



**MÉMOIRE DE LA TABLE  
DES DIRECTIONS ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)  
DU QUÉBEC**

Projet de loi n° 10, loi modifiant l'organisation et la  
gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux

**Présenté à la  
Commission de la santé et des services sociaux**

Le 4 novembre 2014

Le projet de loi 10 souhaite revoir la gouverne des établissements de santé et de services sociaux et améliorer l'accès, la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et services. Le présent mémoire a donc pour but de faire connaître pourquoi et comment la fonction de directeur des services multidisciplinaires (DSM) a pris naturellement racine dans plusieurs établissements de santé et services sociaux du Québec. Elle s'est présentée à titre de réponse novatrice et adaptée aux besoins transversaux de sécurité, de qualité et d'optimisation clinique et organisationnelle, le tout en étroite collaboration avec la direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers. Les DSM s'acquittent de leur fonction dans une approche multidisciplinaire intégrée et réunissent des «conseillers cliniques» au niveau psycho-social, en réadaptation et au niveau diagnostic/soutien. Notre expérience nous indique que ce type de direction multidisciplinaire favorise grandement la performance clinique et interprofessionnelle au bénéfice de la clientèle.

Les DSM jouent un rôle essentiel de soutien à la sécurité, à l'innovation, à l'amélioration continue des pratiques cliniques et à l'optimisation de l'organisation du travail. Les interventions des DSM ciblent la pertinence, l'efficacité et l'efficience clinique des professionnels du conseil multidisciplinaire œuvrant aux divers niveaux du continuum de soins et services.

## 1. Historique

La première direction des services multidisciplinaires est créée il y a quinze ans. Entre 2003 et aujourd'hui, plusieurs directeurs généraux de CSSS et de centres universitaires ont identifié le même besoin de cohérence transversale et interprofessionnelle. Le fonctionnement par programme clientèle, la création des CSSS et la loi – modifiant le Code des professions (Loi 90 et PL21) ont fait ressortir le besoin de standardisation des pratiques professionnelles, la nécessité d'améliorer les continuums de service et d'assurer une meilleure collaboration interprofessionnelle, d'où la pertinence de créer des DSM.

Dès 2006, les DSM de Montréal ont créé la table des DSM. La table regroupait alors les DSM de l'île de Montréal. Les régions limitrophes se sont vite jointes à cette table si bien que la table rejoint maintenant les DSM du Québec depuis plusieurs années. La table regroupe près de trente-cinq (35) DSM à travers le Québec (27 CSSS, 5 Hôpitaux universitaires et deux instituts). En 2014, de concert avec les directeurs généraux, l'Association Québécoise des établissements de santé et services sociaux (AQESSS) crée le comité national de concertation des DSM, aussi appelé le CNC-DSM.

En complémentarité avec le CNC-DSM, la table des DSM du Québec exerce notamment un leadership dans l'élaboration de lignes directrices, de modèles et de cadres de référence pour soutenir le travail des DSM dans les établissements.<sup>1</sup> La table vise également un partenariat avec les Ordres professionnels afin d'assurer la qualité des actes professionnels, et ce afin de garantir la protection du public et la collaboration interprofessionnelle. De plus, la table des DSM du Québec contribue à une meilleure hiérarchisation des services. À titre d'exemple, lors de l'application du PL21, la table a assuré la mise en place conforme et sans heurt de cette nouvelle loi, en collaboration avec l'AQESSS et l'Office des professions, et ce tout en s'assurant de la meilleure qualité au meilleur coût (exemple : rôle de Techniciens en Travail Social et Travailleurs Sociaux en Soins à domicile). Enfin, la table a établi des liens de collaboration et d'échange avec l'Association des Conseils Multidisciplinaires du Québec (ACMQ), association qui regroupe l'ensemble des Conseils Multidisciplinaire du Québec.

Pour ce qui est des centres jeunesse, des centres de réadaptation en déficience physique et des centres de réadaptation en dépendance, il existe déjà des directions de type professionnel, postes tenus par des professionnels du Conseil multidisciplinaire, et qui ont essentiellement des fonctions similaires aux DSM dans les CSSS, hôpitaux et instituts.

<sup>1</sup> Exemple: Projet d'organisation du travail pour le personnel de la catégorie des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux dans les domaines des services sociaux et de la santé mentale ainsi qu'en réadaptation. CSSS de Laval, 2013.

## 1.1 Rôle des directeurs de services multidisciplinaires

À l'instar du directeur des services professionnels (DSP) et du directeur des soins infirmiers (DSI) qui s'occupe entre autres, de la qualité des actes professionnels, le DSM exerce un rôle de vigie, de qualité et d'organisation du travail auprès de tous les autres professionnels (services sociaux, réadaptation, techniques diagnostiques, nutrition clinique, psychologie...). Le DSM s'assure de la qualité et de la sécurité des services offerts à la population par le développement de pratiques professionnelles probantes, efficaces et efficaces au long du continuum de soins et services. Le DSM s'assure du développement des compétences des professionnels afin que les services soient conformes aux standards des Ordres professionnels. Le DSM collabore également pour les questions éthiques et légales concernant les professionnels relevant du conseil multidisciplinaire.

Afin d'assurer le recours à une main-d'œuvre suffisante et qualifiée, le DSM coordonne la prestation de stages de formation de qualité et collabore étroitement à la dotation des postes professionnels. Il participe également à l'amélioration continue des profils de compétences des professionnels adaptés aux clientèles desservies. Le DSM joue un rôle prépondérant dans la révision des pratiques cliniques en lien avec les besoins changeants de la clientèle. De par son approche multidisciplinaire, il exerce souvent un rôle de promotion et d'implantation du partenariat de soins et services, incluant le concept de « partenariat patient » et de « pratique collaborative ». Le DSM est au premier plan, en appui aux programmes clientèle, lorsqu'il s'agit de modifier l'organisation du travail en lien avec la qualité, l'innovation et la recherche d'efficacité au plan des pratiques professionnelles.

De par la diversité de sa composition, le DSM contribue à bonifier la réflexion sur les pistes d'amélioration et les solutions afin d'améliorer la performance du réseau et ainsi, répondre aux défis populationnels, professionnels et organisationnels. Enfin, comme nous l'avons mentionné, le DSM partage la responsabilité de développer l'expertise et la performance clinique des professionnels au profit d'une meilleure accessibilité et sécurité le tout dans une perspective de continuums de soins et services efficaces entre établissements et en partenariat avec la communauté.

Le DSM, tout en collaborant avec les professionnels issus du Collège du Conseil multidisciplinaire<sup>2</sup>, favorise donc l'harmonisation des pratiques, la hiérarchisation des services (le bon service par le bon professionnel au bon endroit, au bon moment, avec la bonne intensité), assurent une organisation efficace et efficiente des services tout au long du continuum, de l'accueil psychosocial pour toutes les clientèles, arriment les guichets d'accès, s'assurent de la reddition de comptes pour tous (social, réadaptation, technologues...) et ce, préconisant une approche intégrée. Dans certains centres affiliés ou universitaires, le DSM s'investit dans le développement et le soutien de la recherche clinique professionnelle en appui à la mission organisationnelle.

## 2. Exposé général

### **Demande de modification à la loi du système de santé et des services sociaux - un Directeur/trice des Services multidisciplinaires pour chaque Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS).**

D'emblée, la table des DSM du Québec souscrit entièrement aux objectifs du projet de Loi 10, entre autres, réviser la gouvernance, diminuer la bureaucratisation administrative et clinique, favoriser la collaboration interprofessionnelle (médecins, infirmières, professionnels), optimiser les ressources, améliorer la performance et l'efficacité des services dans le but ultime de permettre une meilleure intégration et accessibilité aux services.

À ce jour, la loi sur les services de santé et des services sociaux oblige tout établissement, qui exploite un centre hospitalier ou toute instance locale, de nommer un directeur des services professionnels, qui doit être un médecin, ainsi qu'un directeur des soins infirmiers qui doit être un infirmier (ère), un responsable

<sup>2</sup> Voir liste des professionnels membres des Conseils multidisciplinaires en annexe 1.

des services de sage-femme, qui doit être une sage-femme. Ces directions surveillent et contrôlent la qualité des soins dispensés, collaborent à la surveillance des activités réservées, s'assurent de l'élaboration des règles de soins ainsi que de la distribution appropriée des services. Aucun directeur n'est toutefois prévu, au sens de la loi, pour l'ensemble des professionnels relevant du Conseil multidisciplinaire.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, dans son document sur la gouverne des soins, fait ressortir dans leur dépliant<sup>3</sup>, plusieurs arguments sur la pertinence d'une direction des soins infirmiers. Le 17 avril 2013, la table des DSM du Québec conviait plusieurs Ordres professionnels<sup>4</sup> à une rencontre d'échanges au cours de laquelle les mêmes constats ont émergé à l'effet que la nomination d'un directeur des services multidisciplinaires est nécessaire :

- Parce que les services de ces différents professionnels sont des activités essentielles dans nos établissements modernes de santé et services sociaux.
- Parce que ces professionnels représentent 26 % du personnel professionnel du réseau de la santé et des services sociaux.<sup>5</sup>
- Parce que ces professionnels représentent un aspect important tant pour les services de santé en milieu hospitalier que pour les services de maintien à domicile, de réadaptation physique et sociale et de prévention, et ce, dans toutes les sphères d'activités du réseau de la santé et des services sociaux.
- Parce qu'une vision multidisciplinaire transversale dans tous les programmes de santé et de services sociaux est nécessaire pour éviter de reproduire une gestion en silo.
- Parce que le maintien et le développement des compétences cliniques ainsi que le soutien clinique sont à la base d'une organisation professionnelle compétente et novatrice.
- Parce que la prestation sécuritaire des soins et services requiert une gestion serrée<sup>6</sup> et parce que les professionnels des services multidisciplinaires ont un rôle à jouer tant dans la prestation des services que dans la prévention d'événements indésirables. (prévention des chutes, contention, préventions et traitements des plaies...).
- Parce que la détermination des qualifications, l'encadrement clinique, la structure des équipes professionnels sont reliés à la qualité et à la sécurité des soins.

D'autres besoins d'arrimage et de collaboration ont également ressorti entre les Ordres professionnels et la table DSM du Québec. La table est préoccupée par la nécessité de réduire la bureaucratie administrative et clinique, souvent déplorée par plusieurs professionnels. De concert avec les Ordres professionnels, la table compte exercer un leadership constructif pour favoriser l'innovation et l'optimisation clinique dans un contexte de collaboration interprofessionnelle et de partenariat avec la clientèle tout au long du continuum de soins et services. À titre d'exemple, la table et les Ordres professionnels vont partager prochainement des enjeux communs tels :

- La réduction du temps de rédaction de dossiers.
- L'augmentation des compétences de collaboration interprofessionnelle et la formation continue.
- L'utilisation optimale des professionnels en GMF en complémentarité avec le médecin en vue d'une accessibilité accrue aux GMF.

<sup>3</sup> Ordre des infirmières et infirmiers (2004) : La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation des services intégrés. <http://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/Gouverne.pdf>

<sup>4</sup> Étaient présents la grande majorité des Ordres professionnels représentant les 3 grandes catégories du conseil multidisciplinaire : psychosocial, réadaptation et secteur diagnostic/support et technique

<sup>5</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux : statistiques pour 2007-2008. [http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats\\_sss/index.php?id=130,75,0,0,1,0](http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=130,75,0,0,1,0)

<sup>6</sup> Veillette, M.; Luc, D.; Rondeau, A. (2004) : La transformation de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont : réflexion, consultations et mise en œuvre d'un nouveau mode de gestion des soins et des services : l'élaboration du nouveau modèle de gestion des soins et des services. Revue internationale de @S en gestion, vol. 2, no 1. [http://zonecours.hec.ca/documents/H2009-1-1966214.30-411-96\\_Cas.pdf](http://zonecours.hec.ca/documents/H2009-1-1966214.30-411-96_Cas.pdf)

### 3. Loi existante

La loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit :

- La nomination, le rôle et les fonctions du directeur des services professionnels aux articles 202 à 205.
- La nomination, le rôle et les fonctions du directeur des soins infirmiers aux articles 206 à 208.
- La nomination, le rôle et les fonctions du responsable des services de sage-femme aux articles 208.2 et 208.3.

Aucun article ne prévoit la nomination, le rôle et les fonctions du directeur des services multidisciplinaires afin de :

- Surveiller et contrôler la qualité des soins dispensés par ces professionnels.
- S'assurer de l'élaboration de cadre de référence sur les pratiques cliniques qui tiennent compte à la fois de la nécessité de rendre des services adéquats, sécuritaires, de qualité et efficaces aux usagers et des ressources dont dispose l'établissement, et ce, en interdisciplinarité.
- S'assurer de l'organisation efficace des soins et services des professionnels du conseil multidisciplinaire tout au long du continuum de soins et services dans un contexte de collaboration interprofessionnelle et d'intégration du réseau.
- Veiller au bon fonctionnement des comités du Conseil multidisciplinaire et s'assurer que ce conseil apprécie adéquatement les actes professionnels posés dans le centre.
- Assurer le développement des compétences en fonction des besoins populationnels.
- Assurer le développement de l'enseignement et la recherche dans ces différentes disciplines.

### 4. La fonction essentielle de « directeur/trice des services multidisciplinaires »

Considérant la mise en œuvre du projet de loi 10 avec la création des CISSS, des CHUS et Instituts avec mission supra régionale;

Considérant les objectifs du projet de loi 10 soit la révision de la gouverne des établissements de santé et de services sociaux, l'amélioration de l'accès, de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité et de l'efficience des soins et services;

Considérant l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux et la mise en place de réseaux régionaux et supra régionaux de services de santé et de services sociaux axés sur la proximité et la continuité des services;

Considérant la forte masse critique des effectifs professionnels, universitaires et techniques suite à la création des nouveaux établissements qui comprendront, outre la mission hospitalière, de première ligne et d'hébergement, les missions de réadaptation et de protection de la jeunesse et de l'enfance; les professionnels des conseils multidisciplinaires représentent déjà plus du quart des effectifs professionnels des établissements du réseau;

**Considérant la définition dans la loi de santé et services sociaux de trois grandes communautés professionnelles favorisant la santé humaine au plan bio-psycho-social, soit :**

- **Les médecins, dentistes et pharmaciens.**
- **Les infirmières, infirmiers et tous les autres personnels de soins infirmiers.**
- **Les professionnels du conseil multidisciplinaire (réadaptation, nutrition clinique, services psychosociaux, inhalothérapeutes, technologues, techniciens, autres).**

Considérant le rôle essentiel, exigeant et continu que doivent exercer les trois conseils professionnels dans les établissements, soit le CMDP, le CII et le CM (s'assurer notamment de la qualité de la pratique professionnelle ainsi que de l'organisation scientifique et technique);

Considérant le besoin d'appui des trois conseils professionnels et le besoin de cohérence organisationnelle se traduisant par la complémentarité de trois directeurs professionnels distincts dont la formation clinique correspond au conseil dont il est imputable;

Considérant le besoin d'appliquer les meilleures pratiques cliniques basées sur les données probantes, dont celles reliées au partenariat de soins et services avec les patients;

Considérant les liens de collaboration multidisciplinaire et interdisciplinaire et d'innovation entre les Ordres professionnels, les maisons d'enseignement et les directions des établissements dans une perspective de qualité, de sécurité et de performance clinique au bénéfice de la population;

Considérant l'évaluation continue et le développement des compétences cliniques à la base d'une organisation professionnelle compétente, novatrice et performante pour répondre aux besoins spécifiques de la clientèle;

Considérant le rôle accru qu'exercent les professionnels tant dans la prestation sécuritaire des services que dans la prévention d'événements indésirables (à titre d'exemple, prévention et évaluation du risque suicidaire, contentions, plaies, chutes, médication, protection du majeur inapte, etc.);

Considérant le lien étroit qui existe entre les qualifications professionnelles, le recrutement, l'encadrement clinique, la structure des équipes et la qualité/sécurité/performance des soins et services de même que la nécessité d'harmoniser les pratiques professionnelles à moindre coût;

#### **En conséquence, la table des DSM du Québec :**

- Tient à rappeler la fonction essentielle et contributive des directions des services multidisciplinaires au leadership des pratiques cliniques au sein des comités de direction des établissements.
- Affirme sa détermination à contribuer à la qualité et à la performance clinique des professionnels en étroite collaboration avec les autres directions professionnelles et cliniques concernées.

## **5. Recommandations**

La Table des DSM du Québec recommande qu'une modification à la loi soit considérée en regard de la nomination de directeur des services multidisciplinaires, dont la formation clinique fait partie du conseil multidisciplinaire. Sans exclure d'autres mandats, le DSM est responsable<sup>7</sup> de :

1° surveiller, contrôler la qualité des services multidisciplinaires et s'assurer de la distribution appropriée des services multidisciplinaires dispensés dans le Centre intégré de santé et de services sociaux, le CHU et l'Institut avec mission supra régionale.

1.1° assurer la surveillance des activités professionnelles selon les lois et normes en vigueur (notamment la Loi 90 et le PL 21).

1.2° tenir, superviser et mettre à jour un registre des professionnels habilités à exercer l'une ou plusieurs des activités réservées prévues au Code des professions.

2° s'assurer de l'organisation efficace des soins et services des professionnels du conseil multidisciplinaire tout au long du continuum de soins et services dans un contexte de collaboration interprofessionnelle et d'intégration du réseau.

<sup>7</sup> Ces responsabilités sont en cohérence avec celles dévolues dans la loi sur les services de santé et les services sociaux au directeur des services professionnels (art. 202) et au directeur de soins infirmiers (art. 206)

2.1° s'assurer de l'élaboration et de l'application de règles, protocoles cliniques qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services efficaces et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement.

3° veiller au bon fonctionnement des comités du conseil multidisciplinaire et s'assurer que celui-ci puisse s'acquitter de ses mandats et apprécier adéquatement les actes professionnels posés dans l'établissement.

4° assurer le développement de la pratique professionnelle et des compétences des professionnels en fonction des orientations ministérielles, organisationnelles et populationnelles.

5° assurer le développement de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des méthodes d'intervention dans ces différentes disciplines.

6° s'assurer de soutenir la réflexion éthique et répondre aux aspects légaux directement reliés aux disciplines professionnelles concernées.

## 5.1 Conséquences d'une telle solution

- Cette solution n'a aucune conséquence sur les activités réglementaires de l'état.
- Avec la création ces Centres intégrés de santé et de services sociaux, tous auront déjà un sinon plus d'un équivalent d'une DSM, cela n'ajoutera donc pas de coût additionnel. Ceci devrait avoir une incidence nulle sur les coûts reliés au programme de retraite des cadres.
- Les solutions proposées n'ont aucune incidence sur les relations intergouvernementales puisque ces activités et lois sont de la compétence du gouvernement du Québec.
- Il n'existe aucune implication territoriale, soit sur les régions, sur la Capitale nationale ou sur la métropole.

**En somme, en synergie avec les objectifs du projet de loi 10, cette recommandation constitue une occasion unique d'améliorer la cohérence organisationnelle des établissements de santé et de services sociaux. Les DSM permettent une représentativité unifiée des différentes disciplines professionnelles. Si cette recommandation était retenue, nous croyons sincèrement que cela améliorera le fonctionnement clinique intra organisationnelle, les continuums de soins et services et la collaboration interprofessionnelle. Du même coup, ce serait un élément d'innovation rassembleur, comme l'avait fait à l'époque l'honorable Marc-Yvan Côté en intégrant les conseils multidisciplinaires dans la LSSSS. Ces éléments font partie des ingrédients essentiels à une performance optimale et durable des établissements de santé et de services sociaux nouvellement créés.**

**Au nom de la Table des DSM du Québec,**

**Benoit Tétreault, M.O.A., M.A.P., Président**

*Ont collaboré à la rédaction de ce mémoire :*

*Mme Sandrine Billeau, travailleuse sociale, DSM CSSS Pierre-Boucher*

*Mme Monique Boudreau, M.S.S. vice-présidente TDSMQ, DSM CSSS Jardins-Roussillon*

*Mme Sylvie Martel, inhalothérapeute, adjointe DSM Hôpital Maisonneuve-Rosemont*

*Mme Jasmine Martineau, physiothérapeute, DSM Centre hospitalier universitaire de Québec*

*Mme Pascale Pereira, nutritionniste, DSM et adjointe DSPH, Hôpital Santa-Cabrini*

*M. Louis Rocheleau, sociologue, Directeur des services professionnels, de la qualité et des activités universitaires Centre de réadaptation Lucie-Bruneau*

*M. Benoît Tétreault, orthophoniste, président TDSMQ, DSM CSSS de Laval*

*M. Paul C. Veilleux, psychologue, président sortant TDSMQ*

**ANNEXE I – CATÉGORIES DE DOMAINES D'ACTIVITÉ** (tiré du Règlement sur la régie interne du conseil multidisciplinaire d'un établissement public de santé et de services sociaux, AQESSS octobre 2006)

- toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire;
- et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement.

**SANTÉ PHYSIQUE**

- Agent ou agente de planification et de programmation sociosanitaire;
- Archiviste médical ou archiviste médicale;
- Archiviste médical ou archiviste médicale (chef d'équipe);
- Assistant-chef ou assistante-chef du service des archives;
- Assistant-chef ou assistante-chef inhalothérapeute ou assistant-chef
- Technicien ou assistante-chef technicienne de la fonction respiratoire;
- Assistant-chef ou assistante-chef technologiste;
- Assistant-chef ou assistante-chef technologue en radiologie;
- Assistant-chef technicien ou assistante-chef technicienne en diététique;
- Assistant-chef technicien ou assistante-chef technicienne en électrophysiologie médicale;
- Assistant-chef technologiste médical ou assistante-chef technologiste médicale ou assistant-chef technicien ou assistante-chef technicienne de laboratoire;
- Assistant ou assistante en pathologie;
- Bactériologiste;
- Biochimiste;
- Chargé ou chargée de l'enseignement clinique (inhalothérapeute);
- Conseiller ou conseillère en alimentation (sans internat);
- Coordonnateur ou coordonnatrice technique en électrophysiologie médicale;
- Coordonnateur ou coordonnatrice technique (inhalothérapie);
- Coordonnateur ou coordonnatrice technique (laboratoire);
- Coordonnateur ou coordonnatrice technique (radiologie);
- Cyto-technologiste;
- Diététiste professionnel-nutritionniste ou diététiste professionnelle-nutritionniste ou diplômé ou diplômée universitaire en diététique;
- Hygiéniste dentaire ou technicien ou technicienne en hygiène dentaire;
- Hygiéniste du travail;
- Ingénieur biomédical ou ingénieure biomédicale;
- Inhalothérapeute ou technicien ou technicienne de la fonction respiratoire;
- Instituteur ou institutrice clinique (laboratoire);
- Instituteur ou institutrice clinique (radiologie et laboratoire);
- Photographe médical ou photographe médicale;
- Technicien ou technicienne en circulation extra-corporelle;
- Technicien ou technicienne en diététique;
- Technicien ou technicienne en électrodynamique;
- Technicien ou technicienne en électro-encéphalographie;
- Technicien ou technicienne en électrophysiologie médicale;
- Technicien ou technicienne en génie biomédical;
- Technicien ou technicienne en hémodynamique;
- Technicien ou technicienne en hygiène du travail;
- Technicien ou technicienne en physiologie cardio-respiratoire;
- Technologiste en hémodynamique;
- Technologiste médical ou technologiste médicale ou technicien de laboratoire médical diplômé ou technicienne de laboratoire médical diplômée;
- Technologue en médecine nucléaire;
- Technologue en radiodiagnostic;
- Technologue en radio-oncologie;
- Technologue spécialisé ou technologue spécialisée en radiologie.

#### SERVICES PSYCHOSOCIAUX

- Agent ou agente de planification et de programmation des services sociaux;
- Agent ou agente de relations humaines;
- animateur ou animatrice communautaire;
- animateur ou animatrice de pastorale;
- Conseiller ou conseillère en enfance inadaptée;
- Criminologue;
- Éducateur ou éducatrice;
- Organisateur ou organisatrice communautaire;
- Psycho-éducateur ou psycho-éducatrice ou spécialiste en réadaptation psychosociale;
- Psychologue ou thérapeute du comportement humain;
- Technicien ou technicienne en assistance sociale;
- Technicien ou technicienne en éducation spécialisée;
- Technicien ou technicienne en gérontologie;
- Technicien ou technicienne en loisirs;
- Travailleur ou travailleuse communautaire;
- Travailleur social professionnel ou travailleuse sociale professionnelle ou agent ou agente d'intervention en service social.

#### RÉADAPTATION

- Assistant-chef ou assistante-chef physiothérapeute;
- Audiologiste-orthophoniste ou thérapeute de la parole, du langage et de la communication;
- Audiologiste ou thérapeute de l'ouïe;
- Audioprothésiste;
- Chargé ou chargée de l'enseignement clinique (physiothérapie);
- Éducateur physique ou éducatrice physique;
- Ergothérapeute ou thérapeute de la réadaptation fonctionnelle par l'activité;
- Orthésiste-prothésiste;
- Orthopédagogue;
- Orthophoniste ou thérapeute de la parole, du langage et de la communication;
- Physiothérapeute ou diplômé universitaire ou diplômée universitaire en réadaptation physique;
- Rééducateur ou rééducatrice en psychomotricité;
- Responsable d'unité de vie ou de réadaptation;
- Technicien ou technicienne en orthèse/prothèse;
- Technicien ou technicienne en réadaptation.

N.B. Aux fins de cette liste, le domaine d'activité auquel une personne cadre est rattachée est déterminé en fonction du diplôme dont elle est titulaire.

*Liste non-exhaustive*

## ANNEXE 2

### Brève bibliographie (articles et documents produits)

CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (juin 2009) : Règlement sur la régie interne du Conseil multidisciplinaire du CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent

CSSS Jardins-Roussillon –DSM (octobre 2010): Cadre de référence de la pratique psychosociale.

CSSS Jardins-Roussillon –DSM (août 2012): Encadrement pratique professionnelle-Démarche intégrée.

CSSS Jardins-Roussillon et CSSS Pierre Boucher (janvier 2011) : Guide de soutien à la pratique professionnelle basée sur l’approche par compétence.

CSSS de Laval (mars 2014-avril 2015): Soutien au déploiement de professionnels et infirmières cliniciennes en GMF pour assurer la qualité et l’accessibilité des services professionnels à l’intérieur du continuum de soins.

CSSS de Laval (juillet 2010-janvier 2013): Mesure des impacts –Projet d’optimisation Catégorie IV.

Tétreault, Benoit (2014) : Direction des services multidisciplinaires en CSSS : pour une performance professionnelle accrue et de qualité. Le point en administration de la santé et des services sociaux, Vol 10, no 2.

Veilleux, P.C. (2010) : Réforme du système de santé et des services sociaux : une réforme à compléter. Le point en administration de la santé et des services sociaux, vol 6, no 1 (printemps 2010).