rapporté que les demandes acheminées vers le service d'intervention de crise sont d'abord traitées par les intervenants de l'Info-Social. Si l'intervention téléphonique effectuée ne parvient pas à stabiliser la personne et à désamorcer la situation de crise, ou que la situation comporte un certain niveau de dangerosité (ex. : risque suicidaire, risque d'homicide, état mental fortement perturbé), le service d'intervention de crise est normalement déployé, en fonction des modalités prévues, dans chaque région qui offre ce service.

Le délai d'intervention moyen entre la réception de la demande et le début de l'intervention auprès de l'usager, lorsqu'il est connu par les gestionnaires, est très variable. Les répondants ont indiqué des délais variant de 30 minutes à plus de deux heures.

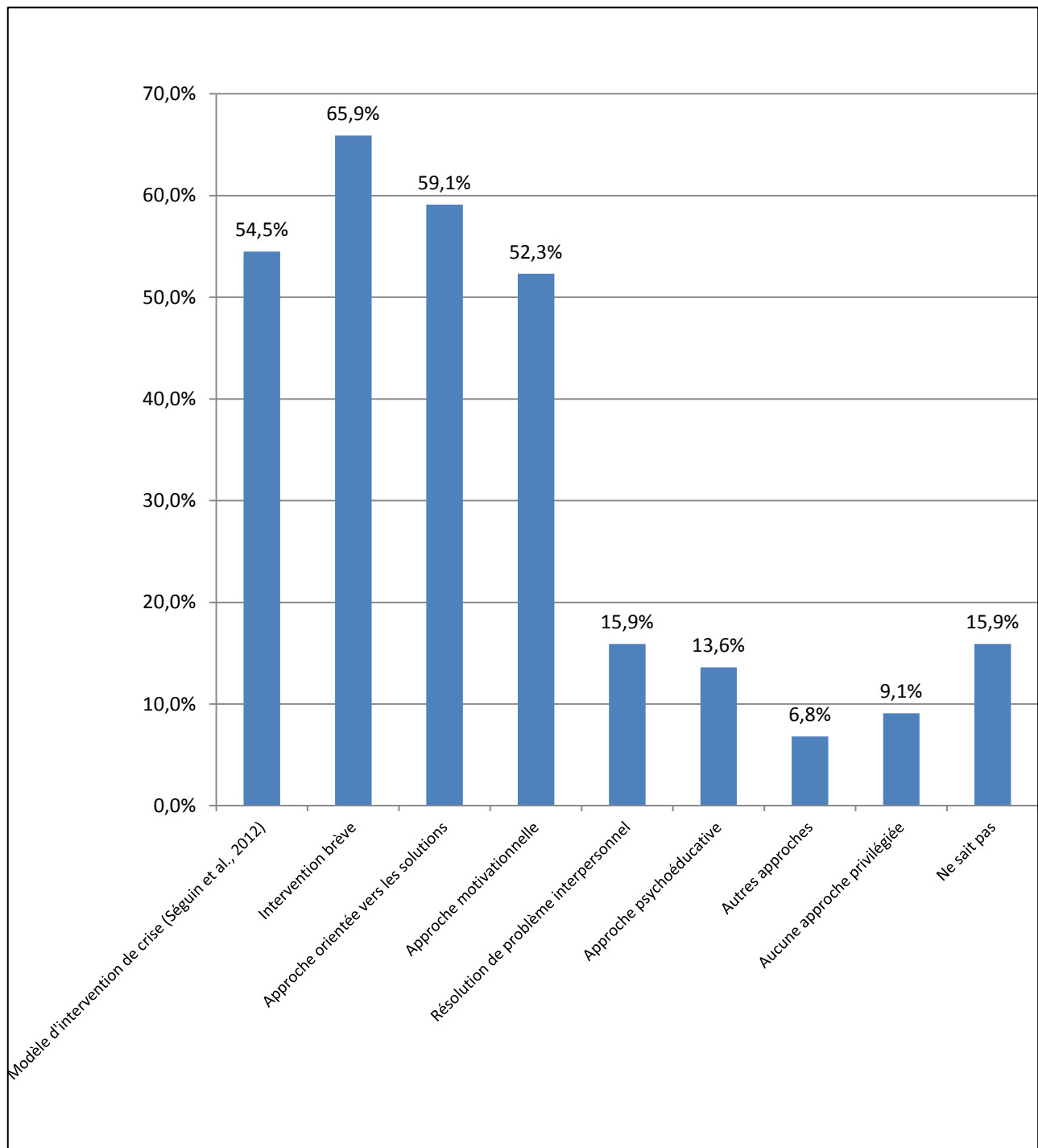
3.3 Atteinte des standards de qualité

Le standard de qualité fait référence à la qualité de la réponse, à la formation et à la mise à jour des compétences, à l'encadrement clinique et aux outils et instruments de mesure utilisés par les intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

3.3.1 Qualité de la réponse

Les gestionnaires sondés rapportent, à partir d'un choix de réponses prédéfinies, qu'une variété d'approches cliniques sont utilisées par les intervenants lors d'une intervention de crise dans le milieu (figure 12). Lorsqu'elles sont connues des répondants, les approches les plus courantes sont 1) l'intervention brève (65,9 %), 2) l'approche orientée vers les solutions (59,1 %), 3) le modèle d'intervention de crise élaboré par Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) (54,5 %), et 4) l'approche motivationnelle (52,3 %). Cependant, en fonction d'une analyse de la documentation reçue, il est difficile, à ce stade, de dire si les approches mentionnées sont réellement appliquées dans les différents établissements puisque peu de milieux semblent posséder des balises claires quant aux approches cliniques à préconiser. De plus, les approches cliniques utilisées par les organismes communautaires offrant le service d'intervention de crise sont, de façon générale, méconnues des gestionnaires sondés.

Figure 12. Approches cliniques utilisées dans le cadre des interventions de crise dans le milieu 24/7, selon les gestionnaires sondés (n=44)



Quant aux outils cliniques pour évaluer les facteurs de risque et la dangerosité de la situation, un gestionnaire sondé sur quatre rapporte que les intervenants de leur établissement ne disposent d'aucun outil standardisé ou n'est pas au fait de l'utilisation ou non d'outils cliniques standardisés. Parmi les outils cliniques utilisés en intervention de crise mentionnés par les répondants, les outils standardisés représentent la catégorie la plus fréquemment rapportée (79,2 %). Les outils cliniques le plus souvent cités sont l'*Outil d'évaluation du risque d'homicide*, conçu par le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale en 2015 et présenté lors de la Formation provinciale sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide, et l'*Outil d'évaluation du risque suicidaire*, proposé par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) lors de la formation provinciale « Bonnes pratiques en prévention du suicide ». L'analyse de la documentation fournie permet toutefois de constater que certains établissements ont opté pour la création d'outils cliniques maison, dont un aide-mémoire pour les éléments à considérer lors de l'application de la Loi sur la protection des personnes ou différents formulaires permettant de consigner l'évaluation clinique effectuée par l'intervenant au dossier de l'usager. Le jugement clinique (52,2 %), les discussions de cas et la consultation clinique (47,6 %) figurent également comme des modalités utilisées par les intervenants pour évaluer les risques et la dangerosité de la situation.

3.3.2 Formation d'accueil et mise à jour des compétences

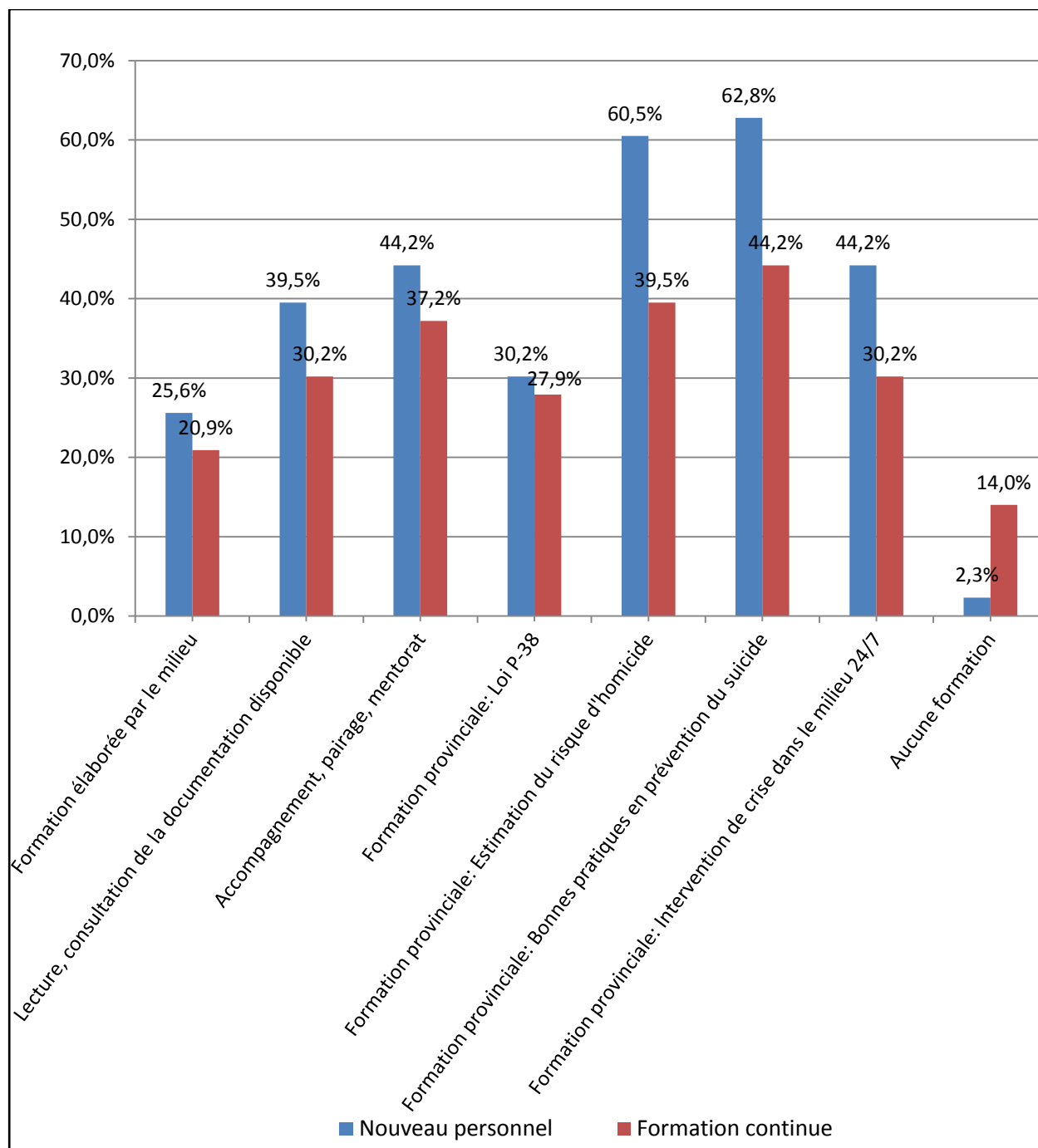
Selon la vaste majorité des gestionnaires sondés (97,7 %), le nouveau personnel affecté au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 œuvrant au sein d'un CISSS ou CIUSSS bénéficie d'une formation d'accueil offerte par l'employeur lors de son embauche. La durée de cette formation varie entre 14 heures et plus de 70 heures. Alors que certains gestionnaires ont fait parvenir un plan structuré de formation pour leur nouveau personnel, d'autres établissements ne semblent pas posséder de tels mécanismes d'accueil. De plus, la formation offerte au nouveau personnel œuvrant dans les organismes communautaires était méconnue des gestionnaires sondés.

Plusieurs gestionnaires ont rapporté offrir à leurs nouveaux intervenants diverses formations provinciales (figure 13), dont la formation portant sur les bonnes pratiques en prévention du suicide (62,8 %), la formation sur l'estimation du risque d'homicide (60,5 %), la formation portant sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7 (44,2 %) et, dans une moindre mesure, la formation sur la Loi sur la protection des personnes (30,2 %). Le nouveau personnel a également pu, dans certaines régions, être formé à l'utilisation de la trousse médicolégale requise dans le cas d'une agression sexuelle. Certains milieux proposent aussi un pairage entre le nouveau personnel et le personnel déjà en place (44,2 %) afin de favoriser le développement des compétences, en plus de suggérer de consulter la documentation disponible au CISSS ou CIUSSS (39,5 %).

De la même manière, le programme de mise à jour des compétences (c.-à-d. la formation continue) offert par les CISSS et CIUSSS au personnel du service d'intervention de crise est très variable d'un établissement à l'autre, tant en termes de structure, de nombre d'heures de formation offert que de thèmes abordés. Alors que dans certains milieux la formation continue est laissée à la discrétion de l'intervenant, d'autres milieux rendent obligatoires entre sept et 42 heures de formation continue ou d'activités de mise à jour des connaissances. En plus des formations provinciales généralement proposées aux intervenants (figure 13), les thèmes abordés lors des formations continues sont diversifiés et touchent, par exemple, l'intervention à la suite d'une agression sexuelle, le choc post-traumatique, l'intervention en collaboration avec les corps policiers, l'intervention en situation de deuil à la suite d'une mort brutale, l'usure de compassion, etc. Des activités de co-développement ont également été mises en place dans certains établissements, ainsi qu'il est rapporté par trois gestionnaires, afin de favoriser le développement continu des compétences requises pour intervenir en situation de crise. Par ailleurs, peu

d'informations sont disponibles sur les activités de formation continue offertes aux intervenants œuvrant au sein d'organismes communautaires.

Figure 13. Proportion des types de formation offerte au nouveau personnel (formation d'accueil) et au personnel en place (formation continue), selon les gestionnaires sondés (n=44)



Selon les données recueillies en novembre 2017 auprès de la chercheuse responsable de la Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7, 15 formateurs provenant des organismes communautaires et 37 formateurs provenant de 17 CISSS et CIUSSS sont habilités à offrir la formation à des intervenants ciblés dans leur établissement. Au moment de la collecte de données, 5 CISSS et CIUSSS n'avaient pas dans leur établissement de formateurs accrédités pour

dispenser la formation provinciale. Parmi les établissements qui ont déployé cette formation, 257 intervenants provenant d'organismes communautaires et 344 intervenants provenant d'un CISSS ou CIUSSS avaient reçu, en novembre 2017, la formation provinciale d'une durée de 14 heures.

3.3.3 Encadrement clinique

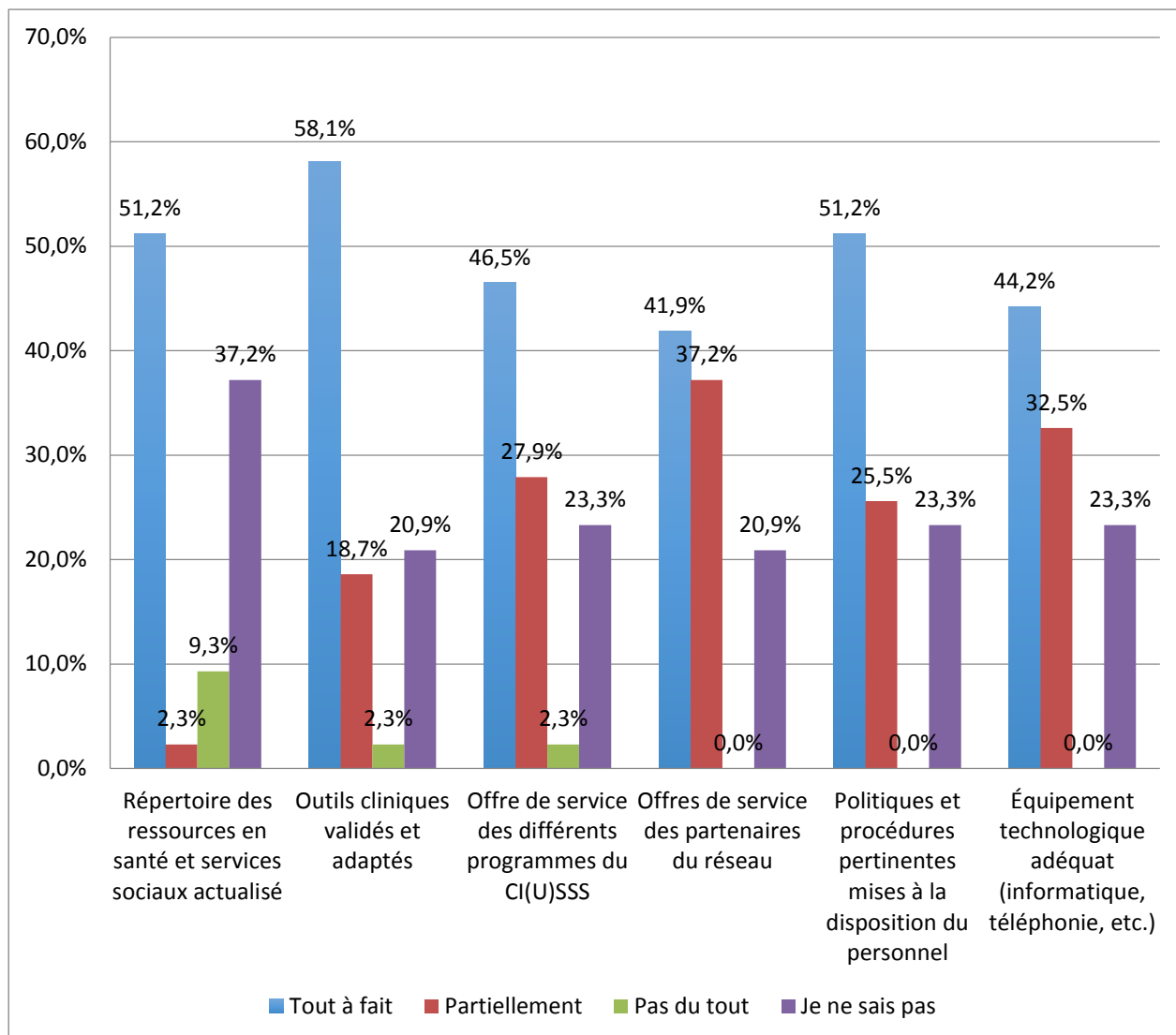
Bien que l'encadrement clinique offert soit variable d'un CISSS et CIUSSS à l'autre, et même d'un point de service à l'autre, environ la moitié des gestionnaires ont indiqué que les intervenants en probation et les intervenants réguliers du service d'intervention de crise participent à un processus de supervision sur une base régulière. Parmi les établissements offrant une telle supervision, la fréquence peut varier grandement, allant de rencontres hebdomadaires à des rencontres annuelles. Cette supervision peut être offerte par différents professionnels, dont un spécialiste en activités cliniques, un gestionnaire, un conseiller clinique ou un chef d'équipe. Ces professionnels détiennent généralement une formation en travail social et sont, dans une large proportion, habilités à exercer les activités professionnelles qu'ils supervisent. Par ailleurs, soulignons que certains gestionnaires ont soulevé l'absence de superviseur clinique dans leur organisation, faute de moyens et de temps, de même que l'absence de structure permettant d'assurer une supervision soutenue et régulière. La supervision clinique offerte aux intervenants qui œuvrent au sein d'un organisme communautaire demeure largement méconnue chez les gestionnaires sondés.

Le service de consultation clinique est également offert de façon variable au sein des équipes qui interviennent en situation de crise. Alors qu'environ le tiers des gestionnaires sondés (30,2 %) indiquent qu'aucun service de consultation n'est dispensé dans leur établissement, près de la moitié (46,5 %) mentionnent que la consultation clinique est offerte 24 heures sur 24, 365 jours par année. Les modalités peuvent différer d'une région à l'autre : certains établissements offrent un service de consultation téléphonique (en faisant le 8-1-1), tandis que d'autres dispensent un service en face à face ou par courriel, texto ou visioconférence, lorsque l'intervenant travaille en région éloignée.

3.3.4 Outils et instruments de travail

Environ la moitié des gestionnaires sondés sont d'avis que les intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 disposent de tous les outils et instruments de travail nécessaires pour accomplir leur travail auprès de la clientèle (figure 14). Ils font référence à l'utilisation du répertoire des ressources en santé et en services sociaux, d'outils cliniques validés et adaptés au contexte d'intervention, à l'offre de services des autres programmes du CISSS ou CIUSSS et des partenaires du réseau et à la présence d'équipements technologiques adéquats. Toutefois, environ un gestionnaire sur cinq a indiqué qu'il n'était pas en mesure de statuer sur la disponibilité ou non des outils et instruments de travail pour les intervenants du service d'intervention de crise de son établissement, alors qu'environ un répondant sur trois a indiqué que ces outils n'étaient que partiellement accessibles.

Figure 14. Outils et instruments de travail dont disposent les intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour accomplir leur travail, selon les gestionnaires sondés (n=44)



3.4 Atteinte des standards de continuité

Le standard lié à la continuité comprend les mécanismes d'arrimage, de communication de renseignements personnels et de coordination.

3.4.1 Arrimage

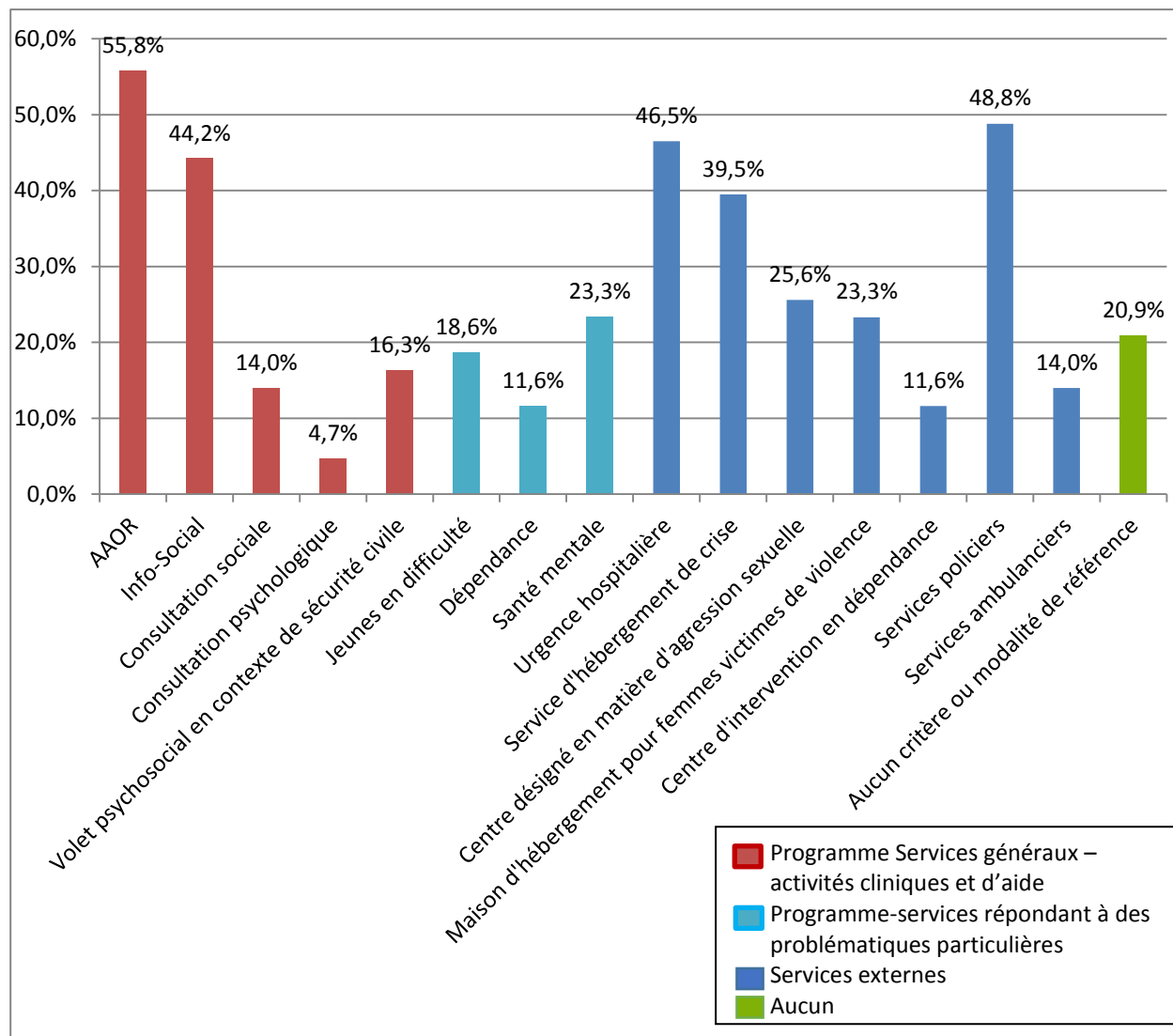
Plus de la moitié des gestionnaires sondés (60,5 %) ont indiqué que des projets de restructuration du service d'intervention de crise au sein de leur CISSS ou CIUSSS sont en cours ou à venir. Ces projets ont notamment pour objectifs de :

- réévaluer et revoir le fonctionnement de l'intervention de crise à la lumière du déploiement d'Info-Social;
- harmoniser les termes des ententes de partenariat avec les organismes communautaires qui dispensent le service sur un même territoire, notamment en ce qui concerne le financement qui leur est octroyé;
- revoir l'ensemble des guichets d'accès aux services (ex. : un guichet d'accès centralisé est en implantation dans certaines régions);
- harmoniser le service d'intervention de crise dans tous les anciens centres de santé et de services sociaux (CSSS) et en réviser l'accès;
- implanter le service dans un RLS non couvert par ce service et réfléchir à l'offre actuelle de services pour les autres RLS du territoire;
- mettre au point un service dédié à l'intervention de crise dans le milieu 24/7;
- développer de nouveaux partenariats formels avec les corps policiers ou des organismes communautaires.

Ces projets de restructuration ou d'implantation s'inscrivent dans un contexte d'arrimage des services existants au sein des RLS avec les nouvelles réalités des CISSS et CIUSSS, qui doivent désormais développer et coordonner l'offre de service en tenant compte de l'ensemble du territoire. En ce sens, le portrait actuel dépeint une réalité en pleine transformation et ne peut donc pas, à ce stade-ci, représenter le service tel qu'il aura évolué lorsque ces changements auront été apportés.

Afin d'assurer une continuité dans les services offerts, des critères et des modalités de référence sont établis de façon variable entre le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, les autres services du CISSS ou CIUSSS et les partenaires de la communauté (figure 15). Environ la moitié des gestionnaires ont ainsi rapporté que des modalités de référence ont été définies conjointement avec l'AAOR (55,8 %), les services policiers (48,8 %), l'urgence hospitalière (46,5 %) et le service Info-Social (44,2 %). Certains CISSS et CIUSSS ont également élaboré des mécanismes d'arrimage avec d'autres services ou partenaires, dont les services d'hébergement de crise (39,5 %), les centres désignés en matière d'agression sexuelle (25,6 %), les services en santé mentale (23,3 %) et les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale (23,3 %). Selon 20,9 % des gestionnaires sondés provenant de huit CISSS et CIUSSS, aucun critère ou modalité de référence n'a été fixé, à leur connaissance, au sein de leur CISSS ou CIUSSS pour assurer un arrimage optimal entre les différents services dont pourrait avoir besoin une personne en situation de crise.

Figure 15. Critères et modalités de référence établis entre le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et les autres services du CISSS ou CIUSSS ou avec les partenaires de la communauté, selon les gestionnaires sondés (n=44)



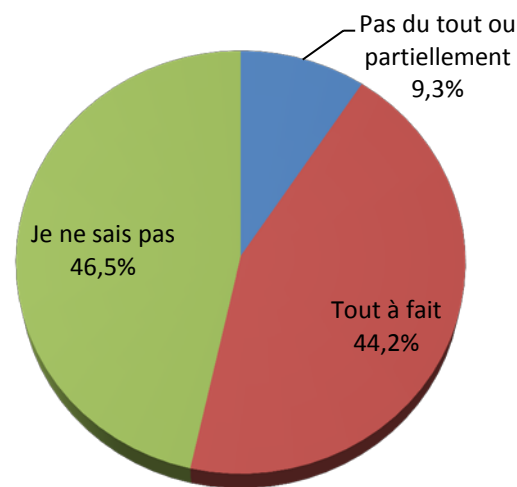
Une variété de modalités permettant de s’assurer que la personne en situation de crise accède aux services requis à la suite de l’intervention de crise ont été rapportées par les gestionnaires. Parmi celles les plus fréquemment citées pour assurer la continuité entre le service d’intervention de crise dans le milieu 24/7 et les autres programmes offerts dans les CISSS et CIUSSS ou les services offerts par les organismes communautaires figurent : le formulaire de référence, la fiche de liaison, la demande de suivi et l’accompagnement personnalisé. D’autres modalités de communication sont parfois mises en place dans les régions, notamment par le biais de tables de concertation ou de rencontres dans le cadre d’un comité de suivi qui regroupe l’ensemble des partenaires.

3.4.2 Communication de renseignements

Une grande majorité (90,7 %) des gestionnaires sondés affirment que des modalités permettant de protéger les renseignements personnels des usagers tout en autorisant la communication de renseignements contenus dans leur dossier à un autre établissement, organisme ou personne sont établies, comme l'exige la LSSSS²¹. Toutefois, certains gestionnaires ont soulevé des inquiétudes relativement à la connaissance et à l'application des règles de protection des renseignements personnels par les professionnels qui œuvrent au sein de leur établissement.

Lorsque les gestionnaires sont questionnés spécifiquement sur l'application de certaines règles de protection des renseignements personnels, on constate une variabilité importante entre les établissements. Alors que 44,2 % ont indiqué que des directives avaient été établies par leur établissement pour encadrer les conditions et les modalités selon lesquelles les renseignements d'un usager peuvent être communiqués afin de prévenir un acte de violence, près d'un gestionnaire sur deux (46,5 %) n'est pas en mesure d'affirmer si de telles directives existent (figure 16).

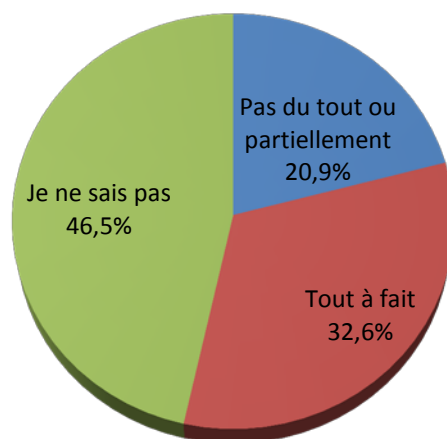
Figure 16. Perception des gestionnaires sondés (n=44) quant à l'implantation, par directive de la part de leur établissement, des conditions et des modalités selon lesquelles les renseignements peuvent être communiqués afin de prévenir un acte de violence



De la même manière, une variabilité entre établissements est observée en ce qui a trait à la tenue d'un registre de l'ensemble des communications de renseignements contenus au dossier d'un usager à une personne ou un organisme (figure 17). Un gestionnaire sur trois affirme que son établissement inscrit toute communication de renseignements personnels dans un registre (32,6 %), alors que près d'un gestionnaire sur deux indique ne pas savoir si une telle pratique est en vigueur (46,5 %).

²¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q. c. S-4.2. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

Figure 17. Perception des gestionnaires sondés (n=44) quant à l'inscription dans un registre de toute communication de renseignements contenus au dossier d'un usager à une personne ou organisme, effectuée dans le but de permettre l'exercice d'un mandat



3.4.3 Coordination

Quatorze répondants (provenant de douze CISSS et CIUSSS) ont affirmé n'avoir aucune entente de collaboration ou de partenariat avec les autres services du CISSS ou CIUSSS ou avec des partenaires de la communauté. Comme il a été rapporté précédemment, environ le tiers des CISSS et CIUSSS (9/26) présentent au moins un RLS où le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est dispensé en totalité ou en partie par des organismes communautaires. Dans le cas des RLS où le service est dispensé par un ou plusieurs organismes communautaires, la majorité des gestionnaires sondés ont indiqué que leur établissement possédait une entente écrite balisant les services offerts par ces organismes communautaires. Cependant, sept gestionnaires (provenant de six CISSS et CIUSSS) ont mentionné que le service était dispensé au sein d'un RLS par un partenaire avec lequel ils n'ont pas d'entente écrite formelle (ou ils ne connaissent pas l'existence d'une telle entente).

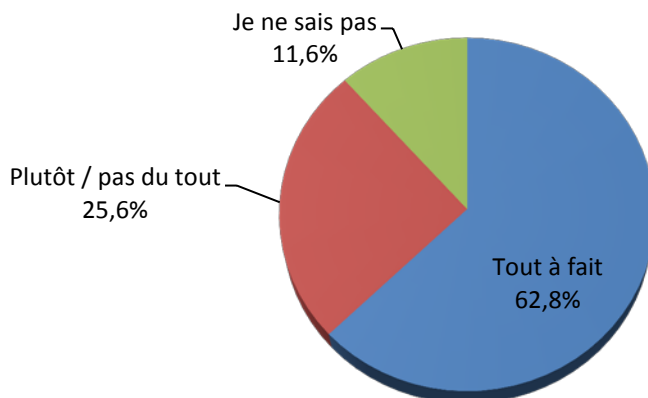
Aux questions spécifiques sur les ententes de service avec des organismes communautaires qui dispensent le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, près de la moitié des gestionnaires sondés (46,9 %) ont répondu qu'aucun mécanisme de reddition de comptes n'était mis en place de façon formelle, alors que 40,2 % ont indiqué qu'ils n'étaient pas en mesure de statuer sur l'absence ou la présence de tels mécanismes. Les répondants ont toutefois fait état de différentes modalités de liaison informelles, dont l'analyse du rapport annuel de l'organisme et des discussions ou des consultations ponctuelles avec les gestionnaires ou coordonnateurs cliniques des organismes. Force est de constater, à la lumière des données recueillies, qu'une minorité de gestionnaires sondés sont en mesure d'affirmer que le CISSS ou CIUSSS de leur région s'assure que les partenaires qui dispensent le service pour leur compte en vertu de l'article 108 répondent aux standards d'accès, de qualité et de continuité des services.

Enfin, parmi les 24 ententes de partenariat transmises, 10 datent de plus de cinq ans, ce qui rend difficile de savoir si leurs modalités sont toujours appliquées et conformes au Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services [MSSS, 2006].

3.5 Atteinte des standards d'efficacité et d'efficience

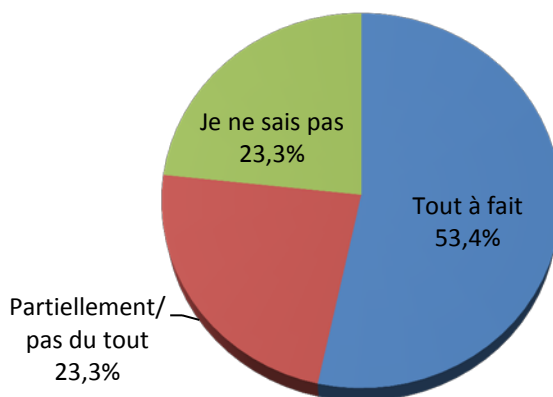
Au regard de l'efficacité et de l'efficience, un peu plus de la moitié des gestionnaires sondés (62,8 %) rapportent que le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 s'inscrit de façon « tout à fait » cohérente avec le projet clinique et organisationnel du CSSS et dans l'offre de service élargie du CISSS ou CIUSSS. Les autres répondants indiquent que des ajustements sont nécessaires pour mieux intégrer ce service dans l'offre globale de service (25,6 %), ou encore qu'ils ne savent pas s'il s'inscrit de façon cohérente avec le projet organisationnel (11,6 %) (figure 18).

Figure 18. Perception des gestionnaires sondés (n=44) quant à la cohérence du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 par rapport au projet organisationnel réalisé par le CSSS



Finalement, un peu plus d'un gestionnaire sur deux rapporte que les ententes de partenariat sont « tout à fait » respectées (53,4 %), alors que les autres répondants indiquent qu'elles le sont « partiellement ou pas du tout » (23,3 %). Près du quart des gestionnaires sondés (23,3 %) ne sont pas en mesure de dire si ces ententes sont respectées ou non (figure 19). Tel que mentionné précédemment, 10 ententes (sur les 24 acheminées) n'ont pas été mises à jour depuis plus de cinq ans et elles mériteraient d'être revues afin de s'assurer de leur application.

Figure 19. Perception des gestionnaires sondés (n=44) quant au respect des ententes de service/de collaboration et de partenariat



4 FACTEURS ENTRAVANT L'ATTEINTE DES STANDARDS MINISTÉRIELS ET LEVIERS D'AMÉLIORATION

Cette section présente d'abord les facteurs rapportés entravant l'atteinte de l'ensemble des standards ministériels de façon transversale de même que les leviers d'amélioration transversaux mentionnés par les participants du sondage en ligne, les participants des groupes de discussion, ainsi que les membres du comité de suivi. Les sous-sections suivantes feront état des facteurs qui entravent de façon plus spécifique l'atteinte de chacun des standards d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience, de même que des leviers d'amélioration possibles, toujours selon la perspective des membres du comité de suivi ainsi que des gestionnaires et des intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 rencontrés lors des groupes de discussion.

4.1 Atteinte des standards ministériels

D'abord, la démarche de consultation entreprise aura permis de constater que bien que les standards ministériels soient connus des gestionnaires rencontrés, certains intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ayant participé au groupe de discussion ne semblent pas en être informés dans le cadre de leur travail quotidien. Les participants ont suggéré que les standards ministériels soient mieux connus de l'ensemble des parties prenantes du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

4.1.1 Facteurs entravant l'atteinte des standards ministériels de façon transversale

La collecte d'informations a mis en lumière trois facteurs qui semblent entraver de façon transversale l'ensemble des standards ministériels du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, soit l'étendue du territoire à couvrir, les difficultés de recrutement et de rétention de personnel qualifié et la perception d'un manque de ressources financières allouées spécifiquement au service.

Étendue du territoire

La vaste étendue du territoire a également été invoquée comme un facteur pouvant nuire à l'atteinte de plusieurs standards ministériels. Les gestionnaires et les intervenants ayant pris part à la collecte de données ont mentionné que l'étendue importante du territoire à couvrir, couplée à une faible densité de population dans certaines régions, constituent des entraves majeures à l'accessibilité géographique et temporelle du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Cette dispersion géographique engendre dans certaines régions un faible volume de demandes d'intervention dans le milieu. Cela expliquerait, en partie, pourquoi certaines régions ne sont pas desservies par le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ou dont la couverture temporelle 24/7 n'est pas assurée. Par ailleurs, les conditions météorologiques parfois défavorables ont également pour effet d'allonger considérablement les délais d'intervention auprès des usagers résidant en territoire éloigné.

Au regard des standards de qualité, les milieux ruraux ou les régions éloignées semblent faire face à des défis de taille, notamment par rapport à la difficulté de maintenir une main-d'œuvre qualifiée en intervention de crise et à l'absence d'un réseau communautaire développé. Loin de décourager les gestionnaires affectés par ces difficultés, cette situation exige de ces milieux une plus grande créativité dans les moyens utilisés pour assurer la mise en place du service

d'intervention de crise et l'atteinte des standards ministériels. Enfin, il a été soulevé que les longs délais d'intervention peuvent, à l'occasion, compromettre l'atteinte des standards liés à la continuité, notamment en affectant négativement la collaboration avec les partenaires (p. ex. : des policiers pourraient être moins enclins à recourir à nouveau aux services d'intervention de crise s'ils doivent attendre les intervenants pendant une longue période).

Difficultés de recrutement et de rétention du personnel qualifié

Les difficultés de recrutement et de rétention de personnel qualifié au sein du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 semblent entraver de façon considérable l'atteinte de l'ensemble des standards ministériels. Ces difficultés peuvent s'expliquer, selon les personnes consultées, par les conditions de travail difficiles auxquelles sont confrontés les intervenants de crise, tant en termes d'horaires de travail (p. ex. : horaire variable, quart de nuit, garde non rémunérée s'il n'y a pas d'intervention dans le milieu, etc.) que de conditions particulières d'intervention (p. ex. : avec un potentiel de dangerosité, devoir faire face à l'inconnu, être régulièrement témoin d'une grande détresse humaine, etc.). Le faible nombre d'intervenants disponibles constitue un facteur pouvant limiter l'accès à ce service et expliquer l'absence d'une couverture territoriale complète, selon les participants sondés. Également, la difficulté de mettre en place des équipes d'intervenants suffisamment nombreuses entrave l'atteinte d'une couverture temporelle 24/7, principalement pendant les heures défavorables (p. ex. : soir, nuit, fin de semaine) et lors des congés fériés. Le haut taux de roulement observé chez les intervenants du service d'intervention de crise pose des défis quant au développement des compétences des intervenants et de la qualité des services rendus. De plus, lorsque les intervenants dispensent déjà des services auprès d'autres usagers, le nombre insuffisant d'intervenants pose un défi pour assurer le service d'intervention de crise de façon continue. Finalement, le roulement de personnel élevé, tant chez les intervenants ou gestionnaires des CISSS ou CIUSSS que chez les partenaires, a été jugé comme un facteur limitant l'atteinte des standards liés à la continuité. Ce mouvement important de personnel fragilise les liens établis entre les partenaires, ralentit la signature d'ententes de partenariat et rend difficile le maintien de la connaissance des modalités de référence, selon les participants consultés.

Manque de ressources financières allouées spécifiquement au service

L'absence d'une enveloppe budgétaire dédiée spécifiquement au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 constitue, selon les participants sondés, un facteur qui entrave de façon transversale l'atteinte des différents standards ministériels, particulièrement en ce qui concerne la couverture 24/7 du service et la possibilité d'offrir de la formation et un encadrement clinique adéquats aux intervenants affectés à l'intervention de crise afin qu'ils assurent un service de qualité optimale. Les participants ont également souligné que les déplacements dans le milieu qu'implique le service d'intervention de crise coûtent très cher, en particulier pour les intervenants des régions éloignées devant parcourir une grande distance pour se rendre chez l'utilisateur en crise (p. ex. : frais de kilométrage élevés). Des participants avaient également la perception que les ressources financières sont parfois utilisées de façon non optimale (p. ex. : différents services pouvant répondre aux besoins des personnes en situation de crise, notamment la ligne Info-Social et la ligne 1-866-APPELLE; prépondérance du budget consacré au programme santé mentale).

4.1.2 Leviers d'amélioration transversaux

Malgré la disparité observée concernant l'organisation et la structure du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, les participants sondés ont tenu à exprimer certaines réflexions pouvant avoir un impact sur l'atteinte des standards de façon transversale.

Importance de respecter les réalités régionales

Dans leurs réflexions entourant l'amélioration du service, les participants sondés ont fait valoir l'importance de respecter les réalités régionales (p. ex. : caractéristiques populationnelles et territoriales, partenariats établis, etc.) et les organisations de service existantes. Ils ont souligné le fait que le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 s'est organisé dans chacun des CISSS et CIUSSS du Québec en fonction de la culture d'intervention et de la proximité des partenaires à l'époque des CSSS. Pour rendre justice à ces réalités régionales, un modèle unique d'organisation du service ne leur apparaît pas souhaitable.

Déterminer des modes optimaux d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 en fonction des caractéristiques territoriales

Les participants ont émis le souhait de pouvoir être informés des meilleures pratiques pour dispenser ce service, de même que des initiatives et des modèles d'organisation de service mis en place dans d'autres régions du Québec. Ils ont par ailleurs suggéré d'utiliser les caractéristiques territoriales (p. ex. : région rurale par rapport à urbaine) comme facteur discriminant afin de déterminer les modes optimaux d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Les gestionnaires sondés ont par ailleurs émis le souhait d'obtenir un accompagnement en lien avec l'arrimage du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 avec les différents services existants.

4.2 Standards liés à l'accès

4.2.1 Facteurs entravant l'atteinte des standards

Différents facteurs peuvent entraver l'atteinte des standards ministériels liés à l'accès, selon les participants sondés. Ces facteurs sont ici présentés.

Compréhension non uniforme de la situation de crise et des critères nécessitant une intervention dans le milieu

Les participants consultés ont indiqué que la compréhension non uniforme, de la part de l'ensemble des partenaires, de ce que constituent une crise, une intervention de crise et un service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 nuit à l'atteinte des standards d'accès. En effet, les intervenants du service sont fréquemment sollicités pour agir dans des situations considérées comme non urgentes, où la personne n'est pas en crise. Des participants ont avancé l'hypothèse selon laquelle les partenaires intersectoriels peuvent se sentir dépourvus lorsqu'ils interviennent auprès d'usagers en détresse mais non en crise, et que cette situation mène à des références non nécessaires vers le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Le fait de déployer un intervenant de crise dans une situation non urgente constitue un obstacle à l'accessibilité du service pour les personnes vivant une réelle situation de crise. Par ailleurs, l'absence de balises claires pour déterminer si une intervention dans le milieu est nécessaire peut avoir pour effets d'évaluer de façon erronée la nécessité ou non d'intervenir dans le milieu de la personne, et ainsi allonger le délai d'intervention.

Engorgement des services de santé mentale

Étant donné que le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 constitue le seul service sans liste d'attente pour accéder à un intervenant, des participants ont avancé l'idée que les partenaires puissent diriger sciemment les usagers en détresse (sans être nécessairement en crise) vers le service, sachant que ces personnes ne pourront pas être prises en charge par d'autres services avant une longue période d'attente. Compte tenu des délais d'accès aux services en santé mentale, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 répond à des demandes qui peuvent dépasser leur mandat spécifique, ce qui peut limiter l'atteinte des standards d'accès pour les personnes en crise.

4.2.2 Leviers d'amélioration

Les participants sondés ont suggéré différents leviers pour améliorer l'accessibilité du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

D'abord, des **leviers d'amélioration pour favoriser une meilleure compréhension des critères de crise et d'intervention dans le milieu** ont été proposés par les participants :

- clarifier le rôle et le mandat du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, et ce, autant dans le réseau de la santé et des services sociaux qu'auprès des partenaires;
- définir de façon plus opérationnelle, au bénéfice des intervenants et des partenaires, les critères d'une situation de crise qui nécessite la présence d'un intervenant dans le milieu. Des participants ont souligné l'importance de recadrer ces critères auprès des partenaires lorsque le service est appelé à intervenir dans une situation qui ne constitue pas une crise. Il a été aussi avancé que le transit de l'ensemble des références au service par l'intermédiaire d'un guichet unique (p. ex. : Info-Social) pourrait favoriser une application plus harmonisée des critères de sortie sur le terrain des intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

D'autres **suggestions visent à diminuer les délais d'intervention et à offrir une meilleure couverture géographique** :

- miser davantage sur la collaboration avec les organismes communautaires (p. ex. : mettre sur pied des équipes de crise composées d'intervenants provenant des CISSS et CIUSSS et d'intervenants communautaires) et d'autres partenaires afin de maximiser la couverture géographique et temporelle du service;
- positionner les équipes de crise dans des endroits géographiques stratégiques, c'est-à-dire dans des lieux où il y a une probabilité plus élevée de rejoindre la clientèle en crise (p. ex., à l'urgence);
- mettre en place une équipe de crise centralisée couplée à des équipes de crise de proximité dans les communautés afin de couvrir l'ensemble du territoire dans des délais d'intervention raisonnables;
- permettre que les interventions dans le milieu puissent être réalisées selon les réalités régionales (p. ex. : être effectuées par des intervenants d'Info-Social), pour réduire les délais et assurer une certaine continuité dans l'intervention de crise;
- recourir à des technologies virtuelles (p. ex. : Facetime, plate-forme Web, texto) pour intervenir auprès de clientèles éloignées.

Finalement, certains **leviers d'amélioration suggérés visent à pallier le manque de ressources humaines et financières** :

- mettre en place un monitoring des interventions de crise réalisées (p. ex. : nombre, période de la journée et de l'année) afin d'optimiser la répartition des effectifs;
- instaurer un système où des intervenants formés à l'intervention de crise provenant d'autres programmes peuvent prendre le relais lorsque les intervenants affectés à l'intervention de crise doivent intervenir dans le milieu;
- mettre à profit l'ensemble des directions pour fournir du personnel en heures défavorables afin d'avoir un bassin plus important d'intervenants formés à l'intervention de crise.

4.3 Standards liés à la qualité

4.3.1 Facteurs entravant l'atteinte des standards

Les facteurs mentionnés par les participants sondés entravant l'atteinte des standards liés à la qualité sont ici présentés.

Mandat élargi pour l'équipe d'intervention de crise

Les participants ont mentionné que certaines réorganisations de services, récemment effectuées ou en voie de l'être, peuvent fragiliser les équipes d'intervention de crise dans le milieu, qui se voient, par exemple, confier un mandat élargi (p. ex. : mandat du volet psychosocial en contexte de sécurité civile, fusion des équipes de crise se trouvant dans tous les programmes). Les participants ont fait part de leurs inquiétudes par rapport à la qualité des services rendus en lien avec ces nouveaux mandats, étant donné qu'ils exigent une expertise particulière.

Difficulté d'évaluer le savoir-être des intervenants

Compte tenu du contexte particulier des interventions de crise qui se déroulent dans le milieu, les participants ont mentionné qu'il est difficile, en l'absence de temps, d'effectifs et de ressources financières suffisants, d'évaluer la qualité des services dispensés par les intervenants, particulièrement en ce qui a trait au savoir-être.

Méconnaissance et manque de diffusion des approches et des outils cliniques reconnus comme efficaces

Les CISSS et CIUSSS qui dispensent le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 utilisent une variété d'approches et d'outils cliniques, dont certains ne sont ni standardisés ni reconnus comme efficaces. Les participants ont mentionné que l'utilisation d'approches et d'outils cliniques non standardisés pourrait s'expliquer par une méconnaissance et un manque de diffusion des meilleures approches et des meilleurs outils. Ils soulignent également que certains outils standardisés existants ne sont pas adaptés au type d'intervention et au contexte d'intervention de crise dans le milieu. Les participants ont également évoqué le fait que la réorganisation du système de santé et de services sociaux ait pu amener une hétérogénéité d'approches et d'outils cliniques, parfois au sein d'un même CISSS ou CIUSSS. Les participants croient que la non-standardisation et la disparité des approches et des outils cliniques utilisés font obstacle à une compréhension commune de l'intervention de crise, et qu'elles sont susceptibles de nuire à la qualité des services rendus. Par ailleurs, des participants ont soulevé le fait que l'absence de validation culturelle des outils cliniques peut affecter la qualité des interventions qui sont effectuées auprès des différentes communautés ethnoculturelles et autochtones.

Barrières relatives à la formation des intervenants et à la mise à jour de leurs compétences

Différentes barrières quant à la formation des intervenants de crise de même qu'à la mise à jour de leurs compétences ont été mentionnées par les participants consultés. L'accès des intervenants à de la formation offerte par l'employeur semble limité par : 1) l'absence d'un programme structuré de formation de base et de formation continue pour les intervenants dans certains CISSS et CIUSSS, particulièrement depuis la fusion des CISSS et CIUSSS, 2) l'établissement d'un nouveau plan de développement des ressources humaines offert à la suite de la création des CISSS et CIUSSS, 3) la méconnaissance, chez les gestionnaires, de l'offre de formation provinciale, 4) la difficulté de dégager les intervenants de leurs tâches pour participer à des activités de formation, en raison du manque d'intervenants pouvant prendre la relève pour assurer le service d'intervention de crise, 5) la disponibilité réduite et la fréquence limitée des formations offertes, et 6) les contraintes budgétaires – problème qui est accentué, selon les participants consultés, par le roulement élevé des intervenants, ce qui entraîne la formation répétée de nouveaux employés.

En ce qui concerne le déploiement de la formation provinciale sur l'intervention de crise, qui n'est pas totalement achevé dans certaines régions du Québec, les participants ont fait état des difficultés spécifiques suivantes :

- difficulté à mobiliser un nombre suffisant d'intervenants pour offrir la formation;
- difficulté à libérer les formateurs, par manque d'effectifs;
- difficulté à prioriser cette formation, parmi les autres formations pouvant être liées à l'intervention de crise (p. ex. : formation sur la crise suicidaire, sur le risque d'homicide, sur l'application de la Loi sur la protection des personnes);
- nombre élevé de formations requises en intervention de crise (p. ex. : crise suicidaire, risque d'homicide, application de la Loi sur la protection des personnes, intervention de crise dans le milieu);
- confusion au regard du contenu des différentes formations qui touchent des thèmes semblables;
- contenu de la formation moins adapté pour les intervenants d'expérience.

Manque d'encadrement clinique et de soutien des intervenants

Un autre facteur qui entrave l'atteinte des standards de qualité mentionnés par les participants consultés concerne l'accès limité des intervenants à de l'encadrement clinique et à du soutien. Selon ceux-ci, l'absence d'un service d'encadrement clinique 24/7 s'expliquerait en partie un manque de ressources financières ainsi que par le manque de professionnels possédant une expérience clinique que se rendent disponibles pour assurer des gardes d'encadrement de soir ou de fin de semaine. Bien que des moyens de rechange pour accéder à de l'encadrement clinique existent (p. ex. : solliciter le service Info-Social), ils n'étaient pas connus par tous les participants et ne semblaient pas toujours répondre aux besoins spécifiques des intervenants. Par exemple, les participants rencontrés ont mentionné que les intervenants du service Info-Social sont parfois moins expérimentés et, par conséquent, moins en mesure d'offrir le soutien nécessaire aux intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

Lorsque le service d'encadrement clinique est offert, il varie grandement entre les établissements et les régions, au regard de la couverture temporelle, du statut de la personne qui l'assure (p. ex. : intervenant d'Info-Social, coordonnateur clinique, gestionnaire) et de la modalité (p. ex. : en groupe, en individuel). Par ailleurs, malgré la présence d'un service d'encadrement clinique, son utilisation demeure parfois variable. En effet, les intervenants rencontrés dans le cadre des groupes de discussion ont fait part de leurs réticences à utiliser ce service, notamment lorsqu'il est dispensé par une personne en position d'autorité, avec qui ils n'ont pas développé un lien de

confiance, qui n'a pas une expertise clinique récente ou qui est surchargée de travail. Les intervenants ont également souligné le manque d'occasions pour échanger entre collègues, tant à l'interne qu'à l'externe, que ce soit pour effectuer un retour sur les interventions de crise réalisées ou pour bénéficier du soutien des collègues suite à une intervention difficile. Des participants ont déploré le fait que des stratégies de soutien qui répondaient à un besoin important des intervenants (p. ex. : rencontres individuelles hebdomadaires) ne sont plus offertes dans leur établissement, faute de budget. De plus, les ressources financières limitées et le faible nombre d'intervenants restreignent la possibilité d'effectuer des interventions dans le milieu en dyade, lesquelles favoriseraient la sécurité des intervenants et la qualité des services rendus, selon la perception des participants sondés. L'ensemble de ces facteurs ont été considérés comme des éléments pouvant nuire à l'atteinte des standards de qualité.

Outils de travail limités

Il a été mentionné, dans les groupes de discussion, que les intervenants n'ont pas tous accès à des outils technologiques adéquats pour assurer une intervention de crise optimale et sécuritaire. Par exemple, des intervenants n'ont pas accès à un téléphone cellulaire qui les rendrait joignables partout et en tout temps. Également, ils n'ont pas tous accès à un ordinateur portable qui leur permettrait d'accéder à distance au répertoire de ressources en santé et en services sociaux ou au dossier clinique de l'utilisateur lorsqu'ils interviennent dans son milieu. Le fait que les dossiers cliniques des usagers ne soient pas systématiquement informatisés a pour effets de nuire à la rapidité d'accès à l'information et, par conséquent, de compliquer la mise en lien et le partage d'informations sur l'utilisateur avec les autres services nécessaires pour répondre aux besoins de la personne en crise. Finalement, des participants ont indiqué que le répertoire des ressources n'est pas systématiquement mis à jour et que son utilisation n'est pas conviviale. Dans l'ensemble, les participants associent ces difficultés d'accès à des outils technologiques optimaux à un manque de ressources financières, à la réorganisation du réseau et à des complications en lien avec le déploiement de logiciels informatiques.

Par ailleurs, les membres du comité de suivi ont fait valoir que le répertoire des ressources en santé et en services sociaux semble être sous-utilisé par les intervenants et que sa mise à jour demeure incertaine dans certaines régions. L'actualisation de ce bottin de ressources, auparavant sous la responsabilité des agences régionales, incombe désormais aux CISSS et CIUSSS, qui sont grandement sollicités.

4.3.2 Leviers d'amélioration

Étant donné 1) les défis relatifs au recrutement et à la rétention des intervenants, et 2) l'importance de rehausser la qualité des services rendus aux personnes vulnérables, les participants consultés ont insisté sur l'importance de **mieux outiller et soutenir les intervenants** et de **leur offrir des conditions de travail adaptées au contexte particulier d'intervention en situation de crise**. Ils ont fait les suggestions suivantes.

- Reconnaître que l'intervention de crise est une intervention spécifique qui nécessite une expertise, des compétences et un profil particuliers. Par conséquent, une organisation de service qui valorise le volontariat des intervenants affectés au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 semble privilégiée par les participants consultés. À leur avis, le fait de valoriser davantage le rôle des intervenants effectuant des interventions de crise et de favoriser le développement d'un sentiment de fierté et d'appartenance quant à ce rôle pourrait stimuler le volontariat.

- Veiller à développer le sentiment de compétence et d'efficacité personnelle des intervenants dédiés au service par le biais de formations d'accueil et de formations continues obligatoires et adaptées à l'intervention de crise. Il a été suggéré, afin de réduire les coûts liés aux formations et de joindre un maximum d'intervenants, que celles-ci soient dispensées en visioconférence ou par l'entremise de webinaires. Ces modalités de formation nécessitent toutefois la présence de technologies efficaces dans les CISSS, CIUSSS et organismes communautaires qui dispensent le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.
- Offrir aux intervenants davantage d'encadrement clinique, qui pourrait être dispensé par une personne qui possède une expertise clinique en intervention de crise, qui a développé un lien de confiance avec les intervenants et qui occupe cette fonction.
- Au-delà de l'encadrement clinique, offrir un meilleur soutien organisationnel et opérationnel aux intervenants pour leur permettre d'effectuer pleinement leur travail, en portant une attention particulière à l'usure de compassion qu'ils peuvent développer.
- Mettre sur pied des moyens qui favoriseraient les échanges, le soutien et le partage de connaissances et d'expertises entre collègues d'une même équipe de crise (p. ex. : rencontres individuelles, rencontres d'équipe, activités de co-développement) et entre intervenants d'autres services de crise (p. ex. : réseau d'entraide, communautés de pratique, journées réflexives).
- Poursuivre le déploiement de la formation sur le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 afin que l'ensemble des régions puissent bénéficier d'un nombre suffisant de formateurs en mesure d'offrir la formation aux intervenants de crise. Il a également été suggéré de mettre en place des journées annuelles destinées aux formateurs pour assurer la pérennité de la formation, de mettre à jour les connaissances et de faire émerger des solutions aux difficultés rencontrées par ceux-ci en cours de formation.
- Miser sur des équipes de crise multidisciplinaires et des interventions de crise dans le milieu effectuées en dyade, lorsque cela est indiqué, afin de mieux répondre aux besoins des usagers, de favoriser la sécurité des intervenants et la qualité des services rendus.
- Réfléchir de façon concertée à des politiques de reconnaissance et de valorisation du personnel afin de favoriser leur rétention, considérant les conditions de travail difficiles des intervenants de crise.

D'autres **leviers d'amélioration suggérés** par les participants rencontrés **ont trait aux outils cliniques et aux outils de travail utilisés**, qui pourraient favoriser l'atteinte des standards liés à la qualité des services.

- Veiller à une meilleure diffusion des approches et des outils cliniques standardisés et reconnus comme efficaces pour l'intervention de crise, afin de s'assurer que les intervenants s'appuient sur les meilleures pratiques et que les approches et les outils cliniques utilisés soient davantage harmonisés. Il a été suggéré de traduire (p. ex. : anglais, innu) et de valider culturellement les outils cliniques standardisés afin que leur utilisation auprès de l'ensemble des résidents du Québec soit optimale.
- Rendre disponibles pour les intervenants des outils technologiques efficaces pour assurer leur sécurité et leur permettre d'effectuer leur travail avec efficience (p. ex. : ordinateur portable pour consulter le dossier de l'utilisateur sur le lieu de la crise et le répertoire de ressources en santé et en services sociaux, cellulaire pour être joignable partout et en tout temps, etc.).
- S'assurer de la mise à jour du répertoire de ressources en santé et en services sociaux et favoriser son utilisation auprès des intervenants.

- Maximiser l'efficacité pendant le temps de déplacement des intervenants en offrant notamment à ceux-ci la possibilité de dicter leurs notes d'intervention.

4.4 Standards liés à la continuité

4.4.1 Facteurs entravant l'atteinte des standards

Les participants consultés ont fait état de nombreux facteurs entravant l'atteinte des standards ministériels liés à la continuité des services. Voici une énumération de ces différents facteurs.

Difficultés d'arrimage des services

L'ensemble des parties prenantes à la démarche ont maintes fois souligné l'importance des liens de partenariat soutenus entre les différents services offerts au sein des CISSS et CIUSSS, de même qu'avec les partenaires externes, afin de faciliter l'arrimage des services destinés à l'utilisateur en crise et d'en assurer la continuité.

Arrimage entre les services offerts par les CISSS ou CIUSSS

Aux dires des participants, l'intégration des services entre les différentes directions d'un CISSS ou CIUSSS pose certains défis, ce qui peut avoir pour effet de créer des interruptions de services et de complexifier les collaborations internes. La compartimentation des différents services offerts au sein du CISSS ou CIUSSS de même qu'un manque de vision d'ensemble par les différents services impliqués dans une intervention de crise limiteraient, selon les participants rencontrés, l'arrimage entre les services. Enfin, l'organisation actuelle des services en silos (c'est-à-dire en programmes-services) complexifierait l'arrimage des différents services nécessaires pour les personnes présentant une comorbidité.

Les membres du comité de suivi ont également mentionné que le manque de balises claires concernant le rôle des équipes de crise relevant des services sociaux généraux et celui des équipes spécifiques relevant des autres programmes-services pose un risque quant à la continuité des services en heures favorables. Dans certaines régions, il a été rapporté que les équipes spécifiques font appel au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour les situations de crise vécues par les usagers sous leur responsabilité. Or, cette pratique pourrait avoir pour conséquence de diminuer la disponibilité des intervenants de crise, limitant ainsi l'accès à ce service pour la population générale. De plus, la continuité des services pour l'utilisateur connu des services spécifiques n'est pas favorisée lorsque l'équipe d'intervention de crise est interpellée.

Arrimage entre les services offerts par les CISSS ou CIUSSS et les partenaires externes

Des difficultés avec les partenaires externes (p. ex. : organismes communautaires, corps policiers, etc.) ont également été soulignées. Une méconnaissance, de part et d'autre, des services dispensés affecterait l'arrimage optimal entre les services, selon les participants consultés. D'une part, les participants ont indiqué que les partenaires ont parfois une compréhension limitée du rôle et du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et, de façon plus globale, des différents services offerts par les CISSS et CIUSSS, ce qui nuit à la continuité des services. Il a également été mentionné que la crédibilité du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 était toujours à établir auprès de certains partenaires. D'autre part, certains participants ont fait état de leur propre méconnaissance des services dispensés par les partenaires de leur région, dont les services pourraient être complémentaires à ceux du service d'intervention de crise.

L'absence de coordination entre les différents services répondant aux besoins d'une personne en crise offerts autant par le CISSS ou CIUSSS que par les partenaires du territoire a été jugée comme un facteur entravant l'atteinte des standards de continuité. Le manque de temps de la part des gestionnaires pour assurer cette coordination et favoriser le développement d'ententes avec les

partenaires est, quant à lui, considéré par les participants comme un élément majeur qui limite l'atteinte des standards de continuité.

Processus de référence complexe et variable

La disparité observée quant à l'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 à travers les différents RLS d'un CISSS ou CIUSSS complexifie le processus de référence de l'utilisateur vers ce service ou vers les services post-crise. En raison d'une diminution des rencontres inter-directions dans certains CISSS et CIUSSS, il est mentionné que les critères et les modalités de référence sont désormais moins connus, selon les participants sondés. En outre, ces derniers ont mentionné que les modalités de référence utilisées par les partenaires pour diriger une personne en crise vers le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 sont parfois incomplètes (p. ex. : absence de fiche de liaison entre les services, informations manquantes sur l'utilisateur, ne pas savoir qui est l'intervenant de garde). De la même manière, les participants ont souligné que les modalités pour effectuer la référence d'un usager du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 vers les services post-crise offerts par le CISSS ou CIUSSS ou par des partenaires externes sont parfois si complexes, lourdes et énergivores que la continuité des services ne peut être assurée.

Modalités de communication et de liaison non optimales

L'utilisation de méthodes de travail inefficaces (p. ex. : dossiers manuscrits, création d'un dossier d'utilisateur dans chacun des services) et d'outils désuets (p. ex. : fax) pour prendre connaissance de l'information contenue au dossier de la personne en crise, pour communiquer des renseignements aux autres professionnels ou pour diriger l'utilisateur vers un service a été soulignée comme une entrave à la continuité des services et à l'efficacité des équipes de crise. De plus, des difficultés techniques liées au transfert téléphonique de l'utilisateur entre les régions géographiques ont été relevées par des participants.

Délais d'attente ou manque de services post-crise

Les délais d'attente pour les services post-crise (p. ex. : santé mentale) nuisent considérablement à l'atteinte des standards de continuité des services, selon les participants sondés. Ces délais font en sorte que les intervenants de crise doivent rencontrer plusieurs fois les mêmes usagers, en l'absence de services complémentaires pouvant répondre à leurs besoins. Par ailleurs, l'insuffisance de services post-crise pour assurer un relais, principalement dans les régions rurales où le réseau communautaire est peu développé, peut limiter la continuité des services.

Confusion quant à la protection des renseignements personnels

Il a été soulevé, lors des groupes de discussion, que les gestionnaires et intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, de même que les partenaires, avaient une compréhension variable quant à 1) la façon d'obtenir l'autorisation de l'utilisateur de communiquer des renseignements confidentiels, 2) de protéger la confidentialité des informations, et 3) d'appliquer les règles entourant la transmission de ces renseignements à d'autres professionnels et à des partenaires (p. ex. : policiers). Par exemple, les participants consultés ont fait état de situations où la confidentialité des informations sur l'utilisateur pouvait être compromise, notamment lors d'interventions en présence de tiers (ex. : famille, voisin), dans un lieu public, dans des communautés composées d'un nombre restreint d'habitants, ou lorsque l'intervention se déroule dans un contexte d'urgence, mais sans risque imminent.

De plus, il semble que la création des CISSS et CIUSSS ait entraîné une certaine confusion quant à la possibilité ou non de communiquer des renseignements confidentiels sans autorisation aux partenaires de l'intervention provenant du même CISSS ou CIUSSS. À cet égard, les participants ont fait état de certaines préoccupations d'ordre légal et éthique. Certains CISSS et CIUSSS ont

clarifié ces préoccupations par des avis juridiques, alors que d'autres milieux sont toujours en questionnement sur la marche à suivre.

Confusion quant aux types d'ententes et à la répartition des rôles

En concordance avec les résultats du sondage en ligne, une confusion importante en lien avec la distinction entre « entente de service » et « entente de collaboration », de même que sur les conditions requises pour procéder à la mise en place de l'un ou l'autre des deux types d'ententes a pu être observée lors des groupes de discussion. De façon plus globale, soulignons que le processus d'écriture d'une entente de partenariat était perçu par des gestionnaires de CISSS et CIUSSS comme long et laborieux, si bien que certains ont opté pour une entente informelle avec un organisme communautaire. Certains participants consultés ont mentionné que le statu quo était parfois préférable à la mise à jour des ententes, soulignant au passage une certaine fragilité des liens entretenus avec les organismes partenaires.

De plus, à la suite de l'abolition des agences régionales, l'identification d'une personne responsable pour effectuer le suivi du processus de reddition de comptes des organismes communautaires qui dispensent, à la charge des CISSS ou CIUSSS, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 ne semble pas s'être effectuée dans chacune des régions concernées, selon les répondants sondés. Il a été rapporté qu'auparavant, les agences régionales avaient pour tâche, entre autres, d'assurer ce suivi auprès des organismes communautaires concernés.

4.4.2 Leviers d'amélioration

Les intervenants et gestionnaires rencontrés lors des groupes de discussion ont proposé certains **leviers d'amélioration** qui pourraient faciliter l'atteinte des standards liés à la continuité, **en lien avec le partenariat et les modalités d'arrimage**.

- Compte tenu de l'importance de la collaboration sectorielle et intersectorielle dans la continuité des services, il apparaît important pour les personnes consultées : 1) de clarifier, auprès des directeurs et gestionnaires, ce qui définit et distingue une entente de service et une entente de collaboration, 2) d'outiller les CISSS et CIUSSS dans la formalisation d'ententes de service ou de collaboration afin de préciser les rôles de chacun des acteurs indispensables à l'intervention de crise et de favoriser les arrimages nécessaires à la continuité des services, et 3) de s'assurer qu'une entente de service avec les organismes communautaires qui dispensent le service pour le compte d'un CISSS et CIUSSS en vertu de l'article 108 de la LSSSS a été formalisée et que les modalités de l'entente sont appliquées. À ce titre, il a été suggéré qu'une personne spécifiquement dédiée à la coordination administrative des ententes de service et de collaboration soit identifiée, ce qui permettrait d'avoir une vision plus cohérente du développement et de l'application des ententes.
- S'assurer de bien faire connaître le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 auprès des partenaires et d'en établir la crédibilité, afin que les intervenants soient connus et reconnus pour la spécificité de leur intervention. Inversement, une meilleure connaissance des services offerts par les partenaires semble nécessaire. Il a été mentionné qu'il serait souhaitable de favoriser le développement de liens étroits avec le réseau communautaire et de reconnaître davantage son expertise en tant que partenaire d'intervention, afin de mieux assurer la continuité des services.
- Mettre en place des rencontres régulières pour développer un lien étroit entre le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et les différents partenaires internes et externes, pour résoudre les problèmes rencontrés et faire émerger des solutions, en vue d'améliorer l'arrimage entre les services. En plus de répondre de façon optimale aux besoins de la personne en crise et d'améliorer la qualité des services rendus, ces modalités d'arrimage permettraient possiblement d'améliorer la qualité des liens de collaboration avec les

partenaires et de favoriser l'application des différentes mesures prévues dans l'entente de service ou de collaboration. Les milieux ayant expérimenté ce genre de pratique organisationnelle ont rapporté en avoir retiré de nombreux bénéfices.

- Sensibiliser les gestionnaires et les intervenants des CISSS et CIUSSS de même que les différents partenaires à la protection des renseignements personnels. Il a été suggéré de prendre du temps, lors des rencontres avec les partenaires, pour présenter des vignettes cliniques illustrant le partage de renseignements personnels et ses balises. Ces vignettes pourraient être utilisées pour discuter avec l'ensemble des partenaires concernés des enjeux légaux liés à la confidentialité des renseignements personnels et permettraient d'avoir un regard commun sur l'application de la LSSSS à cet égard.

D'autres suggestions ont été émises par les participants sondés afin d'améliorer l'atteinte des standards de continuité. Elles concernent l'organisation des services.

- Réunir dans un même lieu les différents services requis par les personnes en crise (p. ex. : intervention de crise dans le milieu 24/7, santé mentale, dépendance, psychiatrie), dans le but de faciliter l'arrimage entre les services et le développement de collaborations entre les différents professionnels œuvrant auprès d'un même usager. Il a par ailleurs été mentionné qu'une prise en charge des usagers par une équipe multidisciplinaire à la suite de l'intervention de crise pourrait contribuer à réduire les interventions de crise récurrentes auprès du même usager.
- Simplifier les modalités de référence vers les différents services, en limitant le nombre de formulaires à remplir.
- Sans toutefois souhaiter un modèle unique d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour l'ensemble de la province, l'aplanissement des disparités de fonctionnement du service au sein des différents RLS des CISSS ou CIUSSS a été évoqué comme un levier d'amélioration pour faciliter l'arrimage des services.
- Avoir un service de crise qui soit davantage intégré (ex. : ligne téléphonique, intervention et suivi de crise, hébergement, etc.). Une telle intégration des services éviterait qu'une réévaluation soit faite pour chaque nouveau service reçu par l'utilisateur et améliorerait, par le fait même, la continuité des services.
- Clarifier le rôle des équipes de crise des services sociaux généraux et des équipes spécifiques issues des autres programmes-services quant à la prise en charge des situations de crise en heures favorables. Une réflexion entourant une meilleure intégration des services dans le continuum serait souhaitable.
- Identifier les usagers susceptibles de vivre une situation de crise et prévoir des modalités spécifiques d'intervention auprès de ceux-ci en établissant un partenariat inter-directions pour assurer une meilleure continuité des services.
- Rendre disponibles pour les intervenants des outils technologiques efficaces pour effectuer des demandes de référence (p. ex. : informatisation des demandes de référence) et communiquer des informations confidentielles entre professionnels (p. ex. : dossier centralisé contenant les informations sur l'utilisateur et les principales recommandations d'intervention).

4.5 Standards liés à l'efficacité et à l'efficience

Bien que les standards ministériels semblent, de façon générale, susciter l'adhésion des participants consultés, soulignons que certains des standards, particulièrement ceux liés à l'efficacité et à l'efficience du service, sont non opérationnels (p. ex. le délai d'intervention n'est pas spécifié dans le standard ministériel: « Les délais prescrits sont respectés ») ou sont difficilement applicables depuis la fusion des établissements (p. ex. : « Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 s'inscrit de façon cohérente avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CSSS. »). Par conséquent, les données colligées dans le cadre de cette démarche ne permettent pas d'apprécier spécifiquement l'efficacité et l'efficience du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

À cet égard, les participants ont suggéré 1) que les standards ministériels puissent être revus dans le cadre d'une consultation qui inclurait les gestionnaires, les intervenants et les usagers de ce service, afin de s'assurer de leur applicabilité, de leur justesse, de leur clarté et de la pertinence de leurs indicateurs de suivi, 2) que l'ensemble des standards ministériels soient mieux connus de l'ensemble des parties prenantes du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, et 3) que les bonnes pratiques dans les différentes régions du Québec soient documentées et diffusées.

CONCLUSION

L'intervention de crise dans le milieu est complexe et demande une expertise pointue et d'importantes capacités d'adaptation de la part des intervenants, en raison du contexte d'intervention singulier, du profil complexe et de la grande détresse des usagers qui ont recours à ce service. Étant donné que cette intervention est brève et ponctuelle, la collaboration avec différents partenaires devient essentielle afin de s'assurer que l'ensemble des besoins de l'utilisateur en crise puissent être pris en charge de façon rapide, efficace et coordonnée.

Cet état des pratiques avait pour objectifs de dresser un portrait des caractéristiques du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec, de rapporter les facteurs qui, selon des gestionnaires et des intervenants de ce service, entravent l'atteinte des standards ministériels, et de proposer des leviers d'amélioration.

Les informations et perceptions colligées à partir 1) des données clinico-administratives issues de la banque provinciale I-CLSC, 2) d'un sondage en ligne rempli par les gestionnaires de ce service, 3) de l'analyse de la documentation reçue de plusieurs établissements, 4) des groupes de discussion réalisés auprès d'intervenants et de gestionnaires du service, et 5) des membres du comité de suivi permettent de constater que :

- la compréhension du service tel que défini à la Fiche 3 des *Orientations relatives aux standards* [MSSS, 2013] n'est pas commune à l'ensemble des CISSS et CIUSSS;
- les établissements n'offrent pas tous un service d'intervention de crise conforme à la description fournie dans la Fiche 3 des *Orientations relatives aux standards* [MSSS, 2013];
- les modèles d'organisation de service diffèrent d'un CISSS ou CIUSSS à l'autre, et parfois même au sein des différents RLS d'un même CISSS ou CIUSSS;
- il est difficile pour les gestionnaires de rendre compte des caractéristiques du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et de l'atteinte des standards ministériels, particulièrement lorsque le service est offert par un organisme communautaire;
- le monitoring de l'ensemble des interventions réalisées par le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans la banque provinciale I-CLSC est limité par 1) la saisie non uniforme des interventions entre les différents établissements, et 2) l'exclusion des interventions effectuées par les organismes communautaires et certaines équipes régionales relevant des CISSS et CIUSSS;
- les standards ministériels ne sont pas connus de l'ensemble des gestionnaires et intervenants de ce service;
- l'accessibilité temporelle et géographique varient dans les différents CISSS et CIUSSS, de sorte que certains citoyens vivant une situation de crise ne pouvaient bénéficier, au moment de la collecte de données, d'une intervention immédiate dans leur milieu respectif et pouvant répondre à leurs besoins;
- différentes lacunes liées à la qualité des services rendus ont été rapportées, notamment en ce qui concerne la formation et l'encadrement clinique des intervenants ainsi que l'utilisation d'approches et d'outils cliniques reconnus et validés;

- bien que la continuité du service d'intervention de crise parallèlement à d'autres services offerts par les CISSS et CIUSSS ou par divers partenaires nécessite un haut niveau de coordination, les mécanismes d'arrimage sont parfois inexistants ou reposent sur des ententes qui n'ont pas été mises à jour récemment;
- la distinction entre une entente de service et une entente de collaboration n'est pas clairement comprise par la totalité des gestionnaires des CISSS et CIUSSS;
- plusieurs projets de restructuration du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 sont en cours ou en planification dans les CISSS et CIUSSS afin qu'il soit mieux intégré dans l'offre globale de services.

À la lumière de ces constats, un ensemble de facteurs entravant l'atteinte des standards ministériels ont été identifiés par les participants consultés. Parmi ceux-ci, l'étendue géographique, les difficultés de recrutement et de rétention de personnel qualifié et la perception d'un manque de ressources financières spécifiques au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 semblent entraver de façon transversale l'atteinte de l'ensemble des standards ministériels. Malgré les disparités observées entre les établissements, l'ensemble des participants consultés ont fait valoir la pertinence de respecter les réalités régionales en ne privilégiant pas un modèle unique d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Ils ont émis le souhait que l'implantation de ce service soit complémentaire aux services existants, tout en respectant les spécificités du milieu et les besoins de chaque région.

Bien que la démarche n'ait pas permis d'inclure la perspective des organismes communautaires impliqués dans l'intervention de crise ni celles des usagers et qu'elle s'inscrive dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, un large éventail de leviers visant l'amélioration du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans ses dimensions d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience ont tout de même été proposés par les personnes consultées. La mobilisation de l'ensemble des intervenants, gestionnaires et directeurs participant au déploiement du service, observée dans le cadre de cette démarche, constitue sans contredit une assise déterminante pour l'amélioration de ce service essentiel. La conviction profonde de la pertinence du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, exprimée par les personnes consultées, témoigne également de l'engagement de tous à mettre en œuvre des services destinés aux personnes en crise. Cette mobilisation et cet engagement pourront être mis à profit afin de prioriser les leviers d'amélioration à mettre en place pour offrir des services qui répondent aux besoins des usagers, tout en visant l'atteinte des standards ministériels.

RÉFÉRENCES

- Acocella I. The focus groups in social research: Advantages and disadvantages. *Qual Quant* 2012;46(4):1125-36.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux. Québec, Qc : MSSS; 2016. Disponible à : https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/glossaire-version_janvier_2016.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement. Québec, Qc : MSSS; 2015. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux du programme-services – services généraux – activités clinique et d'aide. Québec, Qc : MSSS; 2013. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public en santé et de services sociaux à des fins de gestion. Québec, Qc : MSSS; 2012a. Disponible à : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Québec, Qc : MSSS; 2012b. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-914-09W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec. Québec, Qc : MSSS; 2009. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-925-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services. Québec, Qc : MSSS; 2006. Disponible à : <http://www.trocl.org/docref/CadrereferenceENTENTESJuin2006Vfinale.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal. Québec, Qc : MSSS; 2004. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf>.
- Rainville M. Guide d'organisation d'un forum de discussion. Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique du Québec; 2008. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/854_troussesecuritecolllocales.pdf.
- Séguin M, Brunet A, LeBlanc L. Intervention en situation de crise et en contexte traumatique. 2^e éd. Montréal, Qc : Gaëtan Morin; 2012.

Services Québec. Thésaurus de l'activité gouvernementale [site Web]. Québec, Qc :
Gouvernement du Québec; 2017. Disponible à :
<http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/accueil.do> (consulté le 12 octobre 2017).

ANNEXE A.

Extrait des Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux généraux du programme-services – services généraux – activités cliniques et d'aide [MSSS, 2013]

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

SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

OFFRE DE SERVICE

PROGRAMME-SERVICES
SERVICES GÉNÉRAUX
ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

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

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

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

Coordination des travaux

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

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

Rédaction de la version finale

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

Soutien administratif

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

LES REMERCIEMENTS

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

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

Édition

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

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

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

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

© Gouvernement du Québec, 2013

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 5

INTRODUCTION 6

PARTIE I

CONTEXTE 8

Contexte 8

Principes 8

Rôles et responsabilités 9

Réseau local de services 11

Projet clinique et organisationnel 11

Ententes de service et de collaboration 12

PARTIE 2

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

SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 14

Clientèle visée 14

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

Principaux constats et enjeux 15

PARTIE 3

ORIENTATIONS DES SERVICES SOCIAUX DU PROGRAMME-SERVICES

SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 18

Orientations ministérielles 18

Interfaces avec les autres programmes-services
et les partenaires 19

Approches 19

PARTIE 4

TRAJECTOIRE 20

Trajectoire des services 20

PARTIE 5

SERVICES 22

Services 22

FICHE 1 Accueil, analyse, orientation et référence 23

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

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

FICHE 4 Consultation sociale 36

FICHE 5 Consultation psychologique 40

FICHE 6 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile 45

CONCLUSION 49

RÉFÉRENCES 50

LISTE DES LOIS ET RÈGLEMENTS 52

LISTE DES COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES 53

ANNEXE I

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

ANNEXE II

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

ANNEXE III

LISTE DES ACRONYMES 66

FICHE 3

INTERVENTION DE CRISE DANS LE MILIEU 24/7

RESPONSABILITÉ

CSSS

Description du service

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

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

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

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

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

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

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

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

Objectifs

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

Clientèle visée

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

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

Standards fixés pour ce service

Accessibilité

Accessibilité géographique

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

Accessibilité temporelle

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

Accessibilité professionnelle

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

Qualité

Qualité de la réponse

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

Formation et mise à jour des compétences

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

Encadrement clinique

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

Outils et instruments de travail

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

Continuité

Arrimage

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

Communication de renseignements

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

Coordination :

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

Efficacité et efficience

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

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

66 Ibid.

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

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

69 Ibid.

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

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

ANNEXE B.

Variables extraites de la banque provinciale I-CLSC

Code CSSS	
Usager	
008	Numéro de dossier
Usager-individu	
0014	Date de naissance
0015	Sexe
0019	Code postal de la résidence habituelle
0020	Code de municipalité de la résidence habituelle
0021	Code de territoire du CSSS de la résidence habituelle
Intervention	
0030	Numéro de l'intervention
0031	Centre d'activité de l'intervention
0032	Date de l'intervention
0033	Type d'intervention
0034	Raison de l'intervention
0035	Acte de l'intervention
0036	Suivi de l'intervention
0038	Profil de l'intervention
0039	Mode d'intervention
0040	Lieu de l'intervention
0041	Durée de l'intervention
0042	Langue d'intervention
0044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention

ANNEXE C.

Sondage en ligne

Sondage en ligne

Présentation

La Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires du MSSS a confié à la Direction des services sociaux (DSS) de l'INESSS le mandat d'effectuer un portrait des services d'intervention de crise dans le milieu 24/7 sur l'ensemble du territoire québécois et une analyse de l'atteinte des standards établis dans l'offre de service.

Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offert à toute personne de la population générale qui est en situation de crise et pour laquelle une intervention dans le milieu est jugée nécessaire par le service de l'AAOR, le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) ou par un partenaire du milieu qui a une entente à cet effet avec le CI(U)SSS. Il se réalise à domicile ou dans un autre lieu approprié. L'intervention de crise dans le milieu consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise.

Dans le but de documenter l'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et l'atteinte des standards, vous avez été identifié(e) par le(la) directeur(trice) de votre établissement comme étant un des gestionnaires responsables du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. À ce titre, vous êtes invité(e) à vous joindre à ce vaste processus consultatif, en complétant ce questionnaire. Puisque cette démarche permettra d'identifier les leviers d'action les plus efficaces afin d'améliorer le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, votre participation à ce sondage est importante.

Nous vous rappelons qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse: seule une représentation juste du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 de votre établissement est nécessaire pour tracer un portrait réaliste et actuel des services offerts dans l'ensemble du Québec.

De plus, certains éléments sondés dans ce questionnaire sont susceptibles d'être décrits à l'intérieur de différents documents produits par votre établissement. Tout au long du questionnaire, nous avons spécifié les éléments pouvant être associés à un tel document à l'aide de la phrase suivante: "Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments". À la fin du questionnaire, nous vous demanderons de bien vouloir nous acheminer la documentation par courriel, afin de raffiner notre compréhension de l'organisation des services d'intervention de crise dans le milieu 24/7 de votre région.

Nous vous remercions pour votre participation à ce portrait des services d'intervention de crise dans le milieu 24/7 à travers le Québec. N'hésitez pas à nous contacter pour toute question relative au projet ou à la complétion du questionnaire.

Isabelle Boisvert, Ph.D.
Professionnelle-conseil
Direction des services sociaux
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
isabelle.boisvert@inesss.qc.ca

Chloé Gaumont, M.Sc.
Professionnelle-conseil
Direction des services sociaux
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
chloe.gaumont@inesss.qc.ca

Michèle Archambault, M. Sc.
Adjointe à la Direction des services sociaux | SAPA, DP-DI-TSA, SSG
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
michele.archambault@inesss.qc.ca

Identification des répondants

Veuillez noter que les informations à saisir en lien avec l'identification des répondants demeurent strictement confidentielles et seront utilisées uniquement par les professionnels attirés au projet. Ces éléments permettront de suivre la progression des services d'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour lesquels un questionnaire a été compilé et, éventuellement, d'effectuer un suivi personnalisé pour des cueillettes de données ultérieures. N'hésitez pas à nous contacter pour tout questionnement concernant les modalités prévues afin d'assurer la confidentialité de ces informations.

* Veuillez indiquer votre nom et votre prénom. (Ces données demeureront confidentielles.)

Veuillez indiquer votre titre d'emploi.

Veuillez indiquer vos coordonnées téléphoniques. (Ces coordonnées ne seront utilisées que si nous avons besoin d'informations supplémentaires pour mieux comprendre vos réponses.)

* Veuillez indiquer le nom du CISSS/CIUSSS auquel vous êtes rattaché.

* Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 de votre CISSS/CIUSSS est:

- ☐ Harmonisé à l'ensemble des CSSS contenus sur le territoire de votre CISSS/CIUSSS (c'est-à-dire un seul service).
- ☐ Distinct en fonction de chaque CSSS contenus sur le territoire de votre CISSS/CIUSSS (c'est-à-dire plusieurs services dont l'organisation peut différer d'un CSSS à l'autre).

Commentaires

Veuillez identifier le(les) CSSS desservi(s) par le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 auquel(auxquels) vous êtes rattaché et pour lequel(lesquels) vous complétez ce questionnaire.

CSSS 1	
CSSS 2	
CSSS 3	
CSSS 4	
CSSS 5	
CSSS 6	
CSSS 7	
CSSS 8	

* Au sein de votre établissement, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 estoffert par qui? Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ Des intervenants provenant exclusivement du CISSS/CIUSSS
- ☐ Des intervenants provenant exclusivement d'un(des) **organisme(s) communautaire(s)**
- ☐ Un partage d'intervenants provenant du CISSS/CIUSSS **ET** provenant d'un(des) organisme(s) communautaire(s)

Commentaires

Organisation des services - CISSS/CIUSSS

* Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offert par des intervenants provenant exclusivement du CISSS/CIUSSS selon quel **modèle**?

- ☐ Ils proviennent de la Direction des services sociaux généraux et forment une **équipe dédiée uniquement à ce service**
- ☐ Ils proviennent d'une **équipe dédiée uniquement à ce service** de la Direction des services sociaux généraux à laquelle des **intervenants de d'autres programmes-services du CISSS/CIUSSS s'ajoutent pour assurer des gardes**
- ☐ Il s'agit d'**intervenants volontaires provenant de tous les programmes-services** et assurant ces interventions à tour de rôle
- ☐ Autre modèle

Si autre modèle, spécifiez / Commentaires

Organisation des services - organisme(s) communautaire(s) partenaire(s)

* Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offert par des intervenants provenant exclusivement d'un(d') organisme(s) communautaire(s) partenaire(s) selon quel **modèle**?

- ☐ Ils proviennent d'un **seul organisme communautaire** assurant l'ensemble des interventions et dont la **mission est essentiellement l'intervention de crise**
- ☐ Ils proviennent d'un **seul organisme communautaire** assurant l'ensemble des interventions dans le cadre d'une offre de service pour laquelle **l'intervention de crise ne représente qu'une partie des services**
- ☐ Ils proviennent de **plus d'un organisme communautaire** qui se partagent les interventions en fonction du territoire, de la clientèle et de l'expertise des intervenants (ex.: crise suicidaire, toxicomanie, santé mentale) et/ou en fonction de l'horaire (jour/soir/nuit/fin de semaine/fériés)

Commentaires

Organisation des services - CISSS/CIUSSS et organisme(s) communautaire(s) partenaire(s)

* Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offert **demanière partagée** entre des intervenants provenant du CISSS/CIUSSS **ET** des intervenants provenant d'un (d') organisme(s) communautaire(s) partenaire(s) selon quel**modèle**? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre".

- ☐ Les interventions sont réparties en fonction du **territoire** où se tiendra l'intervention
- ☐ Les interventions sont réparties en fonction de la **clientèle** et de l'**expertise** des intervenants (ex.: crise suicidaire, toxicomanie, santé mentale)
- ☐ Les interventions sont réparties en fonction de l'**horaire** (jour/soir/nuit/fin de semaine/fériés)

Autre (spécifiez)

Mécanismes - organisme(s) communautaire(s) partenaire(s)

* Quel est le **nom**:

Du(des) organisme(s) communautaire(s) qui dispense(nt) le service d'intervention de crise dans le milieu avec lequel(lesquels) vous avez une **entente écrite**? Veuillez nous acheminer ces ententes, pour raffiner notre compréhension.

Du(des) organisme(s) communautaire(s) qui dispense(nt) le service d'intervention de crise dans le milieu avec lequel(lesquels) vous **n'avez pas d'entente écrite**?

* Quels **mécanismes d'arrimage et de liaison** sont utilisés dans le cadre de cette(ces) entente(s)?

* Quels **mécanismes d'évaluation de la qualité des services rendus** sont mis en place pour effectuer le suivi des interventions?

* Quels **mécanismes de reddition de compte** sont mis en place auprès des organismes communautaires qui dispensent le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (p.ex. rapport sur les activités de l'organisme communautaire, etc.)?

* Est-ce que le **CISSS/CIUSSS s'assure** que l'(les) organisme(s) communautaire(s) qui dispense(nt) le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 **répond(ent) aux critères** d'accessibilité, de qualité et de continuité des services? Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ Non
☐ Oui

Si oui, décrivez le(s) moyen(s) ou mécanisme(s) utilisé(s)?

Organisation des services - intervenants

* Combien d'**intervenants** (en équivalent temps complet) compte l'équipe du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour votre territoire? Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

Nombre d'intervenants (en équivalent temps complet)
provenant du
CISSS/CIUSSS

Nombre d'intervenants (en équivalent temps complet)
provenant des
organismes
communautaires (si applicable et à votre connaissance)

* Quel(s) **type(s) de professionnel(s)** compose(nt) l'équipe du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre". Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

	Au sein de votre CI(U)SSS	Au sein des organismes communautaires
Ne s'applique pas	☐	☐
Je ne sais pas	☐	☐
Travailleur(se) social(e)	☐	☐
Psychologue	☐	☐
Psychoéducateur(trice)	☐	☐
Infirmier(ère)	☐	☐
Éducateur(trice) spécialisé(e)	☐	☐
Criminologue	☐	☐
Sexologue	☐	☐

Autre (veuillez préciser)

Organisation des services - offre de services

* Au sein de votre établissement, le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 est**disponible à quelle période?** Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre". Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ 24 heures par jour/365 jours par année
☐ De jour, du lundi au vendredi
☐ De soir, du lundi au vendredi
☐ De nuit, du lundi au vendredi
☐ De jour, le samedi
☐ De soir, le samedi
☐ De nuit, le samedi
☐ De jour, le dimanche
☐ De soir, le dimanche
☐ De nuit, le dimanche
☐ Les jours fériés
☐ Ne s'applique pas
☐ Autre (veuillez préciser)

* Au cours de la dernière année, y a-t-il eu**rupture de service**, à une ou plusieurs occasions, du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre".

- ☐ Aucune rupture de service
☐ Service non disponible la semaine de jour
☐ Service non disponible la semaine de soir
☐ Service non disponible la semaine de nuit
☐ Service non disponible la fin de semaine de jour
☐ Service non disponible la fin de semaine de soir
☐ Service non disponible la fin de semaine de nuit
☐ Service non disponible un jour férié
☐ Ne s'applique pas

Veuillez préciser le(s) motif(s) à l'origine de la rupture de service

Organisation des services - références

* Au cours de la dernière année, quel est le **pourcentage approximatif de références** au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 **provenant de chacun des référents suivants**? Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

Pourcentage de références provenant de ce référent	
Du service d'Accueil, Analyse, Orientation, Référence (AAOR) du CISSS/CIUSSS de votre territoire	
Du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	
Des autres programmes-services du CISSS/CIUSSS	
Des services d'urgence (policiers, ambulanciers, milieux hospitaliers)	
Des organismes communautaires partenaires	
Autres	

Veuillez préciser les autres référents au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, s'il y a lieu. / Veuillez nous indiquer si cette question est non applicable pour votre établissement.

* Dans le **processus de référence** au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, existe-t-il certains **critères** permettant de **discriminer les demandes** acheminées vers le service ou d'en établir l'**ordre de priorité** d'intervention? Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ Non
☐ Oui

Quels sont ces critères?

* Au cours de la dernière année, quel est le **délai d'intervention moyen** entre la réception de la demande et le début de l'intervention auprès de l'utilisateur? Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

Organisation des services - intervention

Au cours de la dernière année, quelle **proportion des interventions** offertes dans le cadre du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 se déroule dans les **milieux** suivants?

Proportion des interventions	
Au domicile de la personne en crise	
Dans la rue	
À l'urgence hospitalière	
Autres	

Veuillez préciser les autres endroits où se déroule l'intervention de crise dans le milieu 24/7, s'il y a lieu. / Veuillez nous indiquer si cette question est non applicable pour votre établissement.

* À votre connaissance, combien de **temps** dure en moyenne une intervention de crise dans le milieu?

- ☐ Moins d'une heure
☐ Entre 1 heure et 2 heures
☐ Entre 2 heures et 3 heures
☐ Plus de 3 heures
☐ Je ne sais pas/ Non applicable

Commentaires

* Dans le cadre du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, l'intervenant se **déplace** la plupart du temps dans le milieu:

	Toujours seul	Majoritairement seul	Majoritairement en dyade	Toujours en dyade	Ne s'applique pas	Je ne sais pas
De jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De soir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De nuit	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Commentaires

Organisation des services

* Parmi les choix de réponses suivants, quelles sont les **cinq problématiques les plus fréquemment vécues** par la clientèle référée au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7? Pour cette question, un maximum de cinq choix peuvent être cochés, et ce, incluant l'item "autres".

- ☐ Crise familiale
- ☐ Épisode psychotique / urgence psychiatrique
- ☐ Crise suicidaire
- ☐ Potentiel de dangerosité face à soi-même ou face à autrui
- ☐ Processus de deuil
- ☐ Situation de violence conjugale
- ☐ Situation d'agression sexuelle
- ☐ Détresse psychologique suite à un événement stressant
- ☐ Consommation problématique
- ☐ Rupture amoureuse
- ☐ Je ne sais pas / non applicable
- ☐ Autres (veuillez préciser)

* À votre connaissance, est-ce qu'il arrive que **certaines clientèles ne puissent être desservies** par le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour des raisons de sécurité ou d'autres raisons (par exemple clientèle posant un risque d'agression)?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Si oui, veuillez préciser ces clientèles.

* Au cours de la dernière année, quelle proportion des interventions de crise dans le milieu a nécessité l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (**P-38**), à votre connaissance?

- ☐ Aucune
- ☐ 1-20%
- ☐ 21-40%
- ☐ 41-60%
- ☐ 61-80%
- ☐ 81-100%
- ☐ Je ne sais pas / non applicable

Commentaires

* Votre établissement a-t-il élaboré des **directives quant à l'application** de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38)? Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ Je ne sais pas / non applicable
- ☐ Non
- ☐ Oui

Si oui, quelles sont ces directives?

* Au cours de la dernière année, dans quelle proportion, à votre connaissance, l'intervention de crise offerte dans le milieu aura permis **d'éviter le recours aux urgences hospitalières**?

- ☐ 0-20%
- ☐ 21-40%
- ☐ 41-60%
- ☐ 61-80%
- ☐ 81-100%
- ☐ Je ne sais pas / non applicable

Commentaires

* À votre connaissance, est-ce que la population résidant sur **l'ensemble du territoire** couvert par votre CISSS/CIUSSS peut bénéficier du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Organisation des services

* Quel(s) territoire(s) **n'est (ne sont) pas couvert(s)** par le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7?

* Pour **quelle(s) raison(s)** ce(s) territoire(s) n'est (ne sont) pas couvert(s) par le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7?

Projets de restructuration

* Y a-t-il des projets de restructuration du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 en cours ou à venir au sein de votre CISSS/CIUSSS? Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ Je ne sais pas
☐ Non
☐ Oui, veuillez préciser.

Qualité du service dispensé

* Quelle(s) **approche(s) clinique(s)** est(sont) utilisée(s) dans le cadre des interventions de crise dans le milieu 24/7? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre". Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ Modèle d'intervention de crise (typologie de la crise; Séguin, Brunet et Leblanc, 2010)
☐ Intervention brève
☐ Résolution de problème interpersonnel (RPI)
☐ Psychothérapie interpersonnelle (PTI)
☐ Approche cognitivo-comportementale
☐ Approche motivationnelle
☐ Approche orientée vers les solutions
☐ Approche psychoéducative
☐ Autre (veuillez préciser)

* Quel(s) **outil(s)** est (sont) utilisé(s) dans le cadre de l'intervention de crise dans le milieu 24/7 pour évaluer les risques et la dangerosité de la situation? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre". Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ Outil standardisé d'évaluation clinique basée sur les facteurs de risque et de dangerosité
☐ Outil d'évaluation maison
☐ Jugement clinique
☐ Discussion de cas/consultation clinique
☐ Autres

Veuillez préciser le nom des outils utilisés, s'il y a lieu.

Formation et mise à jour des compétences

* Quel(s) **type(s) de formation** est(sont) offert(s) au **nouveau personnel** du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre". Veuillez nous acheminer votre plan de formation du nouveau personnel, si applicable.

- ☐ Aucune formation offerte au nouveau personnel
☐ Formation provinciale "L'intervention de crise dans le milieu 24/7"
☐ Formation provinciale "Bonnes pratiques en prévention du suicide"
☐ Formation provinciale sur l'estimation du risque d'homicide
☐ Formation provinciale sur la loi P-38
☐ Accompagnement, pairage, mentorat
☐ Lecture, consultation de la documentation disponible
☐ Formation élaborée par le milieu
☐ Autre (veuillez préciser)

Au cours de la dernière année, quel(s) est(sont) le(s)**thème(s)** abordé(s) lors des formations offertes au **nouveau personnel**, s'il y a lieu?

* Quel(s) **type(s) de formation** est(sont) offert(s) au **personnel** du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (**formation continue**)? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre". Veuillez nous acheminer votre plan de formation continue et d'activité de mise à jour des compétences, si applicable.

- ☐ Aucune formation offerte au personnel (formation continue)
☐ Formation provinciale "L'intervention de crise dans le milieu 24/7"
☐ Formation provinciale "Bonnes pratiques en prévention du suicide"
☐ Formation provinciale sur l'estimation du risque d'homicide
☐ Formation provinciale sur la loi P-38
☐ Accompagnement, pairage, mentorat
☐ Lecture, consultation de la documentation disponible
☐ Formation élaborée par le milieu
☐ Autre (veuillez préciser)

Au cours de la dernière année, quel(s) est(sont) le(s)**thème(s)** abordé(s) lors des formations offertes au personnel (**formation continue**), s'il y a lieu?

* Au cours de la dernière année, combien d'heures de formation ont été dispensées approximativement par intervenant? Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

Au nouveau personnel du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7?

Au personnel du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (formation continue)

* À ce jour, la Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7 a-t-elle été dispensée dans votre CISSS/CIUSSS?

☐ Je ne sais pas

☐ Non

☐ Oui

Si oui, vivez-vous des difficultés particulières en lien avec le déploiement de la Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7?

Encadrement clinique

* Décrivez à l'aide des éléments d'information ci-dessous, le type d'encadrement clinique propre au service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Veuillez nous acheminer toute documentation dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

	Participation	Fréquence	Fonction (titre d'emploi) du superviseur	Profession du superviseur	Le superviseur est habilité à exercer lui-même les activités professionnelles qu'il supervise
Les intervenants en période probatoire du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 participent à un processus de supervision clinique sur une base régulière.					
Les intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 participent à un processus de supervision clinique sur une base régulière.					
Commentaires					

* Au sein de votre établissement, un service de **consultation clinique** est-il accessible **aux intervenants** du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre". Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

- ☐ Aucun service de consultation clinique n'est disponible
- ☐ 24 heures par jour/ 365 jours par année
- ☐ De jour, du lundi au vendredi
- ☐ De soir, du lundi au vendredi
- ☐ De nuit, du lundi au vendredi
- ☐ De jour, le samedi
- ☐ De soir, le samedi
- ☐ De nuit, le samedi
- ☐ De jour, le dimanche
- ☐ De soir, le dimanche
- ☐ De nuit, le dimanche
- ☐ Les jours fériés

Commentaires

* Au cours de la dernière année, y a-t-il eu **rupture**, à une ou plusieurs occasions, du **service de consultation clinique** pour les **intervenants** du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre".

- ☐ Aucun service de consultation clinique
- ☐ Aucune rupture du service de consultation clinique
- ☐ Service non disponible la semaine de jour
- ☐ Service non disponible la semaine de soir
- ☐ Service non disponible la semaine de nuit
- ☐ Service non disponible la fin de semaine de jour
- ☐ Service non disponible la fin de semaine de soir
- ☐ Service non disponible la fin de semaine de nuit
- ☐ Service non disponible un jour férié

Veuillez préciser le(s) motif(s) à l'origine de la rupture de service

* Veuillez indiquer si les **modalités de consultation clinique** suivantes sont disponibles pour les **intervenants** du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 de votre établissement:

	Oui	Non
En face-à-face	☐	☐
Consultation téléphonique	☐	☐
Consultation par courriel	☐	☐

Autre (veuillez préciser)

Qualité - Outils et instruments de travail

* Est-ce que les intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 disposent des **outils et instruments de travail nécessaires** pour accomplir leur travail auprès de la clientèle? Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

Le répertoire des services en santé et services sociaux (RRSS) actualisé est mis à leur disposition	
Des outils cliniques validés et adaptés au contexte d'intervention sont disponibles	
L'offre de service des différents programmes du CISSS/CIUSSS est mis à la disposition du personnel	
Les offres de service des partenaires du réseau sont mis à la disposition du personnel	
Les politiques et procédures pertinentes sont mises à la disposition du personnel	
L'équipement technologique adéquat est mis en place (informatique, téléphonie, etc.)	

Commentaires

Continuité - Arrimage

* Auprès de quels services du CISSS/CIUSSS et partenaires de la communauté avez-vous une **entente écrite de collaboration et/ou de partenariat**? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre". Veuillez nous faire parvenir ces **ententes écrites**, si applicable.

- | | |
|---|---|
| ☐ Nous n'avons aucune entente écrite de collaboration et/ou de partenariat avec les autres services du CISSS/CIUSSS ou avec des partenaires de la communauté | ☐ Programmes-services: Santé mentale |
| ☐ Services sociaux généraux: Accueil, analyse, orientation et référence | ☐ Urgence hospitalière |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) | ☐ Service d'hébergement de crise |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation sociale | ☐ Centres désignés en matière d'agressions sexuelles |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation psychologique | ☐ Maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale |
| ☐ Services sociaux généraux: Volet psychosocial en contexte de sécurité civile | ☐ Centre d'intervention en dépendance |
| ☐ Programmes-services: Jeunes en difficulté | ☐ Services policiers |
| ☐ Programmes-services: Dépendance | ☐ Services ambulanciers et/ou premiers répondants |

Autre (veuillez préciser) / Commentaires

* À quelle **fréquence** cette(ces) entente(s) sectorielle(s) et intersectorielle(s) de collaboration et/ou de partenariat est(ont)-elle(s) **mise(s) à jour**, si applicable?

* Auprès de quels services du CISSS/CIUSSS et partenaires de la communauté des **critères et des modalités de référence** ont-ils été établis afin d'assurer un **arrimage optimal entre le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 et les autres services**? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre".

- | | |
|---|---|
| ☐ Aucun critère et modalité de référence établis avec les autres services du CISSS/CIUSSS ou avec des partenaires de la communauté | ☐ Programmes-services: Santé mentale |
| ☐ Services sociaux généraux: Accueil, analyse, orientation et référence | ☐ Urgence hospitalière |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) | ☐ Service d'hébergement de crise |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation sociale | ☐ Centres désignés en matière d'agressions sexuelles |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation psychologique | ☐ Maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale |
| ☐ Services sociaux généraux: Volet psychosocial en contexte de sécurité civile | ☐ Centre d'intervention en dépendance |
| ☐ Programmes-services: Jeunes en difficulté | ☐ Services policiers |
| ☐ Programmes-services: Dépendance | ☐ Services ambulanciers et/ou premiers répondants |

Autre (veuillez préciser) / Commentaires

* Quels sont les **critères et les modalités de référence établis et/ou appliqués** avec les autres services du CISSS/CIUSSS et les partenaires de la communauté permettant d'assurer que l'usager du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 accède au service requis? Ces modalités peuvent se traduire, par exemple, par une référence personnalisée, un accompagnement individualisé, etc. Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

* Auprès de quels services du CISSS/CIUSSS et partenaires de la communauté des **modalités de communication et de liaison** ont-elles été établies (p.ex.: fiche de liaison, etc.) ? Pour cette question, plus d'un item peut être coché, et ce, incluant l'item "autre".

- | | |
|--|---|
| ☐ Aucune modalité de communication et de liaison établies avec les autres services du CISSS/CIUSSS ou avec des partenaires de la communauté | ☐ Programmes-services: Santé mentale |
| ☐ Services sociaux généraux: Accueil, analyse, orientation et référence | ☐ Urgence hospitalière |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) | ☐ Service d'hébergement de crise |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation sociale | ☐ Centres désignés en matière d'agressions sexuelles |
| ☐ Services sociaux généraux: Consultation psychologique | ☐ Maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale |
| ☐ Services sociaux généraux: Volet psychosocial en contexte de sécurité civile | ☐ Centre d'intervention en dépendance |
| ☐ Programmes-services: Jeunes en difficulté | ☐ Services policiers |
| ☐ Programmes-services: Dépendance | ☐ Services ambulanciers et/ou premiers répondants |

Autre (veuillez préciser) / Commentaires

* Quelles sont les **modalités de communication et de liaison** établies avec les autres services du CISSS/CIUSSS et les partenaires de la communauté (p.ex.: fiche de liaison, table de concertation, rencontre annuelle, comité de suivi, etc.)? Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

Continuité - Communication de renseignements

* Les modalités permettant de **protéger les renseignements personnels et de communiquer** à un autre établissement, organisme ou personne, un renseignement contenu au dossier d'un usager sont établies en conformité de la LSSSS. Veuillez nous acheminer toute **documentation** dont le contenu pourrait enrichir notre compréhension de ces éléments.

	Pas du tout	Partiellement	Tout à fait	Je ne sais pas
Sauf exception, 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.	☐	☐	☐	☐
En vue de prévenir un acte de violence, seuls les renseignements nécessaires provenant du dossier de l'utilisateur peuvent être communiqués aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.	☐	☐	☐	☐
Le consentement de l'utilisateur à une demande d'accès à son dossier à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche est donné par écrit ; il est libre et éclairé , et accordé pour une activité précise .	☐	☐	☐	☐

Commentaires

* Des **outils** permettant de **communiquer** à un autre établissement, organisme ou personne, un **renseignement contenu au dossier d'un usager** sont utilisés et conformes aux articles visés de la LSSSS.

	Pas du tout	Partiellement	Tout à fait	Je ne sais pas
Le directeur général de l'établissement a établi, par directive, les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués afin de prévenir un acte de violence.	☐	☐	☐	☐
Un établissement peut communiquer un renseignement contenu au dossier d'un usager à toute personne/organisme si elle/il s'engage par écrit à respecter la confidentialité du renseignement communiqué.	☐	☐	☐	☐
L'établissement inscrit dans un registre toute communication de renseignements contenus au dossier d'un usager à une personne ou organisme effectuée dans le but de permettre l'exercice d'un mandat.	☐	☐	☐	☐

Commentaires

* Y a-t-il certaines situations particulières, par exemple, lors d'une intervention impliquant plusieurs acteurs de différents milieux travaillant en concertation, où la **confidentialité des informations de l'utilisateur pourrait être compromise**? Veuillez décrire ces situations.

Efficacité et efficacité

* Les ententes de service/de collaboration et de partenariat sont **respectées**.

☐ Tout à fait

☐

Partiellement ☐

Pas du tout

☐ Je ne sais pas

Commentaires

* Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 s'inscrit de façon **cohérente** avec le projet clinique et organisationnel réalisé par le CSSS (p. ex.: le service s'inscrit dans l'offre de service élargie des CISSS/CIUSSS)?

☐ Tout à fait

☐ Plutôt

☐ Pas du tout

☐ Je ne sais pas

pas

Commentaires

Autres informations pertinentes

Veuillez nous faire part de tout autre élément que vous jugez pertinent à notre analyse (p.ex.: les difficultés rencontrées dans le cadre de l'offre du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, particularités dans l'organisation du service, etc.) dans l'espace ci-dessous.

Documentation à transmettre

Cette section énumère l'ensemble des documents identifiés en lien avec le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 que nous vous invitons à nous faire parvenir.

* Veuillez identifier dans la liste ci-dessous, la documentation disponible que vous nous ferez parvenir par courriel à **isabelle.boisvert@inesss.qc.ca**.

	Inexistant	Vous sera acheminé
Organisation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (horaire, territoire, statistiques, délai d'intervention, etc.)	☐	☐
Plan de restructuration du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7	☐	☐
Ententes écrites de service avec organismes communautaires partenaires	☐	☐
Ententes écrites de collaboration et/ou de partenariat avec services du CISSS/CIUSSS et partenaires de la communauté	☐	☐
Données sur les ressources humaines du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (ex: composition de l'équipe, statistiques d'heures travaillées, etc.)	☐	☐
Références au service (ex: source, critères, priorisation, etc.)	☐	☐
Directives quant à l'application de la loi P38	☐	☐
Approches/outils cliniques utilisés	☐	☐
Plan de formation du nouveau personnel/formation continue	☐	☐
Encadrement clinique/consultation clinique offert au personnel	☐	☐
Critères et modalités de références aux autres services du CISSS/CIUSSS ou vers organismes partenaires	☐	☐
Modalités de communication et de liaison	☐	☐
Protection des renseignements personnels	☐	☐
Mécanismes d'évaluation de la qualité des services rendus/reddition de compte	☐	☐

Autre (veuillez préciser)

ANNEXE D.

Documentation reçue – service d'intervention de crise dans le milieu 24/7

Documents reçus		Date de création (mise à jour)
01 CISSS du Bas-Saint-Laurent	-	
02 CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	Fiche – référence en hébergement de crise	2016
	Fiche – rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire	2015
	Fiche – rapport d'intervention psychosociale en situation de crise	2015
	Cadre de référence relatif à l'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui	2000 (2003)
	Entente (de collaboration) concernant les interventions conjointes dans le cadre de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, entre CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, CSSS Domaine-du-Roy et la Sûreté du Québec	2011
	Information sur organisation du service	2017
	Algorithme d'arrimage entre Info-Social, la garde sociale et les centres hospitaliers	2012 (2013/2015)
	Algorithme – Intervention en situation de crise	2008
	Fiche – Demande d'intervention à la garde sociale	
	État de situation et constats préliminaires (document de travail)	2016
	Schéma d'évaluation de l'urgence d'agression (homicide, violence)	1998
	Outil d'aide à la décision : dans le cadre de la L.R.Q. c P-38.001	2010
	Entente (de collaboration) concernant les interventions conjointes dans le cadre de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, entre CSSS Lac-St-Jean-Est, CSSS Chicoutimi, Sûreté du Québec MRC du Fjord-du-Saguenay et Sécurité publique ville de Saguenay	2010
	Procédure de fonctionnement entre le service Info-Social et le système de la garde sociale	2008 (2015)
	Entente de collaboration concernant l'hébergement de crise au Saguenay-Lac-Saint-Jean (entre CSSS Jonquière, Cléo-Claveau, Maria-Chapdelaine, Domaine-du-Roy, Chicoutimi, Lac-Saint-Jean-Est et Organismes communautaires : P.A.S., Centre le Phare, RESSAC, maison du Cheminement	2009
	Entente de collaboration concernant l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires et de leurs proches (entre CSSS Lac-Saint-Jean-Est et Centre de prévention du Suicide Saguenay-Lac-Saint-Jean)	2009
03 CIUSSS de la Capitale-Nationale (CN)	Présentation – Projet de crise Portneuf	2013
	Diagramme – Loi P-38.001	n/d
	Entente (de service) entre CSSS Portneuf, CCQ, PECH, SQ Portneuf, CPSP (Québec et Portneuf) et Arc-en-ciel, Mirépi et Services ambulanciers Portneuf	2014
	Fiche – Informations à vérifier avant le déplacement	n/d
	Rapport annuel 2015-2016	2016
	Fiche – Avis d'une situation à risque pour la garde psychosociale	2017
	Rapport d'intervention garde psychosociale – Formulaire de suivi	2011 (2017)
	Entente entre CSSS de Charlevoix et le syndicat des professionnels des CLSC – CHSLD de Québec et de Chaudières Appalaches (CSN) – Disponibilité psychosociale (garde)	2010
	Entente entre CIUSSS-CN et Syndicat de professionnels techniciens du CIUSSS-CN – Territoire Charlevoix (Addendum disponibilité psychosociale – garde)	2016
	Calendrier de la garde psychosociale	2017
	Liste d'employés de la garde psychosociale	n/d
	Procédure – Saisie de statistiques pour la garde psychosociale	n/d
	Fonctionnement de la garde psychosociale –MRC de Charlevoix	n/d

	Documents reçus	Date de création (mise à jour)
	Entente (de collaboration) de soutien aux proches lors d'un suicide (Charlevoix) entre Sûreté du Québec (MRC de Charlevoix et MRC de Charlevoix-Est) et Centre de prévention du suicide de Charlevoix et CSSS de Charlevoix	2013
	Système d'informations sur les usagers	n/d
	Formation – CSSS de Portneuf	2014
	Résumé de lecture : Intervention en situation de crise et en contexte traumatique	2012
	Formation en intervention de crise : Cahier du participant (Centre de crise de Québec)	2014
	Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques- Structure d'intervention	n/d
04 CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Entente (de collaboration) pour les interventions en situation de crise sur le territoire du Haut-Saint-Maurice entre CSSS de la Saint-Maurice, la Sûreté du Québec et la Sécurité publique de La Tuque	2002
	Entente (de collaboration) pour les interventions en situation de crise et de crise suicidaire sur le territoire du Haut Saint-Maurice entre CSSS de la Saint-Maurice et Centre de prévention suicide du Haut-Saint-Maurice	2004
	Liste d'employés – Mesures d'urgence, intervenants psychosociaux	2017
	Guide d'application de la Loi P-38	2006
	Fiche – orientation lors de demandes psychosociales	n/d
	Entente (de collaboration) entre Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (programme santé mentale – adulte) et CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	2007
	Entente (de collaboration) entre CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska et Centre de présentation suicide de Trois-Rivières	2015
	Présentation des services psychosociaux généraux et santé mentale (CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska)	2009
	Entente (de collaboration) entre CSSS Bécancour – Nicolet-Yamaska et Taxi Nord-Sud- Gentilly	2014
	Entente (de collaboration) entre CSSS Bécancour – Nicolet-Yamaska et Taxi Pro-Xtrême - Nicolet	2014
	Entente (de collaboration) dans un contexte d'intervention en situation de crise entre CSSS Bécancour – Nicolet-Yamaska et La Chrysalide, maison d'hébergement communautaire en santé mentale	2015
	Rapport d'intervention – Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska)	2015
	Suivi étroit pour les personnes suicidaires - trajectoire	2013
	Statistiques d'intervention de crise dans le milieu 24/7	2017
	Le service de garde psychosociale – Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec	n/d (2015)
	Modalités de fonctionnement entre le SRISIS et les CSSS – Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec	n/d (2015)
	Calcul des volumes des demandes pour 24/7, DPJ et « MIR selon les RLS et les zones pour l'année 2015	2016
	Sommaire des gardes psychosociales régionales	2016
	Entente (de collaboration) ente CSSS de Trois-Rivières et la Sécurité publique de Trois-Rivières	2013
05 CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Description du service Urgence-détresse Régional - Estrie	n/d
	Critères de sortie et de priorisation – Relai de situation de crise par la centrale Info-Social	n/d
	Services d'intervention offerts – Jevi (Centre de prévention du suicide – Estrie)	n/d
	Guide des professionnels référents : programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE)	n/d
	Dépliant – Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	n/d
	Dépliant – Centre d'aide aux victimes d'actes criminels	2015
06-1 CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Protocole de dépistage et de prévention des personnes présentant un potentiel suicidaire en 1 ^{re} ligne	n/d (2016)
	Entente (de services) entre CSSS de l'Ouest-de-l'Île et le Centre de crise de l'Ouest de l'Île	n/d (2012)
06-2 CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	-	
06-3 CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Entente (de collaboration) entre le CSSS Jean-Mance et Suicide Action Montréal	2007
	Entente de référence et de collaboration entre Urgence psychosociale- Justice (UPS-J) et Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) de la région de Montréal (CSSS de la Pointe-de-l'Île)	2011

Documents reçus		Date de création (mise à jour)
	Plan d'orientation pour les nouveaux employés	n/d
	Mesures mises en place pour l'application de la Loi 38.001	n/d
	Formulaire – Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier	2015
	Formulaire – Référence interprofessionnelle	2015
	Formulaire de référence – Guichet d'accès en santé mentale	2015
	Outil d'estimation du risque d'homicide	n/d
	Description des services – Urgence psychosociale – Justice (UPS-J)	2017
06-4 CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	État de situation – Service d'intervention de crise dans le milieu 24/7	2017
	Entente de service entre CSSS d'Achunsiac et Montréal-Nord et l'Association IRIS (centre de crise)	2009
06-5 CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Cheminement d'une demande à la ligne d'intervention de l'équipe de crise Résolution	2016
	Procédure gestion des routes – équipe mobile de crise Résolution	n/d
	Description du service – équipe mobile de crise Résolution	2017
	Analyse prospective des risques – équipe mobile de crise Résolution	2017
	Programme d'accueil et d'intégration des nouveaux employés à l'équipe mobile de crise Résolution	2017
	Entente de partenariat – Procédure de référence de membres des Forces armées canadiennes (CSSS Lucille-Teasdale) vers le Centre de crise l'Appoint	n/d
	Entente de collaboration entre le service régional Info-Social et les centres d'intervention de crise de Montréal (non signée)	2017
07 CISSS de l'Outaouais	-	
08 CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Guide de référence sur l'organisation régionale des services psychosociaux en lien avec le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7	2015
	Performances périodiques – Service régional Info-Social Abitibi-Témiscamingue	2016
	Statistiques sorties terrain Info-Social	2016
09 CISSS de la Côte-Nord	Intervention face-à-face à la demande du service Info-Social 09	2015
10 Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	Évaluation des outils d'intervention destinés aux professionnels du service de Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	2016
	Cadre de référence relatif à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001)	2010
	Monitoring des références au suivi étroit	2016
	Programme d'enregistrement des clientèles du service Info-Social	2007
	Plan d'action régional 2013-2015 relatif à la Loi P-38	2013
	Service de garde psychosociale, secteur est : Règles de gestion	2009 (2010)
	Prévision du développement des compétences s'adressant aux intervenants du CRSSS de la Baie-James – Direction des programmes sociaux	2017
	Description des organisations partenaires dans le cadre de l'intervention de crise – secteur est	n/d (2016)
	Outil de réflexion, d'analyse et de priorisation des demandes	n/d
11-1 CISSS de la Gaspésie	Arbre décisionnel pour faire appel à l'intervenant de l'urgence psychosociale 24/7	2010
	Description du service – Urgence psychosociale 24/7	2010
	Entente de partenariat - Service d'urgence psychosociale 24/7 (MRC de la Haute-Gaspésie) entre CSSS de la Haute-Gaspésie, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles, Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts, les ambulances Radisson, Centre Louise-Amélie, Info-Santé CLSC, Sûreté du Québec, Agence de santé et de services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent	2011
	Entente de partenariat – Service d'urgence psychosociale 24/7 (Baie-des-Chaleurs : MRC Avignon et MRC Bonaventure) entre CSSS de la Baie-des-Chaleurs, les ambulances Radisson, Centre Accalmie, Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence, Service Secours Baie-des-Chaleurs, Sûreté du Québec, Agence régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Île-de-la-Madeleine, Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est-du-Québec (CAUREQ), Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles, Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent, Chimo Help Line, Info-Santé CLSC	2010

Documents reçus		Date de création (mise à jour)
	Entente de service entre CISSS de la Gaspésie (RLS de la Haute-Gaspésie) et Résidence Notre-Dame de la mer	2015
	Entente de partenariat pour le service d'urgence psychosociale 24/7 MRC du Rocher-Percé entre CISSS de la Gaspésie (Rocher Percé), Sûreté du Québec, Communic-Ami, Centre Émilie-Gamelin « Aide à la santé mentale » MRC du Rocher Percé, Maison Blanche Morin, Info-Santé	2013 (2016)
	Manuel de gestion – Urgence psychosociale 24/7 (CISSS de la Haute-Gaspésie)	n/d
11-2 CISSS des Îles	-	
12 CISSS de Chaudière-Appalaches	Territoire et statistiques de référence par semaine	2017
	Description du service – Partenaires et trajectoire de service	2016
13 CISSS de Laval	Description du service par le gestionnaire	2017
	Synthèse de l'accès aux services pour les personnes en situation de crise à Laval	n/d
14 CISSS de Lanaudière	Guide des référents – Crise familiale Lanaudière – Direction de la protection de la jeunesse	2016
	Document de référence régionale – Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c.P-38.001)	2003
	Fiche de liaison Loi P-38.001	2012
	Guide d'accueil et d'orientation du nouvel intervenant à l'Info-Social et à l'Équipe mobile de crise	2017
	Description du service par le gestionnaire	2017
	Procédure de fonctionnement entre l'Info-Social, l'équipe mobile de crise et la garde psychosociale	2015
	Power point : Info-Social (811) et équipe mobile de crise	2015
	Offre de service Crise familiale Lanaudière 2016-2017	n/d
	Offre de service du point de service l'Épiphanie	n/d
	Présentation des services psychosociaux généraux – CISSS de Lanaudière (RLS Sud)	n/d
15 CISSS des Laurentides	-	
16-1 CISSS de la Montérégie-Centre	Description des services par le gestionnaire	2017
	Centres de crise sur le territoire	n/d
	Rapport annuel d'activités 2015-2016	2016
16-2 CISSS de la Montérégie-Est	Description des services par le gestionnaire	2017
16-3 CISSS de la Montérégie-Ouest	Entente de service entre le CISSS du Suroît et le Centre d'intervention de crise Le Tournant	2012
	Entente entre le CISSS du Suroît, la Sûreté du Québec (postes de la MRC Beauharnois-Salaberry, poste de la MRC Vaudreuil-Soulanges et poste de la MRC du Haut-Saint-Laurent) et Le Tournant	2012
	Entente de collaboration entre le CISSS Jardins-Roussillon et le Centre d'intervention de crise de la Maison sous les arbres	2008
	État de situation des services d'intervention de crise dans le milieu sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest	2017
	Aide-mémoire : Critères de mise en priorité	2016
	Rapport d'intervention : Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire	2013
	Échange équipe services généraux – L'accès à l'information, une question éthique	2013
	Politique relative à la confidentialité	2016
17 Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Baie d'Ungava)/Centre de santé Inuulitsivik (Baie-d'Hudson)	Description des services par le gestionnaire	
	Résumé – Rôles et responsabilité de chaque intervenant (P-38.001)	2013
	Aide-mémoire – Estimation de la dangerosité en fonction de l'état mental	n/d
	Rapport psychosocial – Estimation de l'état mental	n/d
	Formulaire de garde préventive	n/d
18 Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	Protocole d'intervention – protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui	2013
	Description des services par les gestionnaires	2017

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

