



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

Cadre de référence

**Les ressources intermédiaires
et les ressources de type familial**

Avril 2014

Édition :

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

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

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70244-3 (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, 2014

MOT DU SOUS-MINISTRE ASSOCIÉ

L'adoption de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives de même que la conclusion des ententes collectives et nationales avec les différentes associations et les organismes représentatifs des ressources intermédiaires et des ressources de type familial conduisent à des modifications importantes des cadres législatif, réglementaire et administratif entourant ces ressources.

Tous ces changements posent des défis d'envergure aux différents acteurs qui participent à la prestation des services et commandent de nouvelles façons de faire tout en assurant la qualité des services rendus aux usagers confiés aux ressources intermédiaires et de type familial.

3

CADRE
DE
RÉFÉRENCE
RI-RTF

Les établissements s'impliquent au premier plan dans l'implantation et le suivi de ces changements à titre d'interlocuteurs privilégiés avec les ressources. Forts de leur mission, dévolue par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, d'accueillir, d'évaluer, d'orienter et de coordonner la réponse aux besoins des usagers, ils ont en plus la responsabilité du recrutement et de l'évaluation des postulants, du suivi professionnel des usagers et du contrôle de la qualité des services rendus par eux-mêmes et par la ressource.

Les ressources, quant à elles, font partie du continuum de services du réseau de la santé et des services sociaux. Les établissements et les ressources doivent agir dans un esprit de partenariat au regard de la prestation des services de qualité à être rendus aux usagers.

Le présent cadre de référence vise, notamment, à soutenir les établissements dans l'organisation, la gestion et la prestation des services en RI-RTF, à harmoniser les pratiques et à encourager le développement de relations harmonieuses avec ces ressources.

Le Ministère est heureux de présenter ce cadre de référence qui a été élaboré à partir des meilleures pratiques et qui prône le maintien de l'utilisateur au cœur de l'intervention.

Sylvain Gagnon

Sous-ministre associé
Direction générale des services sociaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

REMERCIEMENTS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à la publication du présent cadre de référence.

Direction et coordination des travaux

- Pascale Lemay *Directrice de projet pour la mise en œuvre de la LRR, MSSS*
- André Lavoie *Coordonnateur du chantier ressource, MSSS*

Recherche, élaboration et rédaction

- Marie-Josée Prince *Responsable du dossier, MSSS*

Secrétariat, correction et mise en forme

- Nathalie Bournon *MSSS*

Comité de travail ministériel

- Marie-Josée Audette *ACJQ*
- Nicole Beaudoin *AERDPQ*
- Anne-Marie Cloutier *AQESSS*
- Sylvie Desmarais *ACJQ*
- Daniel Filion *MSSS*
- Diane Jutras *MSSS*
- Stéphanie Gadoury *ACJQ*
- Monique Nadeau *FQCRDITED*
- Marc Plamondon *MSSS*
- Marie-Josée Prince *MSSS*
- Johanne Rhainds *MSSS*
- Chantale Tremblay *ACJQ*
- Brigitte Vincent *ACRDQ*

Collaboration au contenu de certains chapitres

- Chantal Bouchard *Université Laval*
- Stéphanie Lelièvre *Avocate*
- Julie Couture *MSSS*
- Marc-André Groleau *MSSS*
- Daniel Filion *MSSS*

Collaboration à la validation des travaux

- Programmes-services *MSSS*
- Direction de projet pour la mise en œuvre de la LRR *MSSS*
- Direction des services hospitaliers et des affaires universitaires *MSSS*
- Direction générale du personnel réseau et ministériel *MSSS*

Collaboration spéciale à la validation des travaux concernant la qualité

- Chantal Bouchard *Université Laval*
- Marie-Anne Bracco *Conseil québécois d'agrément*
- Danielle Dorschner *Agrément Canada*
- Guillaume Ducharme *AQESSS*
- Robert Granger *Conseil québécois d'agrément*
- France Laverdière *Direction de l'éthique et de la qualité, MSSS*
- Marie-Pascale Pomey *INESSS*

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	15
INTRODUCTION.....	19
MISE EN CONTEXTE, HISTORIQUE ET PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES RESSOURCES	
INTERMÉDIAIRES ET DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	23
1.1 HISTORIQUE DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL	23
1.1.1 RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	23
1.1.2 RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	24
1.2 CHANGEMENTS LÉGISLATIFS, DÉFIS ET OPPORTUNITÉS POUR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	25
1.3 PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES RESSOURCES ET DES CLIENTÈLES	27
PRÉSENTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE	31
2.1 À QUI S'ADRESSE LE CADRE DE RÉFÉRENCE	31
2.2 CONCEPTION ET ARCHITECTURE DU CADRE DE RÉFÉRENCE	32
2.2.1 COMITÉ DE TRAVAIL MINISTÉRIEL	32
2.2.2 L'USAGER : AU CŒUR DES TRAVAUX	32
2.2.3 INTERPRÉTATION DES TERMES « USAGER » ET « RESSOURCE »	33
2.2.4 PORTÉE DU CADRE DE RÉFÉRENCE	33
2.3 ASSISES DU CADRE DE RÉFÉRENCE	34
2.3.1 ASSISES LÉGALES.....	34
2.3.2 ASSISES CONCEPTUELLES.....	35
2.3.2 ASSISES ADMINISTRATIVES	35
2.3.4 ASSISES CONTRACTUELLES.....	35
2.4 ORIENTATIONS ET PRINCIPES DIRECTEURS	36
2.5 OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE	40
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL	43
3.1 ASPECTS LÉGAUX	43
3.2 RESSOURCE ET SES COMPOSANTES	44
3.3 TYPES DE RESSOURCES	45
3.4 RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	45
3.5 TYPES D'ORGANISATIONS RÉSIDENTIELLES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	46
3.6 RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	47
3.7 LIMITATIONS D'EXERCICE EN RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	49
3.8 RECONNAISSANCE PAR L'AGENCE	50
3.9 RÉGIME DE REPRÉSENTATION	51
3.9.1 RESSOURCE VISÉE PAR LA LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES	51
3.9.1.1 APPLICATION.....	51
3.9.1.2 EFFETS	51
3.9.1.3 ENCADREMENT DU DROIT D'ASSOCIATION	52
3.9.1.4 ENCADREMENT DU DROIT À LA REPRÉSENTATION	52
3.9.1.5 ENCADREMENT DU DROIT À LA NÉGOCIATION	53
3.9.1.6 RESSOURCES NON REPRÉSENTÉES	54
3.9.2 RESSOURCE NON VISÉE PAR LA LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES	55
3.9.2.1 APPLICATION.....	55

3.9.2.2	EFFETS	55
3.9.2.3	DROIT D'ASSOCIATION	56
3.9.2.4	DROIT À LA NÉGOCIATION.....	56
3.9.2.5	ABSENCE D'ENTENTE.....	57
3.10	SERVICES DEVANT ÊTRE RENDUS PAR UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE OU DE TYPE FAMILIAL	57
3.10.1	MILIEU DE VIE	57
3.10.2	SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE.....	58
3.10.3	SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS	58
3.10.4	SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS.....	61
3.10.5	ACTIVITÉS DÉLÉGUÉES	63
3.10.6	NIVEAU DE SERVICES.....	64
3.11	ABSENCE TEMPORAIRE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA RESSOURCE	64
3.12	DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT	64
3.13	RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	66
3.13.1	PLAINTÉ D'UN USAGER	66
3.13.2	RECOURS AU PROTECTEUR DES USAGERS.....	67
3.13.3	POUVOIR D'INTERVENTION DU CLPQS	68
3.13.4	POUVOIR D'INTERVENTION DU PROTECTEUR DES USAGERS	68
3.13.5	PROTECTIONS	69
3.14	DROIT DE POURSUIVRE	69
3.15	DONATION ET LEGS	69
3.16	CODE D'ÉTHIQUE POUR LA RESSOURCE INTERMÉDIAIRE	70
3.17	DOSSIER DE LA RESSOURCE DANS L'ÉTABLISSEMENT.....	70
3.17.1	CONSTITUTION ET TENUE	70
3.17.2	CONTENU	71
3.17.3	CONSULTATION	74
3.17.4	AUTRES DROITS	75
3.17.5	FERMETURE ET CONSERVATION	75
3.18	DOSSIER DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE.....	75
3.18.1	CONSTITUTION ET TENUE	76
3.18.2	CONTENU	76
3.18.3	CONSULTATION	76
3.18.4	FERMETURE	77
3.19	CESSATION DE LA PRESTATION DE SERVICES DE LA RESSOURCE	77
	DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION D'UN POSTULANT	81
4.1	ASPECTS LÉGAUX	81
4.2	VISION GLOBALE DE LA DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION.....	82
4.3	PROMOTION	84
4.4	RECRUTEMENT	84
4.4.1	CONTEXTE	85
4.4.2	PRISE DE CONTACT AVEC LE POSTULANT.....	87
4.4.2.1	OBJECTIFS VISÉS	87
4.4.2.2	INFORMATIONS À COMMUNIQUER AU POSTULANT	87
4.4.2.3	FORMULAIRES À ÊTRE COMPLÉTÉS PAR LE POSTULANT	88
4.5	ÉVALUATION	90
4.5.1	APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE LA CANDIDATURE D'UN POSTULANT	92
4.5.2	DIMENSIONS D'ÉVALUATION	93
4.6	RECOMMANDATION À L'AGENCE POUR LA RECONNAISSANCE DU POSTULANT.....	102
4.7	DÉCISION DE L'AGENCE	103
4.8	CONCLUSION D'UNE ENTENTE SPÉCIFIQUE.....	103
4.8.1	PARTIES CONCERNÉES	103
4.8.2	CONTENU DE L'ENTENTE SPÉCIFIQUE	104
4.8.3	PARTICULARITÉS	104

4.9	CONCLUSION D'UNE ENTENTE PARTICULIÈRE	104
4.9.1	PARTIES CONCERNÉES	104
4.9.2	CONTENU DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE	104
4.10	MODIFICATION D'UNE COMPOSANTE DE LA RESSOURCE OU D'UNE ENTENTE	105
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX		109
5.1	ASPECTS LÉGAUX	109
5.2	MÉCANISMES ET CRITÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES D'UNE RESSOURCE	110
5.3	TYPES ET DURÉE DU PLACEMENT D'UN USAGER DANS UNE RESSOURCE	112
5.4	PLACEMENT URGENT	112
5.5	CONSENTEMENT AUX SOINS ET AUX SERVICES	113
5.6	DISPENSE DES SERVICES CLINIQUES OU PROFESSIONNELS	114
5.6.1	SERVICES CLINIQUES OU PROFESSIONNELS À L'USAGER	114
5.6.2	ACTIVITÉS DÉLÉGUÉES	115
5.7	DOSSIER DE L'USAGER DANS L'ÉTABLISSEMENT	115
5.8	SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER CONFIE À UNE RESSOURCE	115
5.8.1	VISION GLOBALE	115
5.8.2	BUT DES ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER	118
5.8.3	CONDITIONS DE RÉUSSITE DES ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER	118
5.8.4	ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER	120
5.8.4.1	ÉVALUATION OU RÉVISION DES BESOINS DE L'USAGER	120
5.8.4.2	ÉLABORATION OU RÉVISION DU PI OU DU PSI DE L'USAGER	123
5.8.4.3	ORIENTATION DE L'USAGER VERS LE TYPE DE RESSOURCE ET LE TYPE D'ORGANISATION RÉSIDENTIELLE ADÉQUATS	126
5.8.4.4	JUMELAGE/PAIRAGE DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE	130
5.8.4.5	INTÉGRATION DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE	144
5.8.4.6	DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS À RENDRE À L'USAGER	147
5.8.4.7	PRÉCISION, S'IL Y A LIEU, DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS À RENDRE À L'USAGER	150
5.8.4.8	MISE EN ŒUVRE DU PI OU DU PSI DE L'USAGER	152
5.8.4.9	DÉPART DE L'USAGER DE LA RESSOURCE	155
5.8.4.10	APPLICATION DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	158
5.8.4.10.1	PRÉSENTATION DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	159
5.8.4.10.2	BUT DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	159
5.8.4.10.3	DÉFINITIONS ET EXPLICATIONS DES TERMES ET DES CONCEPTS	160
5.8.4.10.4	OBJETS DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	163
5.8.4.10.5	PARTIES PRENANTES DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	164
5.8.4.10.6	FORMALISATION DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ ET CONDITIONS DE RÉUSSITE	166
5.8.4.10.7	LOGIGRAMME DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	166
5.8.4.10.8	DESCRIPTION SOMMAIRE DES AUTRES PROCESSUS POUR INTERVENIR SUR UNE SITUATION	168
5.8.4.11	LOGIGRAMME DES ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER	170
RELATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE		175
6.1	ASPECTS LÉGAUX	175
6.2	RELATION INDIVIDUELLE ET RELATION COLLECTIVE	175
6.2.1	RELATION INDIVIDUELLE	177
6.2.2	RELATION COLLECTIVE	177
6.3	VALEURS DE LA RELATION	178
6.4	MÉCANISMES DE COMMUNICATION ET DE CONCERTATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE	180

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (SIRTF).....	185
7.1 CONTEXTE	185
7.2 UTILISATION DU SIRTF	185
7.3 UTILISATEURS DU SIRTF	186
7.4 ÉVOLUTION DU SIRTF	186
CONCLUSION.....	189
BIBLIOGRAPHIE.....	193
ANNEXES.....	203
ANNEXE 1	205
TABLEAU SYNTHÈSE DES RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS, DES ASSS ET DU MSSS	205
ANNEXE 2	207
FIGURE SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE CLINIQUE	207
LISTE DES FIGURES	
FIGURE 1 PLACES RECONNUES SELON LE RÉGIME DE REPRÉSENTATION ET NOMBRE DE RESSOURCES.....	27
FIGURE 2 PLACES OCCUPÉES PAR PROGRAMME-SERVICE.....	28
FIGURE 3 SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS.....	60
FIGURE 4 SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS	62
FIGURE 5 ÉLÉMENTS POUVANT CONSTITUER LE DOSSIER DE LA RESSOURCE	73
FIGURE 6 DOSSIER D'APPEL D'OFFRES	86
FIGURE 7 ÉVALUATION D'UN POSTULANT	92
FIGURE 8 DIMENSIONS D'ÉVALUATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	94
FIGURE 9 SCHÉMATISATION DE LA DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION	106
FIGURE 10 SYNTHÈSE DES DIX ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER.....	117
FIGURE 11 SCHÉMATISATION DU PROCESSUS DE JUMELAGE/PAIRAGE DE L'USAGER AVEC UNE RESSOURCE.....	143
FIGURE 12 OBJETS DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	163
FIGURE 13 LOGIGRAMME DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	167
FIGURE 14 LOGIGRAMME DES ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER CONFIÉ À UNE RI/RTF	171
FIGURE 15 RELATION ÉTABLISSEMENT-RESSOURCE DANS UN ESPRIT DE PARTENARIAT	176
FIGURE 16 VALEURS DE LA RELATION	179

**LISTE DES
ABRÉVIATIONS
ET DES
ACRONYMES**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

AC	Agrément Canada
ACJQ	Association des centres de jeunesse du Québec
ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier affilié
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJ	Centre jeunesse
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRT	Commission des relations du travail
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DGSS	Direction générale des services sociaux
FA	Famille d'accueil
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LAP	Loi sur l'assurance parentale
LATMP	Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
LCOP	Loi sur les contrats des organismes publics

LFN	Loi sur la fête nationale
LNT	Loi sur les normes du travail
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LRQ	Lois et règlements du Québec
LRR	Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant
LRRQ	Loi sur le régime des rentes du Québec
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PJ	Protection de la jeunesse
PSI	Plan de services individualisé
RA	Résidence d'accueil
RI	Ressource intermédiaire
RIMA	Ressource intermédiaire maison d'accueil
RIRG	Ressource intermédiaire résidence de groupe
RLS	Réseau local de services
RQS	Rétribution quotidienne supplémentaire
RTF	Ressource de type familial
SEAO	Système électronique d'appel d'offres
SIRTF	Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial
TAQ	Tribunal administratif du Québec

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'élaboration de ce cadre de référence est apparue indispensable à la suite de l'adoption de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives (ci-après « Loi sur la représentation des ressources » ou « LRR ») et des changements importants qui en découlent. Pour implanter ces changements, plusieurs actions ont été entreprises par le MSSS.

D'abord, il fut nécessaire de préciser les services voulus d'une ressource intermédiaire (RI) et d'une ressource de type familial (RTF). Le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial (ci-après « Règlement sur la classification ») a permis de définir, par le biais d'un instrument unique de détermination et de classification, les services de soutien ou d'assistance devant être rendus par les RI et les RTF aux usagers de même que les obligations des établissements en ce qui a trait à l'identification de ceux-ci. Ledit règlement a introduit une nouvelle classification des services fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers, en conformité avec l'article 303 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2).

Des ententes collectives et des ententes nationales ont été conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les associations ou organismes représentatifs des ressources. Ces ententes ont pour but d'établir et de maintenir des rapports ordonnés entre les parties, les établissements et les ressources. Elles déterminent, notamment, les nouvelles modalités de rétribution des ressources et établissent des mécanismes de règlement des difficultés de fonctionnement qui pourraient survenir au cours de leur relation.

Le *Guide des responsabilités des agences de la santé et des services sociaux au regard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial - Orientations ministérielles* (ci-après « Guide des responsabilités des agences ») a été développé pour soutenir ces dernières dans l'élaboration de leur politique administrative sur la reconnaissance des ressources ainsi que les mécanismes d'accès et pour harmoniser l'exercice de leurs responsabilités à l'échelle provinciale.

Le *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires*, édité en avril 2001, et le *Guide d'orientation sur la pratique professionnelle et la ressource de type familial*, publié en mai 2003, ont fait l'objet d'une révision complète et sont remplacés par le présent cadre de référence. Celui-ci constitue la pièce maîtresse des orientations ministérielles pour l'organisation, la gestion et la prestation de services en ressources intermédiaires et de type familial au Québec. Il s'inscrit dans le nouveau contexte législatif et intègre, d'une manière cohérente, les orientations du Règlement sur la classification, des ententes collectives et nationales et du Guide des responsabilités des agences.

Les parties principales du cadre de référence portent sur les ressources intermédiaires et de type familial, la démarche d'évaluation et de recrutement d'un postulant, les rôles et les

responsabilités d'un établissement, incluant le suivi professionnel de l'utilisateur et le contrôle de la qualité des services et la relation entre l'établissement et la ressource.

Le cadre s'adresse principalement aux établissements, mais il concerne toutes les ressources et toutes les clientèles. Il guide les changements de pratiques professionnelles rendus nécessaires eu égard au nouveau contexte créé par la Loi sur la représentation des ressources (LRR).

Inspiré par une philosophie sous-jacente qui prône l'intégration, la participation sociale et le rétablissement de l'utilisateur, ses orientations et ses principes directeurs constituent le phare du document. Il fournit également des balises à propos de l'exercice des rôles et des responsabilités de plusieurs acteurs et offre une référence commune aux établissements et aux ressources en ce qui a trait aux orientations ministérielles. Il encourage le développement ou le maintien de relations fondées sur la bonne foi entre les établissements et les ressources.

En somme, le cadre de référence présente les lignes directrices qui guident les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux pour offrir une prestation de services de qualité aux usagers.

CHAPITRE 1

Mise en contexte,
historique et portrait
sociodémographique
des ressources
intermédiaires et des
ressources de type
familial

SOMMAIRE

- 1.1..... Historique des ressources
intermédiaires et de type
familial
- 1.2..... Changements législatifs, défis
et opportunités pour le réseau
de la santé et des services
sociaux
- 1.3..... Portrait sociodémographique
des ressources et des clientèles

CHAPITRE 1

MISE EN CONTEXTE, HISTORIQUE ET PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

1.1 HISTORIQUE DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

1.1.1 RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

Les ressources de type familial (RTF) trouvent leurs racines dans l'histoire lointaine des communautés religieuses au Québec. Ce n'est qu'en 1921 que la Loi de l'assistance publique accorde pour la première fois un soutien financier à des établissements qui accueillent des enfants dits « orphelins ». Et c'est en 1954 que se font les premiers placements en familles substituts que l'on appelle « les foyers nourriciers ». Le placement s'effectue alors par des agences de service social.

En 1971, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) crée l'entité juridique nommée « famille d'accueil » qui consiste en une ressource d'hébergement pour les enfants, les adultes et les personnes âgées. Cette entité regroupe alors deux réseaux distincts :

- ▶ Les foyers nourriciers pour enfants relevant des agences de service social;
- ▶ Les foyers affiliés pour adultes et enfants relevant des hôpitaux psychiatriques et des centres d'accueil.

Le maintien de l'usager dans son milieu naturel ou dans un milieu s'en rapprochant le plus possible et la désinstitutionnalisation sont des principes d'intervention reconnus par tous les organismes et les établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux.

En 1973, le ministère des Affaires sociales établit les normes professionnelles de placement en familles d'accueil pour les enfants, les adultes et les personnes âgées, ce qui apporte d'importantes modifications dans la pratique professionnelle. La spécificité de ce type de ressources repose sur leur caractère familial, en ce sens qu'on y trouve les principaux attributs de la famille québécoise.

Au cours de l'année 1979, une philosophie de placement pour de courtes périodes se développe pour l'enfance. En effet, la mise en vigueur de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) vient confirmer l'importance de la responsabilité parentale et donc de l'amélioration de la capacité parentale et du retour éventuel de l'enfant avec ses parents naturels quand la sécurité et le développement de celui-ci ne sont plus compromis.

Deux éléments doivent être pris en considération lorsque l'on analyse l'évolution du statut juridique et réglementaire des familles d'accueil et des résidences d'accueil au Québec. D'une part, malgré qu'elles aient constitué, en 1971, une même entité juridique, les familles d'accueil pour enfants et les résidences d'accueil pour adultes et pour personnes âgées ont évolué de façon parallèle et distincte, et ce, jusqu'à l'actualisation, en 1991, de la LSSSS qui introduisait l'appellation de ressources de type familial comportant deux entités distinctes, soit les familles d'accueil pour enfants et les résidences d'accueil pour les adultes et les personnes âgées.

Depuis le 1^{er} avril 1993, la responsabilité professionnelle et administrative des RTF a été graduellement transférée aux établissements désignés, à l'époque, par les régies régionales de la santé et des services sociaux. Ces établissements ont alors commencé à assumer les responsabilités de recrutement, d'évaluation, de suivi des ressources et, selon le cas, de suivi des usagers qui y étaient confiés.

Finalement, dans le but de soutenir les établissements dans ces responsabilités, le MSSS publie, en 2003, le document *La pratique professionnelle et la ressource de type familial – Guide d'orientation*.

1.1.2 RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

L'appellation « ressource intermédiaire » est un terme générique utilisé depuis trois décennies pour dénommer des ressources de multiples natures, dont la croissance a été particulièrement marquée au cours des années 1980. Cependant, la LSSSS en vigueur ne reconnaissait ni ne définissait ce type de ressources.

En décembre 1990, le *Livre blanc* sur la santé et les services sociaux confirmait l'importance de ce réseau de ressources. On y affirmait, cependant, qu'une série de correctifs devait être apportée relativement à leur développement, à leur fonctionnement et à leur financement.

Le 4 septembre 1991, la nouvelle LSSSS (RLRQ, c. S-4.2) reconnaît enfin un statut légal aux RI. Les articles 301 et les suivants de cette loi modifiée définissent l'encadrement légal au sein duquel ces ressources doivent se développer et être utilisées.

En avril 2001, le premier *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires* est publié par le MSSS dans le but de préciser les modalités d'application des articles de la LSSSS relatifs aux RI ainsi que les règles relatives à l'accessibilité à ces ressources, à leur encadrement et à leur financement.

Les RI répondaient alors plus particulièrement à un besoin de réinsertion sociale dans un contexte de désinstitutionnalisation. Ce type de ressources devait d'ailleurs héberger une clientèle nécessitant davantage de soutien et d'encadrement que celle confiée aux RTF.

1.2 CHANGEMENTS LÉGISLATIFS, DÉFIS ET OPPORTUNITÉS POUR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

En 2001, un mouvement provincial animé par certains regroupements de ressources se dessinait dans le but d'introduire une nouvelle relation individuelle et collective entre les établissements et les ressources.

En 2003, l'Assemblée nationale adoptait la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux communément appelée la « Loi 7 ». Cette loi avait pour objet de préciser qu'une personne reconnue à titre de ressource intermédiaire ou de type familial (RI-RTF) est réputée ne pas être à l'emploi ni salariée d'un établissement public qui recourt à ses services et que toute entente conclue entre eux pour déterminer les règles et modalités de leurs rapports quant au fonctionnement des activités et services attendus de cette ressource est réputée ne pas constituer un contrat de travail. Par le fait même, ces personnes ne pouvaient être considérées comme des salariés au sens du Code du travail et des lois régissant certains régimes publics du domaine du travail comme la Loi sur les normes du travail, la Loi sur la santé et la sécurité du travail et la Loi sur l'équité salariale.

Le 31 octobre 2008, à la suite de la contestation de certains syndicats, la Cour supérieure déclarait la Loi 7 inconstitutionnelle, invalide et inopérante (Jugement Confédération des syndicats nationaux c. Québec (Procureur général), 2008 QCCS 5076). La Cour supérieure appuyait sa décision sur deux volets : atteinte au droit d'association, protégé par les Chartes des droits, et, surtout, discrimination systémique à l'égard du travail effectué par les femmes dans le domaine des soins (« care »). Il est à noter que la Cour supérieure a tenu pour acquis le statut de salarié de ces ressources estimant que cette question relevait des instances appropriées, soit, aujourd'hui, la Commission des relations de travail (CRT).

Le 12 juin 2009, le gouvernement a adopté la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives (RLRQ, c. 24.0.2), communément appelée « la Loi 49 ».

Cette loi institue un régime de représentation des RTF et de certaines RI qui accueillent, comme personnes physiques et à leur lieu principal de résidence, un maximum de neuf usagers. Elle établit un régime de négociation d'une entente collective les concernant. Elle prévoit la procédure de reconnaissance d'une association de ressources et les effets de cette reconnaissance, notamment le pouvoir de négocier une entente collective et de faire valoir leurs droits. En ce sens, la loi énonce les modalités suivant lesquelles le ministre et les associations reconnues doivent entreprendre la négociation d'une entente ainsi que les mécanismes de règlement des différends. De plus, elle attribue au ministre la responsabilité de régler les mésententes relatives à l'interprétation et à l'application de ces ententes collectives.

La LRR accorde également au gouvernement le pouvoir d'établir, par règlement, un régime de retrait préventif et d'en fixer les modalités d'exercice, le financement et le mode de gestion.

Enfin, cette loi amende la LSSSS pour confier au ministre la négociation et la conclusion d'ententes visant à déterminer les conditions générales d'exercice des activités des autres ressources intermédiaires non visées par la LRR. Ces dernières regroupent toutes les autres RI, sans égard au nombre de places, généralement exploitées dans un lieu autre que la résidence principale par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou par une société de personnes.

Ces changements législatifs présentent des défis et créent des opportunités pour le réseau de la santé et des services sociaux. C'est une occasion exceptionnelle de réviser et d'améliorer les pratiques qui ont pour but de rendre les meilleurs services aux usagers et mieux répondre à leurs besoins évolutifs et diversifiés.

Les principaux défis sont :

1. Un suivi structuré et soutenu de l'application des trois principaux outils mis à la disposition du réseau par le Ministère

Ces trois outils sont : *l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance* (ci-après « Instrument ») et le *Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance* (ci-après « Guide d'utilisation de l'Instrument »), le *Guide des responsabilités des agences* ainsi que le présent cadre de référence. Les établissements doivent planifier, mettre en œuvre et évaluer des stratégies et des moyens efficaces pour suivre l'application de ces outils et pour assurer leur compréhension par les acteurs concernés.

2. L'implantation rigoureuse et conforme des orientations

La réussite de l'implantation des changements passe par l'engagement de l'établissement. Ainsi, il est important de mobiliser tous les acteurs de l'établissement (consulter la section 2.1) afin qu'ils soient informés, qu'ils comprennent le sens de ces changements et qu'ils s'engagent dans leur implantation.

3. Une relation harmonieuse entre les établissements et les ressources

Les établissements et les ressources jouent un rôle complémentaire dans la prestation de services. La qualité de leur relation a un impact important sur le service rendu à l'utilisateur. Les parties sont invitées à développer ou à maintenir une relation harmonieuse dépourvue de tout lien de subordination juridique. Il est important de créer et de maintenir un contexte qui permet à chacune des parties de connaître, comprendre et respecter les rôles et les responsabilités de l'autre.

1.3 PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES RESSOURCES ET DES CLIENTÈLES

Figure 1

PLACES RECONNUES SELON LE RÉGIME DE REPRÉSENTATION ET NOMBRE DE RESSOURCES					
Au 31 mars 2013					
	Ressources visées par la LRR		Ressources non visées par la LRR		Ressources visées et non visées
	Places	Ressources	Places	Ressources	Ressources
Clientèle adulte	14 437	3 714	11 326	803	4 517
Clientèle enfant	9 287	4 102	706	102	4 204
Sous-total	23 724	7 816	12 032	905	8 721
TOTAL DES PLACES RECONNUES				35 756	

Figure 2

PLACES OCCUPÉES PAR PROGRAMME-SERVICE

Au 31 mars 2013

Programmes-services	Nombre de places
Adaptation sociale	71
Déficiência intellectuelle	10 935
Déficiência physique	361
Dépendances	81
Jeunes en difficulté	7 597
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	7 993
Santé mentale	5 617
Santé physique	32
Troubles envahissants du développement	98
Non déterminé	49
TOTAL DES PLACES OCCUPÉES	32 815

CHAPITRE 2

Présentation du cadre de référence

SOMMAIRE

- 2.1 À qui s'adresse le cadre de référence
- 2.2 Conception et architecture du cadre de référence
- 2.3 Assises du cadre de référence
- 2.4 Orientations et principes directeurs
- 2.5 Objectifs du cadre de référence

PRÉSENTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

2.1 À QUI S'ADRESSE LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Le présent cadre de référence s'adresse principalement aux établissements de la santé et des services sociaux du Québec concernés par les ressources intermédiaires ou de type familial ou par les usagers confiés à ces ressources. Il s'adresse aussi aux agences et aux associations d'établissements.

Puisque le cadre de référence contient des orientations ministérielles pouvant avoir une portée organisationnelle dans l'établissement, il intéressera, par conséquent, différentes personnes, instances ou structures au sein de celui-ci, et ce, selon leurs fonctions, leurs rôles et leurs responsabilités.

Ainsi, les intervenants qui recrutent ou qui évaluent les postulants à titre de ressources y découvriront, entre autres, un processus de recrutement et d'évaluation adapté à tous les types de ressources et à tous les types d'organisations résidentielles.

Les intervenants qui travaillent auprès des usagers confiés à une ressource, ou ceux qui accomplissent l'une ou l'autre des activités du suivi professionnel de l'usager, y puiseront les éléments structurants à considérer dans leurs pratiques quotidiennes et des renseignements utiles au sujet des changements possibles par rapport à certaines de ces pratiques.

Les gestionnaires cliniques ou administratifs y trouveront, quant à eux, les principales balises touchant l'organisation, la gestion et la prestation de services dans ces types de ressources en lien avec les changements législatifs ainsi que les nouvelles orientations ministérielles en découlant.

Le conseil d'administration, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de gestion des risques, le comité des usagers, les commissaires local et régional aux plaintes et à la qualité des services, la direction générale et toutes les autres directions de l'établissement s'en inspireront pour exercer le rôle et les responsabilités qui leur sont conférés par la LSSSS, la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), les autres lois applicables ainsi que les orientations du conseil d'administration et le plan d'organisation de l'établissement.

Le postulant à titre de ressource, la ressource et l'association ou l'organisme représentatif des ressources y trouveront les principaux éléments qui guident la pratique des établissements et de leurs représentants en regard de l'organisation, de la gestion et de la prestation des services dans les RI-RTF.

2.2 CONCEPTION ET ARCHITECTURE DU CADRE DE RÉFÉRENCE

2.2.1 COMITÉ DE TRAVAIL MINISTÉRIEL

Un comité de travail ministériel a été mis sur pied par le MSSS avec le mandat d'élaborer ce cadre de référence. Il a commencé ses travaux en juin 2011 et les a terminés en décembre 2013. Ce comité de travail, animé par la responsable de l'élaboration et de la rédaction du cadre de référence, était composé de représentants de toutes les associations d'établissements et de membres des programmes-services du MSSS. Entre 2011 et 2013, plus d'une soixantaine de rencontres ont été tenues avec les membres afin de réaliser ce mandat.

Ce comité de travail a fonctionné à toutes les rencontres avec des objectifs précis et connus des membres. Les travaux ont fait l'objet de validation. Le mode de décision du comité pour la recommandation du contenu était principalement basé sur trois critères connus des membres, c'est-à-dire que le cadre de référence devait être majeur, transversal à toutes les clientèles, et s'intégrer dans tous les modèles d'organisation de services actuels du réseau de la santé et des services sociaux. Selon les sujets abordés, des critères supplémentaires étaient ajoutés.

La méthode du vote par critères pondérés et la technique Delphi ont été utilisées pour faire évoluer les travaux planifiés selon un cadre d'analyse établi dès le commencement de la démarche. La méthodologie pour réaliser les travaux s'est inspirée de ADAPTE Collaboration et d'AGREE II de même que de la trilogie des savoirs (connaissances, expériences, contexte).

2.2.2 L'USAGER : AU CŒUR DES TRAVAUX

Depuis le début des travaux du comité et jusqu'à la publication du cadre de référence, l'usager et la qualité des services à lui être rendus ont été au centre des préoccupations de tous les participants. C'est d'ailleurs dans cet esprit que le terme « usager » est utilisé au singulier, la plupart du temps, afin de refléter toute son unicité.

2.2.3 INTERPRÉTATION DES TERMES « USAGER » ET « RESSOURCE »

À chaque fois que l'on cite le mot « **usager** » dans le présent cadre de référence, le lecteur doit généralement comprendre qu'on inclut sa famille, ses proches et toutes les personnes qui l'entourent et qui peuvent contribuer ou l'aider à s'épanouir. Son tuteur ou son curateur sont aussi concernés, sauf lorsque le contexte ne le requiert pas.

Comme précisé au point 3.2 du présent cadre de référence, le terme « **ressource** », lorsqu'il est utilisé, représente les trois composantes d'une ressource, soit la personne responsable de la ressource, le milieu de vie et le projet.

2.2.4 PORTÉE DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Le présent cadre de référence est un hybride selon la littérature, c'est-à-dire qu'il se veut plus structurant qu'un cadre de référence habituel sans toutefois, dans sa conception, dépasser les frontières d'un réel guide de pratique professionnelle ni celles de l'organisation des services qui appartient à l'autonomie de l'établissement.

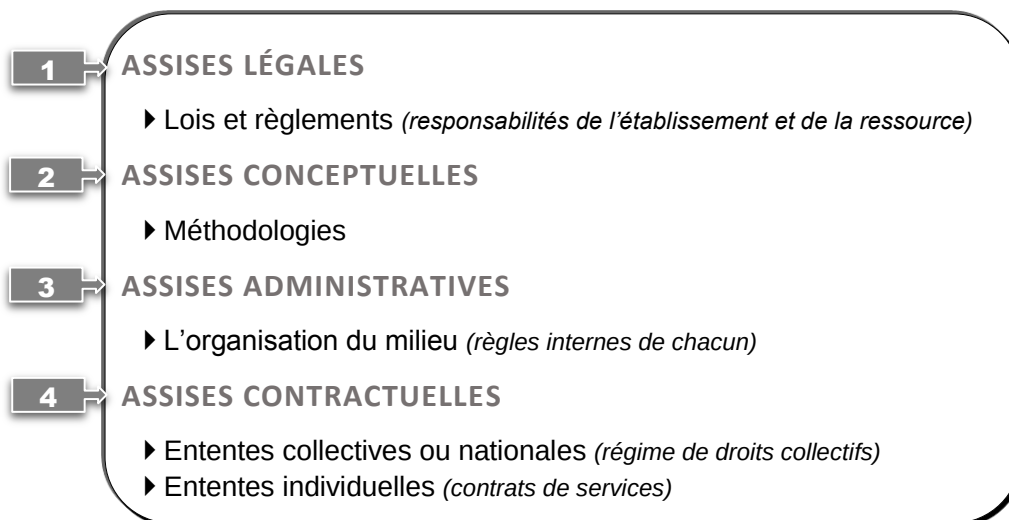
Le cadre de référence concerne toutes les clientèles, tous les types de ressources et tous les types d'organisations résidentielles. Il est conçu pour tenir compte et s'implanter dans tous les modèles actuels d'organisation de services du réseau de la santé et des services sociaux. Il s'applique autant aux ressources visées par la Loi sur la représentation des ressources qu'aux ressources non visées.

Le cadre de référence est construit de sorte que le contenu soit arrimé et qu'il concorde avec l'ensemble du cadre d'analyse initialement établi. Il est écrit principalement au temps présent afin de favoriser l'action et d'insuffler une synergie mobilisatrice capable de soutenir l'implantation et le suivi des orientations ministérielles.

Le cadre de référence repose sur des pratiques reconnues et constitue, à ce titre, les règles de l'art de ce qui s'applique déjà relativement à la gestion et à la prestation de services de qualité de même qu'aux activités entourant les ressources intermédiaires et de type familial.

2.3 ASSISES DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence a des assises légales, conceptuelles, administratives et contractuelles.



2.3.1 ASSISES LÉGALES

Les principales assises légales du cadre de référence sont les suivantes :

- ▶ Code civil du Québec
- ▶ Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982 [annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada, 1982, c. 11 (R.-U.)]
- ▶ Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. S-12
- ▶ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2
- ▶ Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant RLRQ, c. R-24.0.2 (ci-après « Loi sur la représentation des ressources » ou « LRR »)
- ▶ Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), RLRQ, c. P-34.1
- ▶ Code des professions, RLRQ, c. C-26
- ▶ Loi sur les contrats des organismes publics, RLRQ, c. C-65.1 (ci-après « LCOP »)
- ▶ Règlement sur les contrats de services des organismes publics, RLRQ, c. C-65.1, r.4 (ci-après « Règlement sur les contrats de services »)
- ▶ Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial, RLRQ, c. S-4.2, r. 3.1 (ci-après « Règlement sur la classification »)

2.3.2 ASSISES CONCEPTUELLES

- ▶ Mandat et démarche avec un comité de travail ministériel
- ▶ Processus de validation des travaux
- ▶ Définition d'un cadre de référence
- ▶ Définition de divers termes et concepts
- ▶ ADAPTE Collaboration
- ▶ AGREE II
- ▶ Trilogie des savoirs

2.3.2 ASSISES ADMINISTRATIVES

- ▶ Plan stratégique du MSSS (2010-2015)
- ▶ Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux (2012)
- ▶ Programme national de santé publique (2003-2012)
- ▶ Cadre de référence pour les réseaux de la santé et des services sociaux (2004)
- ▶ Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix (2003)
- ▶ Politique de la santé et du bien-être (mise à jour en 1998)
- ▶ Orientations, politiques, cadres de référence et guides des programmes-services du MSSS
- ▶ Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance (ci-après « Instrument »)
- ▶ Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance, MSSS, 8 avril 2013 (ci-après « Guide d'utilisation de l'Instrument »)
- ▶ Guide des responsabilités des agences de la santé et des services sociaux au regard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial – Orientations ministérielles, MSSS, 23 août 2013 (ci-après « Guide des responsabilités des agences »)
- ▶ Politique administrative de reconnaissance des ressources intermédiaires et des ressources de type familial, adoptée par chacune des agences
- ▶ Normes d'agrément (Conseil québécois d'agrément et Agrément Canada)
- ▶ Plusieurs autres assises administratives relatives à l'organisation des services (ex. : plan d'accès, etc.)

2.3.4 ASSISES CONTRACTUELLES

- ▶ Les ententes collectives conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les associations représentatives des ressources
- ▶ Le canevas d'entente spécifique à intervenir entre les établissements et les ressources (LRR)
- ▶ Les ententes nationales conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs
- ▶ Le canevas d'entente particulière à intervenir entre les établissements et les ressources

- Les conditions d'exercice des ressources de type familial et des ressources intermédiaires visées par la Loi sur la représentation des ressources, mais non représentées par une association reconnue

2.4 ORIENTATIONS ET PRINCIPES DIRECTEURS

L'utilisateur est au centre des réflexions et des préoccupations de l'établissement dans la recherche d'une réponse adéquate et de qualité à l'ensemble de ses besoins et de sa situation actuelle.

L'établissement a notamment la responsabilité d'évaluer les besoins, de déterminer l'ensemble des services requis par l'utilisateur et de l'orienter vers le milieu de vie approprié, conformément à la LSSSS et aux autres lois applicables.

La ressource doit procurer un milieu de vie et offrir des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers requis par la condition de l'utilisateur qui lui est confié par l'établissement, conformément à la LSSSS et au Règlement sur la classification.

Les orientations et les principes directeurs du présent cadre de référence ont pour but de guider l'établissement afin de s'assurer que l'ensemble des services rendus à l'utilisateur le soit dans le respect de ses droits et de ses besoins, et ce, en conformité avec les lois et les règlements applicables.

Enfin, les actions quotidiennes déployées par l'établissement afin d'actualiser les orientations et les principes directeurs du présent cadre de référence doivent s'inscrire dans la foulée des pratiques reconnues et dans une démarche intégrale et continue d'amélioration de la qualité.

ORIENTATION 1**Favoriser l'intégration et la participation sociale de l'utilisateur**

L'une des finalités de l'orientation de l'utilisateur vers une ressource intermédiaire ou de type familial vise l'intégration et la participation sociale de celui-ci.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ La reconnaissance de la primauté des besoins de l'utilisateur et la réponse individualisée à chacun d'eux.
- ▲ L'appui à l'utilisateur dans la réalisation de son projet de vie par l'établissement et par la ressource.
- ▲ L'encouragement et la valorisation de l'utilisateur dans l'exercice de ses rôles sociaux, notamment de sa citoyenneté.
- ▲ La reconnaissance de la contribution de la ressource à titre de partenaire du réseau local de services de santé et de services sociaux en tant que milieu de vie se rapprochant le plus d'un chez-soi.
- ▲ La reconnaissance de la contribution de la ressource à l'égard de l'intégration, la participation sociale et du rétablissement de l'utilisateur.

ORIENTATION 2**Assurer des services de qualité**

L'utilisateur a droit à des services de qualité.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ L'imputabilité de l'établissement à l'égard de la qualité de l'ensemble des services rendus à l'utilisateur.
- ▲ L'imputabilité de la ressource à l'égard de la qualité du milieu de vie et des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers rendus à l'utilisateur.
- ▲ L'engagement de l'établissement et de la ressource à respecter les droits de l'utilisateur et à agir avec prudence et diligence à l'égard de sa sécurité, de son intégrité et de sa dignité.
- ▲ L'engagement de l'établissement à poser les actions nécessaires pour actualiser les activités du suivi professionnel de l'utilisateur confié à une ressource intermédiaire ou de type familial.

ORIENTATION 3

Favoriser l'accessibilité à une ressource intermédiaire ou de type familial

L'organisation des services vise à favoriser l'accessibilité à la ressource intermédiaire ou de type familial la plus adéquate compte tenu des besoins de l'utilisateur.

PRINCIPE DIRECTEUR

- ▲ L'accessibilité au type de ressource approprié en fonction des besoins de l'utilisateur, en tenant compte de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières disponibles de l'établissement.

ORIENTATION 4

Assurer la stabilité de l'utilisateur dans son milieu de vie et la continuité des services qui lui sont offerts

L'organisation des services vise à assurer à l'utilisateur confié à une ressource intermédiaire ou de type familial une stabilité dans son milieu de vie et une continuité des services qui lui sont offerts.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ Le maintien et la stabilité de l'utilisateur dans son milieu de vie.
- ▲ La continuité des interventions et des services rendus à l'utilisateur tant de la part de la ressource que de l'établissement.
- ▲ La complémentarité des services offerts par les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux de même que par les autres partenaires (réseaux communautaire, scolaire, etc.).

ORIENTATION 5

Mettre en place une organisation de services efficace et efficiente qui s'inscrit dans une culture et une gestion intégrée de la qualité

L'organisation des services vise l'efficacité et l'efficience dans la réponse adéquate aux besoins de chaque usager.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ Le respect des orientations ministérielles et des balises du présent cadre de référence dans l'organisation des services.
- ▲ La flexibilité de l'organisation des services pour permettre l'ajustement des ressources existantes, ou la création de nouveaux modèles de ressources afin de :
 - répondre aux besoins évolutifs des clientèles;
 - s'intégrer au projet clinique et organisationnel du réseau local de services de santé et de services sociaux;
 - s'intégrer aux plans stratégiques pluriannuels de l'agence et du ministre.
- ▲ Le maintien d'une culture et d'une gestion intégrée de la qualité dans l'organisation des services.

ORIENTATION 6

Assurer des relations entre l'établissement et la ressource intermédiaire ou de type familial qui soient fondées sur la bonne foi et les valeurs du présent cadre de référence

Le respect des rôles et du statut de chaque partie dans un esprit de partenariat en vue d'une réponse adéquate aux besoins de chaque usager.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ La reconnaissance que le meilleur intérêt de l'usager est au centre de la relation entre l'établissement et la ressource.
- ▲ La réalisation des engagements contractuels de l'établissement et de la ressource.
- ▲ La collaboration de l'établissement et de la ressource dans le cadre de l'exercice des rôles et des responsabilités qui leur sont propres.
- ▲ Le *leadership* déployé par les parties afin de développer et d'entretenir des relations durables propices à la concertation et favorisant la satisfaction de chacun.

2.5 OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

- 1 Énoncer et faire connaître aux établissements et aux ressources intermédiaires et de type familial les orientations, les principes directeurs et les assises pour l'organisation, la gestion et la prestation de services en ressources intermédiaires et de type familial.
- 2 Offrir aux établissements et aux ressources intermédiaires et de type familial une référence commune en ce qui a trait aux orientations ministérielles à l'égard de l'organisation, de la gestion et de la prestation de services en ressources intermédiaires et de type familial.
- 3 Fournir aux établissements des balises pour assurer le recrutement, le développement, l'utilisation et le maintien de ressources procurant un milieu de vie et offrant des services de soutien ou d'assistance de qualité et aptes à répondre aux besoins diversifiés et évolutifs de l'utilisateur.
- 4 Préciser les rôles et les responsabilités des établissements et des ressources intermédiaires et de type familial.
- 5 Favoriser une harmonisation dans l'organisation, la gestion et la prestation de services de qualité de même que dans les activités entourant les ressources intermédiaires et de type familial, et ce, dans le respect des particularités régionales, des cultures et des besoins spécifiques des clientèles variées.
- 6 Encourager le développement ou le maintien de relations fondées sur la bonne foi et les valeurs du présent cadre de référence entre les établissements et les ressources intermédiaires et de type familial.

CHAPITRE 3

Ressources intermédiaires et de type familial

SOMMAIRE

- 3.1.....Aspects légaux
- 3.2.....Ressource et ses composantes
- 3.3.....Types de ressources
- 3.4.....Ressources intermédiaires
- 3.5.....Types d'organisations
résidentielles des RI
- 3.6.....Ressources de type familial
- 3.7.....Limitations d'exercice en RTF
- 3.8.....Reconnaissance par l'agence
- 3.9.....Régime de représentation
- 3.10....Services devant être rendus par
une RI ou RTF
- 3.11....Absence temporaire de la
personne responsable de la
ressource
- 3.12....Déclaration d'incident ou
d'accident
- 3.13....Régime d'examen des plaintes
- 3.14....Droit de poursuivre
- 3.15....Donation et legs
- 3.16....Code d'éthique pour la RI
- 3.17....Dossier de la ressource dans
l'établissement
- 3.18....Dossier de l'utilisateur dans la
ressource
- 3.19....Cessation de la prestation de
services de la ressource

CHAPITRE 3

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

3.1 ASPECTS LÉGAUX

Les principales assises légales et réglementaires du présent chapitre sont les suivantes :

► **LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, RLRQ, c. S-4.2**

Ci-après « LSSSS »

Articles : 8, 16, 17 à 28, 29 à 40, 73 à 76.5, 99.5, 183.2, 233, 233.1, 275 à 277, 301 à 304, 309, 310 à 312, 346.1 et 431.1

► **LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET DE CERTAINES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION D'UNE ENTENTE COLLECTIVE LES CONCERNANT, RLRQ, c. R -24.0.2**

Ci-après « Loi sur la représentation des ressources » ou « LRR »

Articles : 1 à 29, 32 à 55, 61 à 64

► **LOI SUR LE PROTECTEUR DES USAGERS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, RLRQ, c. P-31.1**

Ci-après « Loi sur le protecteur »

Articles : 1, 8 à 10, 14 et 15, 20 à 26, 29 à 37

► **LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, RLRQ, c. A-2.1**

Ci-après « Loi sur l'accès »

Articles : 1, 7, 9, 42, 63.1, 64, 65.1, 83 et 89

► **RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION DES SERVICES OFFERTS PAR UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE ET UNE RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL, RLRQ, c. S-4.2, r2**

Ci-après « Règlement sur la classification »

Articles : 1 à 5

► **CODE DES PROFESSIONS, RLRQ, c. C-26**

Ci-après « Code des professions »

Articles : 39.7 et 39.8

Ces lois et règlements sont disponibles sur le site Internet des Publications du Québec :
<http://www3.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/loisreglements.fr.html>

3.2 RESSOURCE ET SES COMPOSANTES

Milieu complémentaire au milieu naturel ou au milieu institutionnel, les ressources ont leur place bien à elles au sein de la trajectoire des services de santé et des services sociaux. Elles permettent, par une réponse individualisée aux besoins diversifiés et évolutifs des usagers, de favoriser et de maintenir leur intégration, leur participation sociale et leur rétablissement au cœur de la communauté.

Agissant dans un esprit de partenariat avec les établissements publics qui assurent le suivi professionnel des usagers qui leurs sont confiés, les ressources sont complémentaires à la mission de ces établissements publics d'offrir des services de santé et de services sociaux de qualité aux usagers qui le requièrent.

La LSSSS définit les RI et les RTF, et en identifie leurs principales caractéristiques. Elle précise également certaines de leurs obligations et certains de leurs droits au même titre que d'autres lois et règlements, dont la LRR.

D'autres documents administratifs et contractuels complètent l'encadrement des RI et des RTF, dont les ententes collectives et les ententes nationales conclues entre les associations ou les organismes représentatifs de ces ressources et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Généralement, la compréhension dans le langage commun veut que la ressource soit souvent associée à la personne qui en est responsable. Toutefois, dans le présent cadre de référence, la notion de « ressource » est plus complète et se définit davantage en fonction d'un tout formé de trois composantes :

1 → LA PERSONNE RESPONSABLE

- ▶ Qu'elle soit personne physique, personne morale ou société de personnes.

2 → LE MILIEU DE VIE

- ▶ Qu'il s'agisse de la résidence principale de la personne responsable ou d'une installation.

3 → LE PROJET

- ▶ C'est-à-dire le type de ressource et le type d'organisation résidentielle proposés ainsi que la clientèle visée joints à l'offre de services de soutien ou d'assistance.

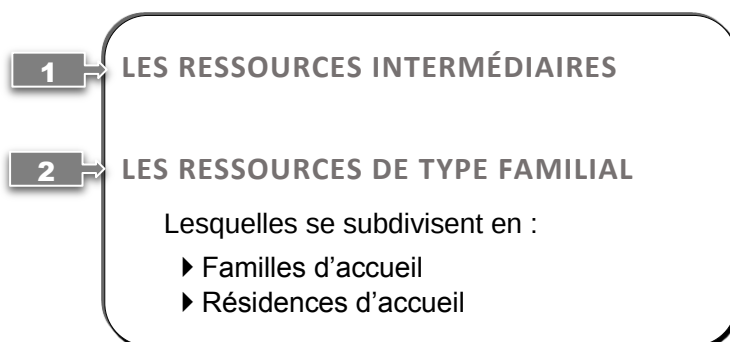
Une ressource doit détenir une reconnaissance de l'agence de la santé et des services sociaux de la région dans laquelle elle œuvre¹. L'obtention de cette reconnaissance est une condition *sine qua non* pour s'identifier et agir à titre de ressource.

Dûment reconnue, la ressource, à titre de prestataire de services, peut conclure une entente particulière ou spécifique avec un établissement identifié par l'agence concernée. Par cette entente, la ressource contribue à rendre aux usagers, par ailleurs inscrits aux services de cet établissement, des services de santé et des services sociaux de qualité.

La ressource est amenée à évoluer dans le temps, à travers l'une ou l'autre de ses composantes. Cette évolution de la ressource permet, entre autres, d'assurer, lorsque possible, la stabilité de l'usager dans son milieu de vie et l'accessibilité de l'usager au type de ressource approprié en fonction de ses besoins, en conformité avec les orientations et les principes directeurs du présent cadre de référence.

3.3 TYPES DE RESSOURCES

La LSSSS identifie deux types de ressources :



Chacun de ces types de ressources présente des caractéristiques distinctes, a des droits et des obligations qui, bien que similaires, peuvent être différents.

3.4 RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

La LSSSS, au premier alinéa de l'article 302, définit la RI comme suit :

- Article 302 -

Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. (...)

¹ Art. 304, par. 1, et 314, LSSSS.

Cette ressource pourra être exploitée par une personne physique, par une personne morale ou une société de personnes au sens du Code civil du Québec² (société en nom collectif, société en commandite ou société en participation)³.

Le milieu de vie offert est un milieu de vie adapté⁴ aux besoins de l'utilisateur, lequel doit, en conformité avec les orientations et les principes directeurs du présent cadre de référence, se rapprocher le plus possible d'un chez-soi.

Quant au projet de la RI, il répond à la définition prévue à l'article 302 de la LSSSS et s'inscrit dans l'un des types d'organisations résidentielles présentés au point 3.5 du présent cadre de référence, dont il doit respecter les caractéristiques.

3.5 TYPES D'ORGANISATIONS RÉSIDENTIELLES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Les orientations ministérielles entourant la reconnaissance d'une ressource qui sont contenues dans le Guide des responsabilités des agences identifient cinq types d'organisations résidentielles qui viennent compléter l'identité d'une RI et qui précisent les particularités administratives s'appliquant à chacun d'eux de même que les services de soutien ou d'assistance offerts.

Ces types d'organisations résidentielles sont les suivants :

RI RÉSIDENCE DE GROUPE

Le milieu de vie est un lieu physique où vivent un ou des usagers et où les services sont offerts par une ou des personnes qui n'y résident généralement pas. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 1 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.

RI MAISON DE CHAMBRE

Le milieu de vie est constitué d'une ou de plusieurs chambres situées dans un même lieu physique, avec ou sans pièces communes ou activités de groupe. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 2 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.

² Art. 2186, Code civil du Québec.

³ Art. 2187, Code civil du Québec.

⁴ Art. 302, LSSSS.

RI APPARTEMENT SUPERVISÉ

Le milieu de vie est constitué d'un ou de plusieurs appartements où résident un ou plusieurs usagers. L'usager n'est pas locataire de ce lieu. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 2 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.

AUTRES TYPES D'ORGANISATIONS RÉSIDENTIELLES

Le milieu de vie est un modèle d'organisation distinct des types d'organisations résidentielles définis précédemment. Il permet la flexibilité nécessaire à l'émergence de ressources qui viendraient répondre à de nouveaux besoins ou qui seraient mieux adaptées à de nouvelles pratiques.

RI MAISON D'ACCUEIL (RIMA)

Le milieu de vie est la résidence principale d'une ou de deux personnes physiques qui accueillent neuf usagers ou moins. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 1 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.



Ce type d'organisation résidentielle présente les mêmes particularités administratives et vise l'offre des mêmes services de soutien ou d'assistance qu'une RTF. Les orientations ministérielles entourant la reconnaissance contenues dans le Guide des responsabilités des agences prévoient que ce type d'organisation résidentielle devrait être utilisé uniquement en raison d'un impératif, par exemple en matière de protection de la jeunesse. Dans les autres cas, le projet privilégié devra être celui d'une RTF.

3.6 RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

Les RTF se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil⁵.

La LSSSS, à l'article 312, définit la famille d'accueil et la résidence d'accueil comme suit :

- Article 312 -

Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

⁵ Art. 310, LSSSS.

Seules une ou deux personnes physiques peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil ou de résidence d'accueil⁶. Les personnes morales et les sociétés de personnes ne peuvent pas être reconnues à ce titre.

Le milieu de vie offert doit impérativement être le lieu principal de résidence de ces personnes physiques⁷.

La notion de « lieu principal de résidence » n'est définie ni par la LSSSS, ni par la LRR qui y fait également référence⁸. Toutefois, le ministère du Revenu, dans un bulletin d'interprétation portant sur l'application de certaines exemptions fiscales au sens de la Loi sur les impôts⁹ accordées à un particulier reconnu à titre de RI ou de RTF, énonce qu'il s'agit de « l'endroit où le particulier vit régulièrement, normalement ou habituellement »¹⁰.

La notion de « lieu principal de résidence » est une question de fait; c'est-à-dire qu'elle doit reposer sur des facteurs réels, sur des éléments tangibles permettant à une personne de constater qu'un lieu est effectivement le lieu principal de résidence d'une ou de deux personnes physiques. La seule intention d'établir sa résidence principale dans ce lieu ne suffit pas¹¹.

Différents facteurs vont contribuer à établir le lieu principal de résidence d'une ou de deux personnes. Dans son bulletin d'interprétation, le ministère du Revenu en propose certains :

- ▶ « L'endroit où [la personne] dort normalement;
- ▶ L'endroit où se trouvent [ses] possessions;
- ▶ L'endroit où [elle] reçoit son courrier;
- ▶ L'endroit où réside sa famille immédiate, y compris son conjoint ou conjoint de fait et ses enfants »¹²;
- ▶ Le fait qu'elle partage les espaces communs de la résidence avec les usagers, c'est-à-dire « la cuisine, la salle de séjour, la salle à manger, la salle familiale et les entrées de la résidence »¹³.

Ces facteurs ne sont pas limitatifs et d'autres pourraient être considérés.

Si les milieux de vie offerts par l'ensemble des RTF doivent être le lieu principal de résidence de ces personnes, ce sont les caractéristiques du projet de la ressource qui distingueront véritablement la famille d'accueil de la résidence d'accueil de même que les RTF ayant des limitations d'exercice.

⁶ Art. 312, LSSSS.

⁷ *Idem.*

⁸ Art. 1, LRR.

⁹ RLRQ, c. I-3.

¹⁰ MINISTÈRE DU REVENU. *Bulletin d'interprétation et des pratiques administratives concernant les lois et les règlements*, IMP. 489-1/R1 du 31 mai 2005 concernant les articles 131 et 489 de la Loi sur les impôts.

¹¹ HARVEY C. *Société de l'assurance automobile du Québec*, 3310 QCCS, 2006.

¹² *Supra*, note 10.

¹³ *Idem.*

Il est donc essentiel que le projet de la ressource, à titre de famille d'accueil ou de résidence d'accueil, respecte ces paramètres au moment de la reconnaissance et en tout temps par la suite.

Voici les caractéristiques du projet de RTF :

RTF FAMILLE D'ACCUEIL

Le milieu de vie est la résidence principale d'une ou de deux personnes physiques qui accueillent au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public en vue de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 1 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.

RTF RÉSIDENCE D'ACCUEIL

Le milieu de vie est la résidence principale d'une ou de deux personnes physiques qui accueillent au maximum neuf adultes ou des personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public en vue de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. Les services communs offerts sont ceux visés par la section 1 de la partie 1 de l'annexe du Règlement sur la classification.

3.7 LIMITATIONS D'EXERCICE EN RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

En certaines occasions, le projet de la RTF est limité à certains usagers identifiés ou à un lieu d'exercice. Ces limitations d'exercice ne modifient cependant pas le fait que ces ressources sont de véritables RTF au sens de la LSSSS et qu'elles doivent répondre aux exigences légales de mêmes qu'aux caractéristiques énoncées précédemment.

Les orientations ministérielles contenues dans le Guide de responsabilités des agences identifient comme suit les RTF avec limitation d'exercice :

FAMILLE D'ACCUEIL DE PROXIMITÉ

La famille d'accueil exerce ses activités auprès d'un enfant qui lui est confié en raison de liens significatifs déjà présents entre cet enfant et la ou les personnes physiques constituant la ressource, dans l'esprit de l'article 4 de la Loi sur la protection de la jeunesse. Plus d'un enfant pourrait être accueilli, notamment une fratrie.

FAMILLE D'ACCUEIL ET RÉSIDENCE D'ACCUEIL EN MILIEU AUTOCHTONE

La famille d'accueil ou la résidence d'accueil exerce ses activités au sein d'une communauté autochtone.

3.8 RECONNAISSANCE PAR L'AGENCE

Toute ressource, qu'elle soit RI ou RTF avec ou sans limitations d'exercice, doit, pour s'identifier et agir à ce titre, obtenir la reconnaissance de l'agence de la santé et des services sociaux concernée¹⁴.

Pour officialiser cette reconnaissance, l'agence transmet à la personne physique, à la personne morale ou à la société de personnes un certificat signé par l'autorité compétente. L'agence en transmet une copie à l'établissement.

Trois types de certificats peuvent être émis par l'agence :

- 1 → LE CERTIFICAT À TITRE DE RI
- 2 → LE CERTIFICAT À TITRE DE RTF-FA
- 3 → LE CERTIFICAT À TITRE DE RTF-RA

Dans le cas où une ressource aurait un double statut, notamment celui de RTF-FA et de RTF-RA, le certificat le mentionnera.

Ce certificat de reconnaissance contient plusieurs informations importantes. Voici le contenu minimal du certificat de reconnaissance :

- ☒ Nom de l'agence émettrice
- ☒ Nom de la personne physique, de la personne morale ou de la société de personnes qui constitue la ressource
- ☒ Adresse du lieu physique déterminé comme milieu de vie ou adresse de chacun des appartements, le cas échéant
- ☒ Type de ressource :
 - Ressource intermédiaire
 - Ressource de type familial - Famille d'accueil
 - Ressource de type familial - Résidence d'accueil
- ☒ Limitations d'exercice pour les RTF, le cas échéant :
 - Famille d'accueil de proximité
 - RTF en milieu autochtone
- ☒ À titre indicatif, le ou les types d'organisations résidentielles de la ressource intermédiaire seront inscrits dans le certificat. Cette information est, par ailleurs, obligatoire dans le cas des RIMA.
- ☒ Date d'émission du certificat de reconnaissance
- ☒ Signature de la personne autorisée de l'agence

¹⁴ Art. 304 et 314, LSSSS.

3.9 RÉGIME DE REPRÉSENTATION

L'adoption de la LRR, le 12 juin 2009, institue le régime de représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires.

Les régimes de représentation sont distincts pour les RTF et les RI visées par la LRR et les autres RI non visées par la LRR.

3.9.1 RESSOURCE VISÉE PAR LA LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES

Ces ressources sont communément désignées comme des ressources visées par la LRR ou, dans le langage commun, comme des ressources « régime ».

3.9.1.1 APPLICATION

La LRR s'applique à toutes les RTF, qu'elles soient famille d'accueil ou résidence d'accueil¹⁵, à l'inclusion de celles qui ont une limitation d'exercice.

Elle vise également la personne physique responsable d'une RI en autant que cette personne physique respecte les conditions suivantes établies à l'article 1 de la LRR :

- Article 1 -

(...)

1. Elle accueille, à son lieu principal de résidence, un maximum de neuf usagers qui lui sont confiés par un ou plusieurs établissements publics;
2. En l'absence temporaire d'usagers, elle maintient son lieu principal de résidence pour être utilisée comme résidence de telles personnes.

La LRR s'applique également à des personnes physiques responsables qui exploitent la RI au moyen d'une société de personnes.

Par ailleurs, les employés des ressources visées par la LRR sont exclus de l'application de la LRR¹⁶.

3.9.1.2 EFFETS

La LRR crée, en faveur des ressources auxquelles elle est applicable, un régime collectif de représentation et de négociation complet s'appliquant à l'exclusion de tout autre régime¹⁷.

La LRR prévoit des modalités d'application (encadrement) de droits dont les ressources disposent. C'est notamment ce qu'est venu confirmer le jugement Confédération des syndicats nationaux c. Québec (procureur général), 2008 QCCS 5076.

¹⁵ Art.1, LRR.

¹⁶ Art. 2, al. 1, LRR.

¹⁷ Art. 61, LRR.

3.9.1.3 ENCADREMENT DU DROIT D'ASSOCIATION

La LRR confère à chaque ressource visée le « droit d'appartenir à une association de son choix et de participer à la formation de cette association, à ses activités et à son administration »¹⁸.

Ce droit d'association inclut des protections pour la ressource interdisant notamment à toute personne :

- ▶ D'user « d'intimidation ou de menaces pour amener quiconque à devenir membre, à s'abstenir de devenir membre ou à cesser d'être membre d'une association de ressources »¹⁹;
- ▶ De dominer ou d'« entraver la formation des activités d'une association de ressources »²⁰.

La LRR prévoit d'ailleurs la possibilité de porter plainte en cas de non-respect de ces droits devant la Commission des relations du travail²¹.

Une association de ressources peut, si elle répond aux conditions et aux modalités prévues dans la LRR, obtenir une reconnaissance de la Commission des relations du travail afin de représenter toutes les ressources d'un établissement public qui font partie de l'un des deux groupes suivants :

- ▶ Les familles d'accueil et les ressources intermédiaires destinées aux enfants;
- ▶ Les résidences d'accueil et les ressources intermédiaires destinées aux adultes.

Une fois l'association reconnue, le groupe identifié correspond à l'unité de représentation de cette association. Chaque ressource, actuelle ou future, liée à l'établissement public concerné et incluse dans ce groupe, est comprise dans cette unité de représentation.

3.9.1.4 ENCADREMENT DU DROIT À LA REPRÉSENTATION

La LRR prévoit les droits et les pouvoirs de l'association de ressources reconnue²². Celle-ci a notamment le devoir de représenter toutes les ressources comprises dans l'unité de représentation.

En corolaire de ce devoir de représentation, l'association reconnue peut aviser par écrit le ministre de la Santé et des Services sociaux du montant fixé pour la cotisation que chaque ressource comprise dans l'unité de représentation doit lui verser²³.

¹⁸ Art. 3, LRR.

¹⁹ Art. 7, LRR.

²⁰ Art. 8, LRR.

²¹ Art. 9, LRR.

²² Art. 20, LRR.

²³ Art. 21, LRR.

De plus, la LRR prévoit qu'une « association de ressources reconnue ne doit pas agir de mauvaise foi ou de manière arbitraire ou discriminatoire, ni faire preuve de négligence grave à l'endroit des ressources »²⁴ membres ou non de l'association. En cas de non-respect, la ressource a un droit de plainte auprès de la Commission des relations du travail²⁵.

3.9.1.5 ENCADREMENT DU DROIT À LA NÉGOCIATION

La LRR prévoit finalement un droit à la négociation et à la conclusion d'une entente collective entre l'association de ressources reconnue ou un groupement d'associations et le ministre de la Santé et des Services sociaux²⁶.

La négociation et l'entente ainsi conclues portent notamment sur les matières suivantes prévues à l'article 33 de la LRR :

- Article 33 -

(...)

- 1° les modes et l'échelle de rétribution des services et des rétributions spéciales des ressources visées par l'entente, en tenant compte de la classification établie par le ministre en vertu de l'article 303 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), et les diverses mesures et modalités relatives au paiement de cette rétribution;
- 2° les montants destinés à donner accès à des programmes et à des services répondant aux besoins des ressources, notamment en matière de régimes sociaux, de santé, de sécurité, de formation et de perfectionnement;
- 3° les conditions et modalités applicables aux congés dont peuvent bénéficier les ressources;
- 4° la procédure de règlement d'une mésentente relative à l'interprétation ou à l'application d'une entente collective;
- 5° la mise sur pied de comités pour établir les modalités d'application des différents programmes.

L'entente collective doit également contenir les conditions et les modalités visant la compensation d'une ressource « pour la perte de revenu et autres avantages subie en raison de la suspension ou de la révocation de sa reconnaissance lorsque cette mesure a été annulée par le Tribunal administratif du Québec »²⁷.

Certains articles de la LRR prévoient, quant à eux, que le contenu d'une entente collective ne peut porter sur les sujets suivants :

- Une « règle, une norme ou une mesure établie dans la » LSSSS, la LPJ, ou la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) « ou leurs règlements et à laquelle est déjà assujettie la ressource »²⁸ ;

²⁴ Art. 22, LRR.

²⁵ Art. 23, LRR.

²⁶ Art. 32, LRR.

²⁷ Art. 35, LRR.

²⁸ Art. 37, par. 1, LRR.

- ▶ Les « matières exclusives d'une entente spécifique »²⁹ (nombre de places reconnues à la ressource, type d'usager pouvant lui être confié, identification des répondants des parties aux fins de leurs relations d'affaires, durée de l'entente)³⁰;
- ▶ L'« exercice des pouvoirs et des responsabilités dévolus par la » LSSSS et ses règlements à un établissement, à une agence, au ministre ou sur la compétence conférée au Tribunal administratif du Québec³¹;
- ▶ L'exercice des pouvoirs d'une agence « relativement à la reconnaissance des ressources »³²;
- ▶ L'exercice des pouvoirs d'un établissement public :
 - « de procéder au recrutement et à l'évaluation de telles ressources »³³,
 - « à l'égard des services cliniques et professionnels requis par les usagers »³⁴,
 - « d'exercer un contrôle sur la qualité des services offerts aux usagers confiés aux ressources »³⁵.

La LRR prévoit les paramètres entourant la négociation de l'entente collective (médiation³⁶, différend³⁷, durée³⁸, signature³⁹, etc.) de même que les modalités à respecter par les ressources lors de l'exercice de moyens de pression⁴⁰.

L'entente collective conclue s'applique à toutes les ressources comprises dans l'unité de représentation de même qu'à l'établissement public auquel ces ressources sont liées. Elle s'applique également à toute nouvelle ressource qui devient liée à l'établissement public⁴¹.

3.9.1.6 RESSOURCES NON REPRÉSENTÉES

Certaines ressources visées par la LRR peuvent ne pas être représentées par une association de ressources reconnue.

Dans ce cas, le ministre peut rendre applicable à ces ressources non représentées, avec l'autorisation du Conseil du trésor, tout élément d'une entente collective qu'il a conclue avec une association reconnue, à l'inclusion de la détermination de la rétribution applicable⁴².

²⁹ Art. 37, par. 2, LRR.

³⁰ Art. 55, LRR.

³¹ Art. 37, par. 3, et art. 62 LRR.

³² Art. 37, par. 3, et art. 63, par. 1, LRR.

³³ Art. 37, par. 3, et art. 63, par. 2, LRR.

³⁴ Art. 37, par. 3, et art. 63, par. 3, LRR.

³⁵ Art. 37, par. 3, et art. 63, par. 4, LRR.

³⁶ Art. 42 et suivants, LRR.

³⁷ Art. 46, LRR.

³⁸ Art. 47 et 48, LRR.

³⁹ Art. 49, LRR.

⁴⁰ Art. 53, LRR.

⁴¹ Art. 38, LRR.

⁴² Art. 64, LRR, et art. 303, al. 3, par. 2, LSSSS.

3.9.2 RESSOURCE NON VISÉE PAR LA LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES

Ces ressources sont également désignées, dans le langage commun, comme des ressources « hors régime ».

3.9.2.1 APPLICATION

Ce sont des RI non visées par la LRR. Sont exclues les RTF et les RI qui répondent aux conditions d'application de la LRR, notamment lorsque la ou les personnes physiques responsables de la ressource exercent dans leur lieu de résidence principale, auprès d'un maximum de neuf usagers⁴³.

Les employés des RI sont également exclus du régime de représentation.

Ces RI peuvent être exploitées :

- ▶ par une personne morale;
- ▶ par une ou des personnes physiques;
- ▶ par une société de personnes;

et ce, quel que soit le type d'organisation résidentielle :

- ▶ résidence de groupe;
- ▶ maison de chambre;
- ▶ appartement supervisé;
- ▶ autres.

3.9.2.2 EFFETS

La LSSSS n'institue pas, comme le fait la LRR, un régime complet de représentation et de négociation pour les RI non visées.

Toutefois, la LSSSS prévoit différents droits pour ces ressources leur permettant d'être membres d'un organisme représentatif, de négocier et de conclure, par l'intermédiaire de cet organisme, une entente sur leurs conditions d'exercice.

⁴³ Art. 1, LRR.

3.9.2.3 DROIT D'ASSOCIATION

La LSSSS reconnaît implicitement la possibilité pour les RI non visées par la LRR d'être membres d'un organisme de ressources⁴⁴.

Seul peut être désigné comme organisme représentatif de ces ressources, « un organisme qui, à l'échelle nationale, regroupe des ressources destinées à des enfants ou des ressources destinées à des adultes et qui compte, comme membres, soit au moins 20% du nombre total de ces ressources à l'échelle nationale, soit le nombre de ressources requis pour desservir au moins 30% du nombre total des usagers de ces ressources à l'échelle nationale »⁴⁵.

Un groupement formé d'organismes de telles RI intervenant à l'échelle locale ou régionale peut être représentatif pourvu qu'il assure la même représentativité⁴⁶.

3.9.2.4 DROIT À LA NÉGOCIATION

La LSSSS reconnaît le droit aux RI non visées par la LRR de conclure, par l'intermédiaire de l'organisme représentatif, une entente avec le ministre de la Santé et des Services sociaux portant sur leurs conditions d'exercice⁴⁷.

Les matières visées par cette entente sont les suivantes :

- Article 303.1 -

(...):

- 1° les conditions minimales et particulières de prestation des services de ces ressources;
- 2° les modes et l'échelle de rétribution de ces services, en tenant compte de la classification établie par le ministre en vertu de l'article 303, et les diverses mesures et modalités relatives au paiement de cette rétribution;
- 3° le financement, la mise sur pied et le maintien de programmes et de services répondant aux besoins de l'ensemble des ressources que l'organisme représente, notamment en matière de formation et de perfectionnement;
- 4° la mise sur pied de tout comité mixte, soit pour assurer le suivi administratif de l'entente, soit aux fins d'assurer la formation et le perfectionnement suffisants au maintien et à la relève des ressources, soit à toute autre fin jugée utile ou nécessaire par les parties.

(...)

Toutes les ressources membres ou non de l'organisme représentatif sont liées par cette entente. Il en est de même pour l'établissement public concerné et pour les agences⁴⁸.

⁴⁴ Art. 303.2, LSSSS.

⁴⁵ Art. 303.2, al. 1, LSSSS.

⁴⁶ Art. 303.2, al. 2, LSSSS.

⁴⁷ Art. 303.1, LSSSS.

⁴⁸ Art. 303.1, al. 2, LSSSS.

3.9.2.5 ABSENCE D'ENTENTE

À défaut d'entente conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et un des organismes représentatifs des RI non visées par la LRR, le ministre détermine, avec l'autorisation de Conseil de trésor, le mode et l'échelle de rétribution des services et les différentes mesures et modalités relatives au paiement de la rétribution de ces ressources⁴⁹.

3.10 SERVICES DEVANT ÊTRE RENDUS PAR UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE OU DE TYPE FAMILIAL

Une ressource doit procurer un milieu de vie et rendre des services de soutien ou d'assistance à un usager qui lui est confié par l'établissement⁵⁰.

3.10.1 MILIEU DE VIE

Le milieu de vie constitue une des trois composantes essentielles d'une ressource. Ainsi, le milieu de vie peut varier en fonction du type de ressources, RI ou RTF, et selon le type d'organisation résidentielle de la ressource. Il peut notamment s'agir d'une résidence de groupe, d'une maison de chambre, d'appartements supervisés ou de la résidence principale de la ou des personnes responsables de la ressource.

Un milieu de vie est :

- ▶ Un endroit où l'usager réside et où il se sent « chez lui »;
- ▶ Un endroit où l'on est à son écoute et où l'on tient compte de ses dimensions affectives, sociales, comportementales, physiques et spirituelles dans la réponse individualisée à ses besoins;
- ▶ Un endroit où l'on organise les lieux physiques de façon chaleureuse et accueillante;
- ▶ Un endroit où l'usager est reconnu et valorisé comme un membre de la collectivité;
- ▶ Un endroit où la dignité humaine est présente au quotidien dans les services rendus à l'usager.

En tout temps, ce milieu de vie doit se rapprocher le plus possible d'un chez-soi et refléter les orientations et les principes directeurs du présent cadre de référence.

⁴⁹ Art. 303.1, al. 3, LSSSS.

⁵⁰ Art. 302 et 312, LSSSS, et art. 1, Règlement sur la classification.

3.10.2 SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE

Selon le *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires* publié en 2001, « les services de soutien ou d'assistance sont composés de l'ensemble des services permettant d'assurer à l'utilisateur une réponse adaptée à ses besoins et à sa situation »⁵¹.

Les services de soutien ou d'assistance sont désormais établis et définis dans le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial et dans l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance qui en fait partie intégrante. Toute ressource, qu'elle soit RI ou RTF, a l'obligation d'offrir des services de soutien ou d'assistance en conformité avec le contenu dudit règlement⁵².

Le Règlement sur la classification précise les services de soutien ou d'assistance de la façon suivante :

1

LES SERVICES COMMUNS

Ils sont établis et définis dans la partie 1 de l'Instrument⁵³.

2

LES SERVICES PARTICULIERS

Ils sont déterminés par l'établissement en complétant la partie 2 de l'Instrument pour un usager confié à la ressource⁵⁴.

3.10.3 SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS

Les services communs représentent les services de soutien ou d'assistance généraux devant être offerts par toutes les ressources, à tous les usagers, quel que soit le type de clientèle.

Les services communs concernent le milieu de vie, les activités de la vie quotidienne et domestique d'un usager de même que les différents services visant à assurer sa sécurité et son bien-être.

⁵¹ MSSS. *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires*, avril 2001, p. 18.

⁵² Art. 1, Règlement sur la classification.

⁵³ Art. 3, al. 1, Règlement sur la classification.

⁵⁴ Art. 3, al. 2, et art. 4, al. 1, Règlement sur la classification.

Ils sont différents selon les types de ressources et les types d'organisations résidentielles suivants :

1 → LES RTF ET LES RI :

« maison d'accueil » ou « résidence de groupe », à l'inclusion d'un autre type d'organisation nécessitant des services similaires⁵⁵

2 → LES RI de type :

« appartement supervisé » ou « maison de chambre », à l'inclusion d'un autre type d'organisation nécessitant des services similaires⁵⁶

La mise en œuvre par la ressource des services de soutien ou d'assistance communs prend en compte les lois et règlements de même que les règles de l'art applicables. Certaines politiques, certains protocoles ou des procédures de l'établissement sont également prises en compte pourvu qu'elles soient applicables à la ressource et pertinentes à l'un ou l'autre des services communs. Les gestes et les actions de la ressource nécessaires à la mise en œuvre des services communs doivent s'adapter à la clientèle hébergée et avoir en tout temps pour objectif la dispensation de services personnalisés et de qualité à chaque usager.

Les ententes collectives ou nationales complètent par ailleurs le Règlement sur la classification et l'Instrument eu égard aux services offerts par la ressource, notamment en précisant certaines conditions d'exercice de la ressource.

Le Guide d'utilisation de l'Instrument présente la notion de services de soutien ou d'assistance communs devant être offerts par une ressource.

Le tableau ci-après présente la liste des services de soutien ou d'assistance communs établis et définis dans le Règlement sur la classification.

⁵⁵ Art. 3, al. 1, et Partie 1, section 1, Instrument, Règlement sur la classification.

⁵⁶ Art. 3, al. 1, et Partie 1, section 2, Instrument, Règlement sur la classification.

Figure 3

SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS

SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS OFFERTS PAR UNE RTF OU UNE RI

(RI de type d'organisation « maison d'accueil », « résidence de groupe », à l'inclusion d'un autre type d'organisation nécessitant des services similaires)

1. Entretenir le milieu de vie
2. Assurer le confort et la sécurité
3. Préparer et assurer le service des repas
4. Entretenir les vêtements
5. S'assurer que l'utilisateur a une hygiène adéquate
6. Effectuer les acquisitions nécessaires aux usagers
7. Assurer la gestion de l'allocation pour dépenses personnelles des usagers et faire l'inventaire des biens
8. Soutenir et assister l'utilisateur dans les activités de la vie courante
9. Établir un cadre de vie
10. Favoriser l'accès de l'utilisateur aux activités organisées par la ressource ou dans la communauté
11. Assurer un suivi adéquat de l'ensemble des services de santé et des services sociaux nécessaires
12. Assurer la protection contre les abus
13. Assurer une présence de qualité
14. Favoriser l'intégration dans le milieu de vie et social
15. Collaborer avec les différents intervenants impliqués auprès de l'utilisateur
16. Collaborer avec l'établissement
17. Favoriser le maintien des liens de l'utilisateur avec sa famille, s'il y a lieu, et les personnes significatives pour lui

SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS OFFERTS PAR UNE RI

(RI de type « appartement supervisé », « maison de chambre », à l'inclusion d'un autre type d'organisation nécessitant des services similaires)

1. Offrir un appartement ou une chambre sécuritaire, propre et fonctionnel
2. S'assurer de la réalisation des activités de la vie domestique (AVD) de l'utilisateur
3. S'assurer de la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ)
4. S'assurer des bonnes habitudes de vie de l'utilisateur
5. Assurer la gestion de l'allocation pour dépenses personnelles des usagers et faire l'inventaire des biens
6. Assurer un suivi adéquat de l'ensemble des services de santé et des services sociaux nécessaires
7. Assurer la protection contre les abus
8. Assurer la disponibilité d'une personne responsable en tout temps
9. Favoriser l'intégration dans le milieu de vie et social
10. Collaborer avec les différents intervenants impliqués auprès de l'utilisateur
11. Collaborer avec l'établissement
12. Favoriser le maintien des liens de l'utilisateur avec sa famille, s'il y a lieu, et les personnes significatives pour lui

3.10.4 SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS

Les services particuliers sont l'ensemble des services de soutien ou d'assistance que doit rendre la ressource à un usager identifié, en fonction de sa condition personnelle. Ils sont propres à un usager et s'ajoutent aux services communs⁵⁷.

Ces services se regroupent sous différents thèmes que sont les descripteurs prévus dans l'Instrument. L'établissement détermine les services particuliers à l'aide de la liste des services voulus prévue dans l'Instrument, sous chacun des descripteurs. Il doit identifier les services voulus de façon à ce que l'usager puisse atteindre l'objectif propre à chacun des descripteurs⁵⁸.

À titre d'exemple, le descripteur « Alimentation » prévoit les services voulus que peut identifier l'établissement pour l'usager de manière à ce qu'il puisse atteindre l'objectif de « s'alimenter proprement, sans risque d'étouffement et de problème pour sa santé »⁵⁹.

Le tableau qui suit présente l'ensemble des descripteurs et des objectifs poursuivis par chacun d'eux, tels qu'ils sont prévus dans l'Instrument.

⁵⁷ Art. 3, al. 2, Règlement sur la classification.

⁵⁸ Art. 4, al. 1, et Partie 2, section 2, Instrument, Règlement sur la classification.

⁵⁹ Partie 2, section 2, Instrument, Règlement sur la classification.

Figure 4

SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS

DESCRIPTEURS ET OBJECTIFS

1. **ALIMENTATION**
S'alimenter proprement, sans risque d'étouffement et de problème pour sa santé.
2. **HABILLEMENT**
Choisir des vêtements appropriés. S'habiller et se déshabiller correctement. Mêmes actions pour ses orthèses et ses prothèses, s'il y a lieu.
3. **HYGIÈNE**
Se laver (corps, cheveux) correctement.
4. **HYGIÈNE (suite)**
Entretenir sa personne.
5. **ÉLIMINATION**
Accomplir toutes les activités reliées à cette fonction.
6. **MOBILITÉ (transferts)**
Avoir la mobilité pour ses transferts (au bain, chaise, lit, toilette).
7. **MOBILITÉ (déplacements)**
Effectuer ses déplacements de façon sécuritaire.
8. **MOBILITÉ (escaliers)**
Monter et descendre les escaliers de façon sécuritaire.
9. **CONDUITE (impulsions)**
Contrôler ses impulsions.
10. **CONDUITE (émotions)**
Maîtriser ses émotions.
11. **CONDUITE (capacité relationnelle)**
Avoir un mode relationnel convenable.
12. **CONDUITE (comportements autodestructeurs)**
Contrôler ses comportements autodestructeurs.
13. **INTÉGRATION**
Fréquentation et maintien de l'usager dans ses activités d'intégration (scolaire-travail-autres).
14. **VIE AUTONOME**
L'atteinte ou le maintien de l'autonomie dans les activités de la vie domestique.
15. **PHYSIQUE (médicaments)**
Distribution et administration des médicaments.
16. **PHYSIQUE (soins)**
Problèmes de santé, incapacité physique et sensorielle nécessitant des soins particuliers et des services des professionnels de la santé autres que des médicaments.
17. **RENDEZ-VOUS**
Accompagner l'usager à ses rendez-vous de nature psychosociale, familiale, scolaire-travail-autres, ou avec les professionnels de la santé ou pour des activités extérieures.

Pour chaque service identifié, l'établissement doit, en collaboration avec la ressource et s'il y a lieu, ajouter des précisions quant aux moyens appropriés et aux règles à suivre pour la dispense des services voulus pour l'utilisateur concerné⁶⁰. Ces précisions sont apportées « en fonction de l'intérêt de l'utilisateur, de son état de santé et de bien-être, des procédures, des protocoles et des autres règles de soins applicables dans l'établissement »⁶¹.

L'ajout de précisions sous les services particuliers déterminés pour l'utilisateur permet donc de définir et de préciser davantage le service voulu de la part de la ressource compte tenu des particularités propres à l'utilisateur telles que ses habitudes, ses préférences, ses caractéristiques. Cet ajout permet également d'identifier et de faire connaître à la ressource les procédures, les protocoles ou les autres règles de soins, de même que leurs modalités d'application et d'encadrement (délais, documents à compléter, formations, suivis, etc.), qu'elle doit suivre et appliquer lors de la dispensation de ces services.

Le Guide d'utilisation de l'Instrument présente les règles entourant l'utilisation de la section 2 de la partie 2 de l'Instrument eu égard aux services particuliers et à la précision de ces derniers.

3.10.5 ACTIVITÉS DÉLÉGUÉES

Les services de soutien ou d'assistance, communs ou particuliers, établis par le Règlement sur la classification ne constituent pas des services professionnels en matière de santé ou de services sociaux. De tels services professionnels ne peuvent donc être exigés de la part d'une RI ou d'une RTF.

Toutefois, une personne agissant dans le cadre des activités d'une RI ou d'une RTF peut légalement exercer certaines activités autrement réservées à des professionnels en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professions.

D'une part, l'article 39.7 de ce Code permet à une personne agissant dans le cadre des activités d'une RI ou d'une RTF d'exercer des activités de « soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne qui sont requis sur une base durable et nécessaire au maintien de la santé » et prévoit que ces activités ne constituent pas, dans ce contexte, une activité professionnelle réservée à un membre d'un ordre professionnel.

D'autre part, l'article 39.8 du Code des professions permet également à une personne agissant dans le cadre des activités d'une RI ou d'une RTF d'administrer « des médicaments prescrits et prêts à être administrés, par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale, vaginale ou par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée ».

L'Instrument, notamment la section 2 de la partie 2 concernant les services particuliers, permet à l'établissement d'indiquer, pour chaque usager concerné, la nécessité d'exercer l'une et l'autre de ces activités autrement réservées à des professionnels et d'en préciser les modalités d'exercice et d'encadrement.

⁶⁰ Art. 4, al. 2, et Partie 2, section 2, Instrument, Règlement sur la classification.

⁶¹ Partie 2, section 2, Instrument, Règlement sur la classification.

3.10.6 NIVEAU DE SERVICES

Le Règlement sur la classification introduit la classification des services offerts par les ressources, laquelle est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par chacun des usagers qui leur est confié⁶². C'est par l'intermédiaire de l'Instrument qu'est établi le niveau de services offert par la ressource à chacun des usagers qui lui est confié⁶³.

3.11 ABSENCE TEMPORAIRE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA RESSOURCE

Afin d'assurer la stabilité et la continuité des services à l'utilisateur, la ressource assume, en tout temps, les rôles et les responsabilités qui lui sont dévolus.

Pour ce faire, le Règlement sur la classification établit que la ressource doit assurer une présence de qualité dans le milieu de vie⁶⁴. La personne qui est présente doit donc posséder les compétences (aptitudes, habiletés, connaissances) requises pour assurer la dispensation des services de soutien ou d'assistance requis par les usagers pour atteindre l'objectif de continuité des services.

C'est la ressource qui a la responsabilité de s'assurer que cette personne qui agit à titre d'employée ou de remplaçante possède les compétences requises, ou, le cas échéant, qu'elle les obtienne et les maintienne. L'établissement peut collaborer avec la ressource à cet égard.

Ainsi, la prestation de services de la ressource n'est pas interrompue par une absence temporaire de la personne responsable de la ressource, tel que le reconnaissent les ententes collectives.

Les attentes de l'établissement à l'égard de la ressource doivent tenir compte de cette réalité.

3.12 DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

À titre de personne qui dispense des services pour le compte de l'établissement, la ressource « doit déclarer au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'utilisateur ».⁶⁵

⁶² Art. 303 et 314, LSSSS, et art. 2, Règlement sur la classification.

⁶³ Art. 5, Règlement sur la classification.

⁶⁴ Partie 1, sections 1 et 2, Instrument, Règlement sur la classification.

⁶⁵ Art. 233.1, LSSSS.

Les articles 8 et 183.2 de la LSSSS définissent respectivement la notion d'accident et d'incident aux fins de la déclaration requise de la façon suivante :

- Article 8 -

(...)

« accident » : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

- Article 183.2 -

(...)

« incident » : une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

Généralement, l'établissement doit demander à la ressource que lui soient transmis les renseignements suivants :

- ▶ La date et l'heure de l'incident ou de l'accident ainsi que l'endroit où il s'est produit;
- ▶ La nature et les circonstances de l'incident ou de l'accident;
- ▶ La description des faits;
- ▶ Le nom de la ou des autres personnes impliquées;
- ▶ Les actions entreprises et les personnes avisées au sein de la ressource ou de l'établissement ou ailleurs;
- ▶ Les conséquences immédiates de l'incident ou de l'accident;
- ▶ Les recommandations que le déclarant juge pertinentes, le cas échéant.

La ressource doit donc consigner tous les incidents et les accidents qui surviennent à l'occasion de l'exercice de ses activités et qui impliquent un usager. Elle doit aussi s'assurer qu'ils soient systématiquement rapportés à l'établissement au moyen des documents fournis par celui-ci.

Les incidents et les accidents sont par la suite traités par l'établissement dans le cadre des lois applicables et conformément à ses politiques ou ses procédures.

3.13 RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

La LSSSS institue un régime d'examen des plaintes des usagers ayant notamment pour but d'améliorer la qualité des services de santé et des services sociaux offerts par l'établissement, par les membres de son personnel, par les personnes qui exercent leur profession de même que par toute personne, à l'inclusion d'une RI ou d'une RTF, auquel l'établissement recourt⁶⁶.

3.13.1 PLAINTÉ D'UN USAGER

Tout usager ou son représentant peut formuler une plainte, écrite ou verbale, auprès du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) sur les services « qu'il a reçus, aurait dû recevoir, recourt ou requiert » de la ressource⁶⁷.

Dans le cas d'un usager décédé, ce droit peut être exercé par ses héritiers et ses représentants légaux⁶⁸.

Le CLPQS procède à l'étude de la plainte en conformité avec les dispositions de la LSSSS et de la procédure d'examen des plaintes de l'établissement.

La ressource est informée de la réception de la plainte :

- ▶ Par un avis écrit du CLPQS ou;
- ▶ Par la transmission d'une copie de la plainte, si le CLPQS est d'avis qu'il n'y a pas de préjudice pour l'usager;
- ▶ Verbalement, si la plainte est verbale⁶⁹.

En cours de l'examen de la plainte, la « plus haute autorité de la ressource » est invitée par le CLPQS à lui présenter ses observations⁷⁰.

La « plus haute autorité de la ressource » reçoit, par ailleurs, une copie des conclusions motivées du CLPQS et de ses recommandations⁷¹.

La ressource a l'obligation de collaborer avec le CLPQS lors de l'examen de la plainte :

- ▶ En lui fournissant tous les renseignements et tous les documents qu'il exige, y compris les documents contenus au dossier de l'usager;
- ▶ En assistant, sauf excuse valable, à une rencontre convoquée par le CLPQS⁷².

⁶⁶ Art. 29 et 34, LSSSS.

⁶⁷ Art. 34, al. 1, LSSSS.

⁶⁸ Art. 34, al. 3, LSSSS.

⁶⁹ Art. 34, al. 4, par. 6, LSSSS.

⁷⁰ Art. 34, al. 4, par. 8, LSSSS.

⁷¹ Art. 33, al. 2, par. 6, LSSSS.

⁷² Art. 36, LSSSS.

De plus, si pendant l'examen de la plainte ou dans ses recommandations, le CLPQS constate qu'une pratique ou que la conduite d'un membre du personnel de la ressource soulève des questions disciplinaires, il en saisit la plus haute autorité de la ressource « pour étude plus approfondie, suivi du dossier et prise de mesures appropriées »⁷³. Le cas échéant, la ressource doit :

- ▶ Diligemment procéder à l'étude du comportement en cause et au suivi du dossier⁷⁴;
- ▶ Faire un rapport au CLPQS périodiquement du progrès de l'étude⁷⁵;
- ▶ Informer le CLPQS de l'issue du dossier et, le cas échéant, de toute mesure disciplinaire prise⁷⁶.

Les dispositions de la LSSSS de même que la procédure d'examen des plaintes de l'établissement permettent d'en connaître davantage sur ce processus. À cet effet, il est souhaitable que la procédure d'examen des plaintes de l'établissement soit remise à la ressource.

De plus, afin de favoriser le droit de l'usager de porter plainte, la ressource peut afficher visiblement, dans un lieu accessible aux usagers de son milieu de vie, les renseignements relatifs à l'exercice de ce droit, lesquels doivent notamment prévoir que la plainte doit être adressée au CLPQS, et indiquer ses coordonnées.

3.13.2 RECOURS AU PROTECTEUR DES USAGERS

L'usager qui est en désaccord avec les conclusions ou avec le suivi accordé aux recommandations du CLPQS peut exercer un recours auprès du Protecteur des usagers⁷⁷, dont les fonctions sont exercées par le Protecteur du citoyen⁷⁸. La ressource qui était concernée par la plainte d'un usager auprès du CLPQS peut être interpellée dans un tel recours.

Le processus d'examen des plaintes auprès du Protecteur des usagers est similaire à celui auprès du CLPQS. Ainsi, la ressource est informée du recours au Protecteur des usagers⁷⁹, peut lui présenter ses observations⁸⁰ et reçoit copie de ses conclusions et de ses recommandations⁸¹.

La ressource doit collaborer avec le Protecteur des usagers de la même façon qu'avec le CLPQS⁸². Toutefois, la plus haute autorité de la ressource doit, dans les trente jours de la réception d'une recommandation formulée à son attention par le Protecteur des usagers, l'informer par écrit, de même que le plaignant, des suites qu'elle entend donner à cette

⁷³ Art. 33, al. 2, par. 5, LSSSS.

⁷⁴ Art. 37, al. 1, LSSSS.

⁷⁵ Art. 37, al. 1, LSSSS.

⁷⁶ Art. 37, al. 2, LSSSS.

⁷⁷ Art. 8, al. 1, par. 1, Loi sur le protecteur.

⁷⁸ Art. 1, Loi sur le protecteur.

⁷⁹ Art. 10, al. 2, par. 4, Loi sur le protecteur.

⁸⁰ Art. 10, al. 2, par. 5, Loi sur le protecteur.

⁸¹ Art. 10, al. 2, par. 6, Loi sur le protecteur.

⁸² Art. 14, Loi sur le protecteur.

recommandation et, si elle n'entend pas y donner suite, les informer du motif justifiant sa décision⁸³.

3.13.3 POUVOIR D'INTERVENTION DU CLPQS

Même en l'absence de plainte, le CLPQS peut intervenir relativement à une situation factuelle portée à sa connaissance, impliquant une ressource, et pour laquelle il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés⁸⁴.

Lors de la conduite d'une intervention, la ressource concernée doit également collaborer avec le CLPQS, de la même façon que lors de l'étude d'une plainte, soit en lui fournissant les renseignements et les documents exigés et en assistant aux rencontres qu'il convoque⁸⁵.

À l'issue d'une telle intervention, le CLPQS peut faire un rapport à différentes instances ou personnes, dont la ressource, et recommander toute mesure visant la satisfaction des utilisateurs⁸⁶.

3.13.4 POUVOIR D'INTERVENTION DU PROTECTEUR DES USAGERS

Le Protecteur des utilisateurs possède un pouvoir d'intervention de sa propre initiative semblable à celui du CLPQS à l'égard d'une situation où il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou qu'un groupe de personnes physiques a été lésé ou peut vraisemblablement l'être⁸⁷.

De façon plus particulière, le Protecteur des utilisateurs peut intervenir sur une situation factuelle impliquant une ressource ou toute personne qui travaille ou exerce sa profession auprès de la ressource⁸⁸.

La ressource est informée de la décision du Protecteur des utilisateurs d'intervenir, de l'acte ou de l'omission faisant l'objet de son intervention et des faits ou motifs qui la justifient⁸⁹.

La ressource doit collaborer avec le Protecteur des utilisateurs⁹⁰, est invitée à présenter ses observations⁹¹ et reçoit une copie du rapport d'intervention du Protecteur des utilisateurs accompagné, le cas échéant, de ses recommandations⁹².

⁸³ Art. 15, Loi sur le protecteur.

⁸⁴ Art. 33, al. 2, par. 7, LSSSS.

⁸⁵ Art. 36, LSSSS.

⁸⁶ Supra, note 84.

⁸⁷ Art. 20, al. 1, Loi sur le protecteur.

⁸⁸ Art. 20, al. 1, par. 1 et 4, Loi sur le protecteur.

⁸⁹ Art. 21, al. 1, Loi sur le protecteur.

⁹⁰ Art. 21, al. 2, Loi sur le protecteur.

⁹¹ *Idem*.

⁹² Art. 24, Loi sur le protecteur.

La ressource doit, dans les trente jours de la réception d'une recommandation formulée à son attention par le Protecteur des usagers, l'informer par écrit « des suites qu'elle entend donner à cette recommandation et, si elle n'entend pas y donner suite, l'informer du motif justifiant sa décision »⁹³.

3.13.5 PROTECTIONS

La LSSSS et la Loi sur le protecteur prévoient différentes protections pour la personne qui porte plainte, pour les commissaires locaux, pour le Protecteur des usagers de même que pour les personnes qui collaborent à l'examen d'une plainte ou à la conduite d'une intervention⁹⁴.

À titre d'exemple, les lois prévoient qu'aucune représailles ne peut être intentée à l'égard de toute personne qui formule ou entend formuler une plainte⁹⁵.

3.14 DROIT DE POURSUIVRE

L'article 16 de la LSSSS établit que rien ne limite le droit d'une personne d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation. Il en est de même à l'égard du droit d'exercer un recours contre une RTF⁹⁶ ou une RI⁹⁷.

3.15 DONATION ET LEGS

La ressource, qu'elle soit une personne morale, une ou des personnes physiques ou une société de personnes, ne peut recevoir de dons ou de legs d'un usager faits à l'époque où l'usager demeurait dans la ressource ou y recevait des services⁹⁸.

Cette restriction à l'égard des dons et des legs s'applique également au « membre d'une ressource de type familial »⁹⁹, au « responsable d'une ressource intermédiaire »¹⁰⁰, à leurs employés¹⁰¹ ou à tout tiers que la ressource peut s'adjoindre pour exécuter son entente spécifique ou particulière¹⁰². La LSSSS prévoit que, si elle est faite, une telle donation est nulle et, s'il est fait, un tel legs est sans effet¹⁰³.

⁹³ Art. 25, Loi sur le protecteur.

⁹⁴ Art. 73 à 76.5, LSSSS, et art. 29 à 37, Loi sur le protecteur.

⁹⁵ Art. 73, LSSSS, et art. 29, Loi sur le protecteur.

⁹⁶ Art. 16, al. 2, LSSSS.

⁹⁷ Art. 309, al. 1, par. 1, LSSSS.

⁹⁸ Art. 275 à 277 et art. 309, al. 1, par. 3, LSSSS.

⁹⁹ Art. 275, al. 2, et art. 276, al. 2, LSSSS.

¹⁰⁰ Art. 309, al. 1, par. 3, LSSSS.

¹⁰¹ Art. 277 et 309, al. 1, par. 3, LSSSS.

¹⁰² Art. 277, LSSSS.

¹⁰³ Art. 275 et 276, LSSSS.

La LSSSS ne fait aucune distinction entre les dons en argent ou en biens de même qu'entre les legs universels, à titre universel ou à titre particulier. Elle ne fait aucune distinction relativement à la valeur des dons ou des legs visés par la restriction.

3.16 CODE D'ÉTHIQUE POUR LA RESSOURCE INTERMÉDIAIRE

Le responsable d'une RI de même que chacun de ses employés sont assujettis à la partie du *Code d'éthique* de l'établissement concernant les « pratiques et conduites attendues des employés à l'endroit des usagers »¹⁰⁴.

Compte tenu de cette obligation, la ressource doit recevoir une copie du *Code d'éthique* de l'établissement ou, à tout le moins, des extraits qui la concernent.

Il est opportun que la ressource ait l'opportunité d'obtenir des explications complémentaires de l'établissement, au besoin.

Par ailleurs, il est souhaitable que la ressource informe ses employés des obligations auxquelles ils sont assujettis en vertu du *Code d'éthique* de l'établissement et qu'elle leur remette une copie des extraits pertinents.

3.17 DOSSIER DE LA RESSOURCE DANS L'ÉTABLISSEMENT

Au cours de leur relation, l'établissement recueille de nombreux renseignements sur la ressource qui lui permettent, notamment, de mettre en œuvre ses responsabilités contractuelles envers elle de même que ses responsabilités légales. Ces renseignements proviennent de la ressource elle-même, des différents intervenants de l'établissement ou de l'externe et d'autres personnes, dont les usagers.

Il importe donc que les renseignements ainsi recueillis soient colligés dans un seul et même dossier facilitant le repérage, la consultation et la conservation.

3.17.1 CONSTITUTION ET TENUE

L'établissement constitue un dossier pour chaque ressource avec laquelle il conclut une entente spécifique ou particulière, et ce, même si une même personne responsable exploite plusieurs ressources distinctes.

Ce dossier est constitué à partir du moment où l'établissement reçoit des renseignements sur le postulant. Si le projet du postulant ne se concrétise pas, il appartient à l'établissement de procéder à la fermeture de ce dossier, le cas échéant, en conformité avec ses politiques ou ses procédures.

¹⁰⁴ Art. 233, LSSSS.

Lorsque l'organisation régionale des services implique un établissement gestionnaire et des établissements utilisateurs, chacun d'eux constitue un dossier sur la ressource, lequel dossier a, compte tenu de leurs responsabilités respectives, un contenu distinct. Il est souhaitable que l'entente entre l'établissement gestionnaire et les établissements utilisateurs prévoit la communication de renseignements contenus au dossier de la ressource, lorsque nécessaire, et en conformité avec les lois applicables.

Le dossier de la ressource doit être à jour, tenu avec rigueur, complet et fiable.

3.17.2 CONTENU

Les renseignements consignés dans le dossier de la ressource sont les renseignements nécessaires à l'exercice des rôles et des responsabilités de l'établissement¹⁰⁵. Il s'agit, par exemple, des renseignements permettant à l'établissement :

- ▶ de faire le suivi de sa relation contractuelle avec la ressource;
- ▶ de remplir ses obligations contractuelles envers la ressource;
- ▶ de s'assurer du respect des obligations contractuelles de la ressource;
- ▶ d'exécuter ses responsabilités légales, notamment lors du suivi professionnel de l'utilisateur.

Si les rôles et les responsabilités de l'établissement sont différents, par exemple lorsqu'il agit à titre d'établissement gestionnaire ou d'établissement utilisateur, le contenu du dossier variera.

Les renseignements sont colligés dans des documents quelle que soit leur forme (support papier, technologique ou autres) ou dans des notes de suivi.

Les notes de suivi font notamment état des communications des intervenants ou des gestionnaires de l'établissement avec la ressource touchant non seulement l'exercice de leurs responsabilités respectives, mais des situations diverses telles que la situation particulière vécue par un usager ou par la ressource, les rencontres, les visites, la rétribution, la formation continue, les congés, etc. Les notes de suivi contribuent activement à rendre le portrait de la ressource à jour. Elles suivent généralement une démarche chronologique.

Certains renseignements personnels sur l'utilisateur ou d'autres personnes peuvent être inclus dans des documents ou dans les notes de suivi dans le dossier de la ressource pourvu qu'ils soient nécessaires. Lorsque possible, l'établissement adopte une attitude de prudence en utilisant des initiales ou en minimisant l'introduction d'information à l'égard des renseignements personnels sur l'utilisateur ou d'autres personnes. En tout état de cause, de tels renseignements doivent faire l'objet d'une attention particulière, advenant une demande d'accès au dossier de la ressource, de façon à assurer leur protection.

¹⁰⁵ À l'égard des renseignements personnels contenus dans le dossier: art. 64, Loi sur l'accès.

De plus, les notes de suivi sont rédigées en conformité avec les pratiques reconnues, notamment certaines normes concernant la tenue de dossiers par un ordre professionnel, et les politiques ou les procédures de l'établissement.

À titre indicatif, le tableau qui suit présente une liste des renseignements ou des documents pouvant être détenus dans le dossier de la ressource. Ce tableau n'est pas exhaustif.

Figure 5

ÉLÉMENTS POUVANT CONSTITUER LE DOSSIER DE LA RESSOURCE		
TYPE DE DOCUMENTS	RTF et RIMA (- 9 places)	RI
FICHE DE CONSULTATION DU DOSSIER	✓	✓
DOCUMENT CONCERNANT LE PROJET		
Projet du postulant, offre de services	✓	
Projet du postulant, offre de services, soumission		✓
Preuve de citoyenneté canadienne ou de résidence permanente au Canada	✓	✓
Attestation d'absence de suspension, de révocation ou de reconnaissance au cours des trois dernières années	✓	✓
Déclaration sur l'existence d'autres ententes, certification ou permis	✓	✓
Déclaration des expériences antérieures à titre de ressource	✓	✓
Immatriculation		✓
Déclaration d'absence d'antécédents judiciaires	✓	✓
Consentement à une vérification d'antécédentes judiciaires	✓	✓
Vérification d'antécédents judiciaires	✓	✓
Déclaration de non recours au cours des trois dernières années à une loi visant l'insolvabilité au Canada	✓	
Déclaration de non recours au cours des cinq dernières années à une loi visant l'insolvabilité au Canada		✓
Preuve d'assurances habitation	✓	
Preuve d'assurances habitation et responsabilité professionnelle		✓
Attestation de formation en réanimation cardiorespiratoire et secourisme général	✓	✓
Déclaration d'attestation de bonne santé	✓	✓
Certificat médical de bonne santé	✓	✓
Autorisation de vérification suivi LPJ-LSSSS	✓	
Autorisation de collecte de références	✓	
Références (amis, voisins, employeurs, école, etc.)	✓	
Autres documents	✓	✓
RAPPORT D'ÉVALUATION DU POSTULANT	✓	✓
DOCUMENTS CONCERNANT LA RECONNAISSANCE		
Recommandations motivées de l'établissement auprès de l'agence concernant la reconnaissance	✓	✓
Décision motivée de l'agence concernant la reconnaissance	✓	✓
Certificat de reconnaissance	✓	✓
Documents en lien avec la modification, la révocation ou la suspension de la reconnaissance	✓	✓
Autres documents	✓	✓
ENTENTE		
Entente spécifique		✓
Entente particulière	✓	
Documents de l'établissement en lien avec la modification, la résiliation ou le non-renouvellement de l'entente spécifique ou particulière	✓	✓
Documents transmis et reçus de l'agence en lien avec la modification, la résiliation ou le non-renouvellement de l'entente spécifique	✓	
Autres documents	✓	✓

ÉLÉMENTS POUVANT CONSTITUER LE DOSSIER DE LA RESSOURCE

TYPE DE DOCUMENTS	RTF et RIMA (- 9 places)	RI
DOCUMENT CONCERNANT LA PRESTATION DE SERVICES		
Fiche d'identification de la ressource	✓	✓
Notes de suivi concernant le maintien de la conformité des critères de reconnaissance par la ressource	✓	✓
Notes de suivi au regard de la qualité du milieu de vie, des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers rendus aux usagers par la ressource, la santé, la sécurité ou le bien-être des usagers qui lui sont confiés	✓	✓
Autres notes de suivi	✓	✓
Plan d'amélioration	✓	✓
Grille(s) de classification complétée(s) accusant la réception des usagers confiés	✓	✓
Demande de révision de la classification	✓	✓
Décision motivée à la demande de révision de la classification	✓	✓
Demandes concernant la rétribution	✓	✓
Avis de changement aux normes physiques exigées par l'établissement	✓	✓
Documents en lien avec l'enquête administrative	✓	✓
Autres documents	✓	✓
DOCUMENT CONCERNANT LES MÉSENTENTES	✓	✓
DOCUMENT CONCERNANT LES RECOURS (ARBITRAGE ET AUTRES)	✓	✓

3.17.3 CONSULTATION

Seul le personnel autorisé de l'établissement a accès au dossier de la ressource¹⁰⁶. Compte tenu de la nature des renseignements contenus au dossier de la ressource, l'établissement limite ces autorisations d'accès uniquement au personnel pour qui ces renseignements sont nécessaires dans l'exercice de ses fonctions¹⁰⁷.

L'établissement adopte, par ailleurs, des mesures propres à assurer la confidentialité des renseignements contenus au dossier de la ressource (conservation dans des locaux sécuritaires, vérifications des accès, etc.)¹⁰⁸.

La Loi sur l'accès prévoit un droit d'accès aux documents de l'établissement, dont fait partie le dossier de la ressource¹⁰⁹.

Des demandes d'accès peuvent donc être formulées auprès de l'établissement par la personne responsable de la ressource, ses représentants ou des tiers. Toute demande de cette nature doit être analysée par le responsable de l'accès aux documents de l'établissement en fonction des lois en vigueur. Une attention particulière sera portée à la protection des renseignements concernant les usagers et des renseignements personnels des autres personnes physiques.

¹⁰⁶ À l'égard des renseignements personnels contenus dans le dossier, art. 65.1, Loi sur l'accès.

¹⁰⁷ *Idem.*

¹⁰⁸ À l'égard des renseignements personnels contenus dans le dossier, art. 63.1, Loi sur l'accès.

¹⁰⁹ Art. 9 et 83, Loi sur l'accès.

Les ententes collectives prévoient que l'établissement doit permettre à la ressource de consulter son dossier tenu par l'établissement après avoir présenté une demande à cet effet à un représentant de l'établissement. Ce droit s'exerce par consultation sur place à un moment convenu entre la ressource et l'établissement, lequel, sauf entente expresse, doit avoir lieu dans un délai maximal de 30 jours suivant la demande et dans le respect des droits des parties en vertu de la Loi sur l'accès ou de toute autre loi applicable.

3.17.4 AUTRES DROITS

La Loi sur l'accès prévoit également le droit d'une personne d'exiger la rectification d'un renseignement personnel la concernant et détenu par l'établissement qui est inexact, incomplet ou équivoque ou dont la collecte, la communication ou la conservation n'est pas autorisée par la loi¹¹⁰.

Le Code civil du Québec prévoit, pour sa part, le droit d'une personne de formuler par écrit des commentaires et de demander qu'ils soient versés au dossier qui la concerne¹¹¹.

3.17.5 FERMETURE ET CONSERVATION

L'établissement procédera à la fermeture du dossier de la ressource à la fin des activités de la ressource ou, le cas échéant, à la fin de sa relation contractuelle avec l'établissement.

La conservation de certains documents contenus au dossier de la ressource devra être conforme au calendrier de conservation de l'établissement établi selon la Loi sur les archives¹¹².

En cas de cession de l'entente particulière ou d'ajout ou de retrait de responsable à l'entente spécifique, l'établissement ne procède pas à la fermeture du dossier ressource, mais s'assure de mettre à jour les renseignements qui y sont contenus, tout en préservant la confidentialité des renseignements personnels des cédants.

3.18 DOSSIER DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE

À l'occasion de ses activités, la ressource collige de nombreux renseignements concernant chacun des usagers qui lui sont confiés. Ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de ses rôles et ses responsabilités à l'égard de l'utilisateur et de l'établissement.

Ces renseignements proviennent de l'établissement, de la ressource elle-même, de ses employés et de ses remplaçants, de l'utilisateur lui-même, de son représentant ou de ses proches, voire de toute personne ou organisme avec lequel la ressource interagit dans la dispense des services à l'utilisateur.

¹¹⁰ Art. 89, Loi sur l'accès.

¹¹¹ Art. 40, Code civil du Québec.

¹¹² RLRQ, c. A-21.1.

3.18.1 CONSTITUTION ET TENUE

Ces renseignements doivent être conservés dans un dossier tenu par la ressource pour chacun des usagers.

Ce dossier est constitué à partir du moment où la ressource reçoit des renseignements sur l'utilisateur et, au plus tard, lors de sa prise en charge. Le dossier de l'utilisateur dans la ressource sera complété au cours de la période où il est confié à la ressource.

Le dossier de l'utilisateur dans la ressource doit être conservé dans le milieu de vie, dans un endroit approprié et sécuritaire. Il doit être à jour, tenu avec rigueur, complet et fiable.

3.18.2 CONTENU

Ce dossier comprend tous les renseignements concernant l'utilisateur qui lui ont été transmis par l'établissement. Ces renseignements sont ceux qui sont nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur dans le milieu de vie et à la dispensation de services de soutien ou d'assistance de qualité à cet usager.

À titre d'exemple, en conformité avec le Règlement sur la classification, l'établissement doit remettre à la ressource un sommaire des renseignements nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur, lequel regroupe les informations concernant l'utilisateur qui permettent de l'identifier et de connaître sa situation globale¹¹³. En conformité de ce même règlement, l'établissement doit également remettre à la ressource la partie 2 de l'Instrument, dûment complétée pour chacun des usagers, qui lui indique les services de soutien ou d'assistance particuliers requis par la condition de cet usager et en précise les modalités d'application. Ce document doit être modifié et révisé selon les dispositions du Règlement sur la classification¹¹⁴.

Le dossier de l'utilisateur dans la ressource inclut également les renseignements sur l'utilisateur nécessaires à l'exercice de ses rôles et responsabilités qui sont colligés dans des documents constitués ou complétés par la ressource dans le cadre de ses activités.

Tout autre renseignement concernant l'utilisateur et nécessaire à la ressource à la prise en charge de l'utilisateur dans le milieu de vie et à la dispense de ses services seront également colligés dans ce dossier, quelle que soit leur provenance.

3.18.3 CONSULTATION

Compte tenu de ses rôles et de ses responsabilités, la personne responsable de la ressource a accès aux renseignements contenus dans le dossier de l'utilisateur tenu par la ressource. Certains renseignements contenus au dossier de l'utilisateur, tenu par la ressource, sont aussi accessibles aux personnes qu'elle s'adjoit dans l'exercice de ses activités (employés,

¹¹³ Art. 7, Règlement sur la classification.

¹¹⁴ Art. 6, Règlement sur la classification.

remplaçants ou autres) lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Les renseignements personnels concernant l'utilisateur contenus au dossier de l'utilisateur dans la ressource sont confidentiels. La ressource de même que toute personne qu'elle s'adjoit dans l'exercice de ses activités sont tenues à la confidentialité de ces renseignements.

Le Règlement sur la classification prévoit d'ailleurs que la ressource :

« (...) respecte et s'assure que soit respecté le droit de l'utilisateur à la sauvegarde de sa dignité, de même que le respect de sa vie privée et la confidentialité des informations qui le concernent. »¹¹⁵

Ainsi, la ressource doit prendre les mesures propres à assurer la protection des renseignements contenus au dossier de l'utilisateur dans la ressource (conservation dans des locaux sécuritaires, vérifications des accès, etc.).

À cet égard, il est opportun que l'établissement détermine, en collaboration avec la ressource, les mesures qui doivent être prises pour assurer, en tout temps, le respect de la confidentialité et la protection de ces renseignements.

3.18.4 FERMETURE

Sauf exceptions, la ressource ferme le dossier de l'utilisateur lors du départ définitif de l'utilisateur.

Toutefois, la ressource ne conserve pas les renseignements contenus dans ce dossier et les remet à l'établissement.

Les ententes collectives et nationales prévoient d'ailleurs qu'après le départ d'un usager, la ressource est tenue de remettre à l'établissement, dans un délai maximum de trente jours, tous les renseignements concernant l'utilisateur et de maintenir le caractère confidentiel de tous ces renseignements.

3.19 CESSATION DE LA PRESTATION DE SERVICES DE LA RESSOURCE

La cessation de la prestation de services de la ressource auprès des usagers de l'établissement peut être temporaire ou permanente.

La cessation temporaire de la prestation de services de la ressource concerne exclusivement les ressources visées par la LRR. Elle vise à leur permettre de suspendre temporairement leurs activités selon la période et les raisons applicables mentionnées dans l'entente collective, malgré le principe de continuité des services. Les ententes collectives prévoient les

¹¹⁵ Partie 1, section 1, Instrument, Règlement sur la classification.

modalités d'application d'une telle suspension temporaire de la prestation de services de la ressource.

La cessation permanente de la prestation de services de la ressource résulte quant à elle :

- ▶ de la fin du terme prévu à l'entente spécifique et particulière, si aucun renouvellement n'y est prévu;
- ▶ du non-renouvellement de l'entente spécifique et particulière;
- ▶ de la résiliation de l'entente spécifique ou particulière selon ses termes. À titre d'exemples, une telle résiliation peut survenir :
 - d'un commun accord entre la ressource et l'établissement,
 - en cas de révocation ou de suspension de la reconnaissance ou en cas de cession non autorisée par la ressource de l'entente spécifique ou particulière,
 - pour un motif sérieux.

La cessation des activités de la ressource auprès des usagers de l'établissement n'a pas d'effet direct sur la reconnaissance de la ressource obtenue de l'agence concernée. Ainsi, malgré la cessation de la prestation de services et sous réserve d'une suspension ou d'une révocation de la reconnaissance par l'agence concernée, la ressource peut donc continuer de s'identifier comme ressource. Pour agir à titre de ressource, elle devra signer une nouvelle entente avec son établissement ou avec un autre établissement.

CHAPITRE 4

Démarche de
recrutement et
d'évaluation d'un
postulant

SOMMAIRE

- 4.1.....Aspects légaux
- 4.2.....Vision globale de la démarche
- 4.3.....Promotion
- 4.4.....Recrutement
- 4.5.....Évaluation
- 4.6.....Recommandation à l'agence
- 4.7.....Décision de l'agence
- 4.8.....Conclusion d'une entente
spécifique
- 4.9.....Conclusion d'une entente
particulière
- 4.10....Modification d'une composante
de la ressource ou d'une entente

CHAPITRE 4

DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION D'UN POSTULANT

4.1 ASPECTS LÉGAUX

Les principales assises légales et réglementaires du présent chapitre sont les suivantes :

- ▶ **LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, RLRQ, c. S-4.2**
Ci-après « LSSSS »
Articles : 304, par. 1, et 305
- ▶ **LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET DE CERTAINES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION D'UNE ENTENTE COLLECTIVE LES CONCERNANT, RLRQ, c. R-24.0.2**
Ci-après « Loi sur la représentation des ressources ou LRR »
Article 55
- ▶ **LOI SUR LES CONTRATS DES ORGANISMES PUBLICS, RLRQ, c. C-65.1**
Ci-après « LCOP »
Articles : 3, al. 1, par. 3, 4, al. 1, par. 6, et 10
- ▶ **LOI SUR LE TABAC, RLRQ, c. T-0.01**
Article 2, al. 1
- ▶ **CHARTRE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS**, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982,[annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada, 1982, c. 11 (R.-U.)]

Ci-après « Charte canadienne »
Articles : 2 et 15
- ▶ **CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE, RLRQ, c. S-12**
Ci-après « Charte »
Article 10
- ▶ **RÈGLEMENT SUR LES CONTRATS DE SERVICES DES ORGANISMES PUBLICS, RLRQ, c. S-4.2, r. 5.01**
Ci-après « Règlement sur les contrats de services »

Ces lois et règlements sont disponibles sur le site Internet des Publications du Québec :
<http://www3.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/loisreglements.fr.html>

4.2 VISION GLOBALE DE LA DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION

Le recrutement et l'évaluation d'un postulant par un établissement est la prémisse d'une relation d'affaires qui permettra à l'établissement de confier un usager à une ressource et à la ressource d'offrir à cet usager un milieu de vie et les services de soutien ou d'assistance conformément au Règlement sur la classification.

La démarche globale de recrutement et d'évaluation d'un postulant est composée de six étapes séquentielles qui doivent être réalisées dans l'ordre, soit la promotion, le recrutement, l'évaluation, la recommandation à l'agence pour la reconnaissance du postulant, la décision de l'agence et la conclusion d'une entente. Cette démarche s'applique aux deux types de ressources (RI et RTF), quel que soit le type d'organisation résidentielle, avec ou sans limitation d'exercice.

À chacune des étapes de cette démarche, afin de choisir adéquatement les activités spécifiques à réaliser, l'établissement doit considérer les trois composantes d'une ressource : les personnes responsables, le milieu de vie et le projet (expliquées dans le chapitre 3).

La rigueur dans l'application de cette démarche contribue à la sélection d'une ressource apte à exercer ses rôles et ses responsabilités ainsi qu'à rendre des services de soutien ou d'assistance de qualité à l'usager, en fonction des besoins de la clientèle de l'établissement.

La synthèse qui suit illustre l'essentiel des étapes de cette démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant. Une schématisation, incluant le cheminement de l'ensemble des étapes, apparaît à la fin du chapitre.

SYNTHÈSE DES ETAPES DE LA DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION D'UN POSTULANT

1

PROMOTION

Activités diverses dont le but est de faire connaître et de valoriser le rôle d'une ressource.

2

RECRUTEMENT

Démarche qui permet à l'établissement de solliciter ou de recevoir des candidatures à titre de ressources intermédiaires ou de type familial.

3

ÉVALUATION

Processus qui consiste à évaluer les compétences du postulant, la qualité du milieu de vie et le projet, en tenant compte des besoins de la clientèle à héberger et des critères de reconnaissances de l'agence afin de permettre à l'établissement de décider s'il souhaite ou non conclure une entente spécifique ou particulière avec le postulant, sous réserve de sa reconnaissance par l'agence.

4

RECOMMANDATION À L'AGENCE POUR LA RECONNAISSANCE DU POSTULANT

Décision de l'établissement de recommander à l'agence la reconnaissance du postulant à titre de ressource intermédiaire ou de type familial.

5

DÉCISION DE L'AGENCE

Décision de l'agence de reconnaître le postulant à titre de ressource intermédiaire ou de type familial, le cas échéant, et émission à la ressource d'un certificat de reconnaissance.

6

CONCLUSION D'UNE ENTENTE

Conclusion d'une entente spécifique ou particulière entre l'établissement et la ressource.

4.3 PROMOTION

La promotion consiste en un ensemble d'activités visant, d'une part, à mieux faire connaître et à valoriser le rôle d'une ressource auprès du grand public et, d'autre part, à sensibiliser des personnes qui pourraient être intéressées à poser leur candidature à titre de ressource.

Les stratégies de communication de l'établissement ainsi que sa présence médiatique dans la région influenceront la démarche de promotion. En effet, la promotion des services d'une ressource s'inscrit en continu dans l'ensemble des activités de communication de l'établissement. Les stratégies de promotion seront différentes en fonction du type de ressource et du type d'organisation résidentielle recherchés par l'établissement.

4.4 RECRUTEMENT

Le recrutement est une démarche qui permet à l'établissement de solliciter ou de recevoir des candidatures à titre de RI ou de RTF.

Pour ce faire, l'établissement identifié par l'agence conçoit un plan de recrutement et se dote d'outils de qualité afin de rejoindre les personnes physiques, les personnes morales ou les sociétés de personnes susceptibles d'être intéressées à devenir une ressource.

Le succès de la démarche de recrutement repose notamment sur les conditions suivantes :

- ▶ L'établissement effectue une évaluation exhaustive de ses besoins en matière de milieu de vie et de services de soutien ou d'assistance;
- ▶ L'établissement a arrêté son choix sur le type de ressource visé ainsi que sur le type d'organisation résidentielle susceptible de répondre le plus adéquatement aux besoins identifiés;
- ▶ Les postulants potentiels connaissent les objectifs de l'établissement ainsi que les cadres clinique, administratif, légal et réglementaire dans lesquels ils exerceront leurs rôles et leurs responsabilités à titre de ressources;
- ▶ Les postulants connaissent la procédure de recrutement et d'évaluation de l'établissement et les critères de reconnaissance de l'agence;
- ▶ L'établissement utilise des stratégies de communication efficaces.

4.4.1 CONTEXTE

Pour le recrutement de ressources visées par la LRR, l'établissement a toute la latitude requise pour déterminer le mode de recrutement qui lui paraît le plus approprié.

En ce qui a trait aux RI non visées par LRR, le processus de recrutement et d'évaluation de l'établissement doit être conforme à la LCOP et au Règlement sur les contrats de services des organismes publics, pour tous les contrats dont le montant de la dépense est supérieur au seuil des accords gouvernementaux (100 000 \$ au moment de la rédaction du présent cadre de référence).

Ainsi, différentes démarches de recrutement peuvent être utilisées par les établissements en tenant compte des lois et règlements applicables :

1

POUR LES RTF ET LES RI VISÉES PAR LA LRR

- ▶ Un contact direct avec une personne ou une famille intéressée à développer un projet;
- ▶ Une invitation publique de l'établissement à présenter une offre de services pour le développement d'un projet de ressource répondant à une clientèle définie et comportant des caractéristiques prédéterminées;
- ▶ Autres démarches (ex. : appel d'offres public ou sur invitation, etc.).

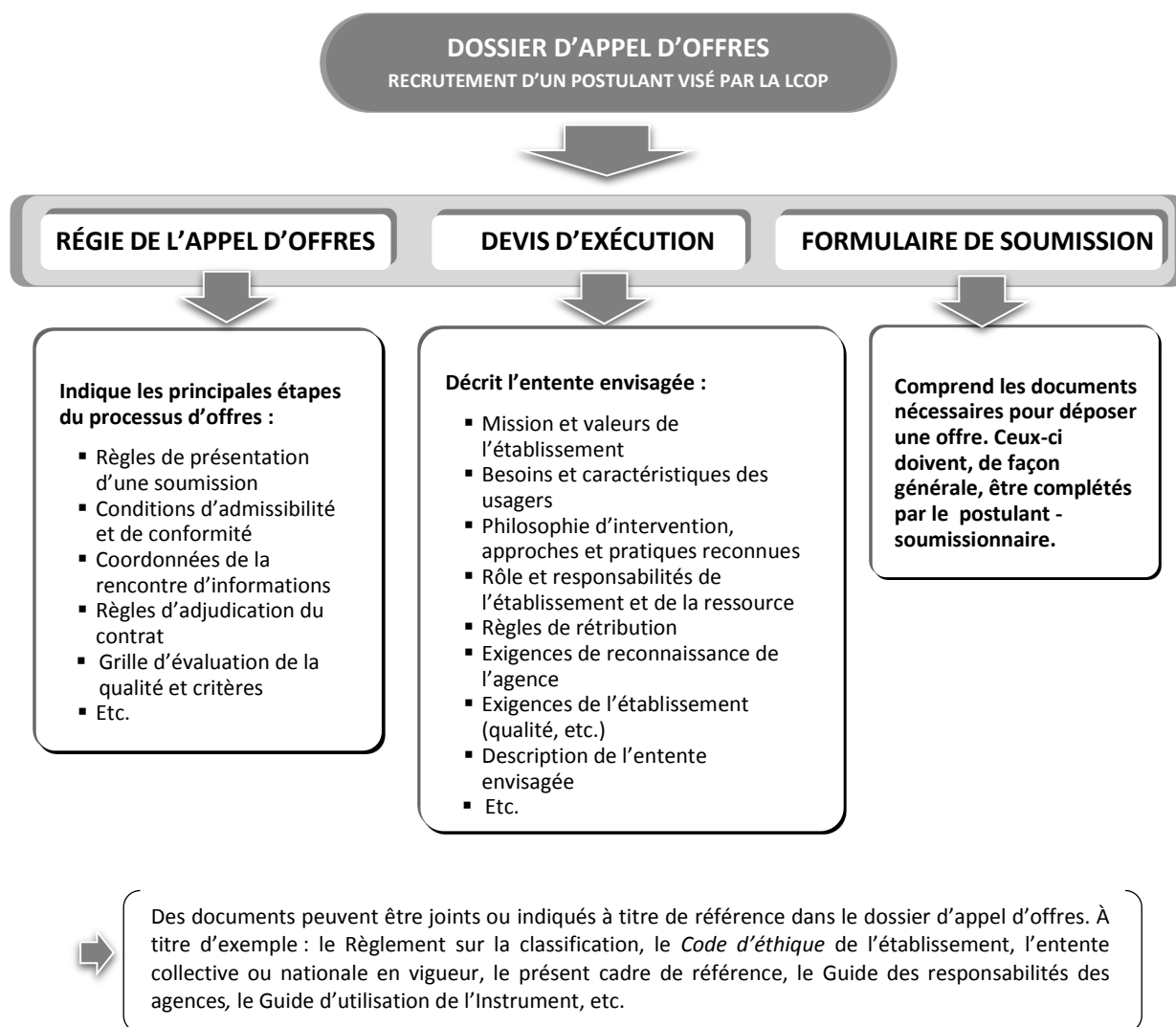
2

POUR LES RI NON VISÉES PAR LA LRR

- ▶ Un appel d'offres public, encadré par LCOP et le Règlement sur les contrats de services, pour les contrats dont le montant de la dépense est supérieur à 100 000 \$ (sauf exceptions prévues à la LCOP);
- ▶ En présence d'une exception à la LCOP : autres démarches (ex. : appel d'offres sur invitation, contact direct, etc.).

L'illustration qui suit présente, à titre indicatif, les principales composantes d'un dossier d'appel d'offres dans le cas d'un postulant visé par la LCOP.

Figure 6



Dans le cadre de l'application de la LCOP, l'établissement a avantage à requérir le soutien de sa direction des services administratifs, des finances ou de l'approvisionnement (ou d'une corporation d'achats en commun) afin de bénéficier de son expertise en matière d'appel d'offres.



Aux fins du recrutement, l'établissement pourrait faire appel à la banque régionale de ressources, laquelle est constituée de ressources reconnues par l'agence, mais n'ayant plus d'entente en vigueur avec un établissement. L'établissement devra s'assurer que l'ensemble des informations concernant la ressource sont valides et à jour. Le recours à la banque de ressources régionale n'exempte pas l'établissement de se conformer à la LCOP.

4.4.2 PRISE DE CONTACT AVEC LE POSTULANT

L'établissement doit mettre en œuvre la démarche de recrutement retenue de façon à rejoindre la ou les personnes ou familles intéressées à présenter un projet.

En fonction de la démarche de recrutement retenue, l'établissement peut avoir recours à plusieurs stratégies (communications téléphoniques ou écrites, rencontres, etc.) dans le but de prendre contact avec le postulant. L'établissement pourra alors lui faire connaître ses besoins en matière de développement de ressources et communiquer les informations pertinentes sur la démarche en cours.

L'établissement remet à l'éventuel postulant tous les documents et les formulaires requis aux fins de l'évaluation de sa candidature. Enfin, l'établissement s'assure du respect de la confidentialité des informations recueillies conformément aux lois en vigueur.

Appel d'offres public **LCOP**

Le dossier d'appel d'offres transmis par le système électronique (SEAO) constitue la prise de contact avec le postulant.

4.4.2.1 OBJECTIFS VISÉS

- ▶ Communiquer au postulant les informations pertinentes et transmettre les documents nécessaires à la poursuite de sa réflexion sur la pertinence de soumettre sa candidature.
- ▶ Permettre au postulant d'évaluer son intérêt et sa capacité à procurer un milieu de vie et à offrir des services de soutien ou d'assistance à la clientèle visée par le projet de l'établissement.
- ▶ Éviter d'entreprendre, de part et d'autre, un processus d'évaluation qui s'avérerait inutile.

Appel d'offres public **LCOP**

Une séance d'information avec les soumissionnaires intéressés peut être prévue dans le dossier d'appel d'offres.

4.4.2.2 INFORMATIONS À COMMUNIQUER AU POSTULANT

- ▶ Présentation de l'établissement (mission, valeurs, clientèle générale, offre de services, territoire desservi, etc.).

- ▶ Description des besoins de l'établissement en matière de ressources (le projet spécifique, le type de ressource et le type d'organisation résidentielle recherchés, le cas échéant, etc.).
- ▶ Précisions concernant le ou les profils d'utilisateurs visés par le ou les projets de recrutement de ressources.
- ▶ Présentation des différentes étapes de la démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant.
- ▶ Précisions relatives aux rôles, aux responsabilités et aux obligations de l'établissement et de la ressource à l'égard des usagers, de leur famille, des personnes ayant un lien significatif avec eux et des établissements ou autres organismes concernés, le cas échéant (le présent cadre de référence, le Guide d'utilisation de l'Instrument, etc.).
- ▶ Précisions relatives aux rôles et aux responsabilités de l'agence (le Guide des responsabilités des agences).
- ▶ Présentation des critères de reconnaissance de l'agence.
- ▶ Présentation des dimensions et des objets d'évaluation de l'établissement et, dans le cas d'une démarche par appel d'offres public, des critères de qualité de l'établissement.
- ▶ Informations relatives aux conditions de prestation de services d'une ressource (ententes collectives ou nationales, lettres d'entente applicables, Règlement sur la classification, circulaires ministérielles applicables, etc.).
- ▶ Toute autre information jugée pertinente par l'établissement.

Appel d'offres public **LCOP**

Ces éléments d'information sont communiqués au soumissionnaire dans le dossier d'appel d'offres.

4.4.2.3 FORMULAIRES À ÊTRE COMPLÉTÉS PAR LE POSTULANT

CANEVAS DE L'OFFRE DE SERVICES DU POSTULANT

Ce canevas contient notamment les informations suivantes :

- Données d'ordre général : nom(s) du ou des postulant(s), adresse ou place d'affaires, sexe, âge, citoyenneté ou résident permanent, état civil et occupation du ou des postulants et, dans le cas des postulants RTF et RIMA, de chacune des personnes qui vivent sous le même toit, etc.;
- Informations concernant le projet du ou des postulants;
- Informations minimales sur les lieux physiques du milieu de vie proposé (plans et devis, etc.);
- Informations concernant les expériences pertinentes au projet;
- Historique de collaboration antérieure ou actuelle, notamment avec le réseau de la santé et des services sociaux;
- Toute autre information pertinente exigée par l'établissement.

DÉCLARATION D'ATTESTATION DE BONNE SANTÉ DU POSTULANT

Un certificat médical pourrait éventuellement être exigé par l'établissement.

DÉCLARATION ÉCRITE DU POSTULANT SUR SES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Déclaration du postulant sur ses antécédents judiciaires qui doit être conforme à la politique administrative de l'agence concernée eu égard aux critères de reconnaissance.

Cette déclaration inclut le consentement écrit permettant à l'établissement :

- de vérifier sa déclaration;
- de communiquer et de recevoir tout renseignement nécessaire à la vérification de la déclaration et qui mentionne que toute fausse déclaration ou tout refus de remplir la déclaration relative aux antécédents judiciaires entraîne le rejet de la candidature.

L'agence concernée peut également exiger une déclaration conforme à sa politique administrative de d'autres personnes, notamment toute personne majeure autre qu'un usager, vivant dans la résidence principale du postulant, le dirigeant ou l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désire exploiter une RI de même qu'un bénévole, aide, remplaçant ou employé.

DÉCLARATION ÉCRITE DU POSTULANT CONCERNANT SES ENTENTES

Déclaration du postulant indiquant s'il a déjà conclu une entente avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux ou obtenu une certification à titre de résidence privée pour aînés ou obtenu un permis d'établissement du MSSS, le cas échéant. Déclaration du postulant indiquant s'il a déjà fait l'objet d'une révocation ou d'une suspension de sa reconnaissance de la part d'une agence.

Cette déclaration inclut le consentement écrit permettant à l'établissement :

- de vérifier ses déclarations;
- de communiquer et de recevoir tout renseignement nécessaire à la vérification de la déclaration et qui mentionne que toute fausse déclaration ou tout refus de remplir la déclaration relative aux ententes entraîne le rejet de la candidature.

TOUT AUTRE DOCUMENT OU FORMULAIRE

Si nécessaire, l'établissement peut exiger du postulant tout autre document ou formulaire, notamment ceux prévus dans la LCOP et le Règlement sur les contrats de services.

Appel d'offres public

LCOP

Les documents à être complétés par le soumissionnaire doivent être inclus dans le dossier d'appel d'offres.

4.5 ÉVALUATION

L'évaluation est un processus qui consiste à évaluer les compétences du postulant, la qualité du milieu de vie et le projet, en tenant compte des besoins de la clientèle à héberger et des critères de reconnaissances de l'agence afin de permettre à l'établissement de décider s'il souhaite ou non conclure une entente spécifique ou particulière avec le postulant, sous réserve de sa reconnaissance par l'agence.

À cette étape-ci, l'établissement possède des données et des informations à propos du postulant, du milieu de vie et du projet proposé. L'établissement procède maintenant à l'évaluation de sa candidature.

En tout temps, l'établissement peut mettre un terme au processus d'évaluation du postulant, auquel cas il l'en informe, sous réserve des lois applicables et des règles applicables.

Appel d'offres public **LCOP**

Le dossier d'appel d'offres doit contenir une clause dite « de réserve » qui prévoit que l'établissement ne s'engage à accepter aucune soumission reçue.

L'évaluation du postulant doit être réalisée en conformité avec la politique administrative établie par l'agence pour sa région au regard, d'une part, des critères de reconnaissance et, d'autre part, des dimensions et des objets d'évaluation choisis par l'établissement et qui sont requis pour sa clientèle.

Appel d'offres public **LCOP**

L'établissement doit respecter les règles qu'il a établies dans le dossier d'appel d'offres, conformément au Règlement sur les contrats de services

Aux fins de l'évaluation d'un postulant, l'établissement développe ou révisé sa politique, sa procédure et ses outils en lien avec la clientèle qu'il dessert.

Les objets d'évaluation du présent cadre de référence sont des repères pour l'établissement. Par conséquent, ils ne sont ni prescriptifs ni exhaustifs.

Aux fins de l'évaluation d'un postulant, l'établissement peut ajouter des objets d'évaluation supplémentaires à ceux présentés dans le présent cadre de référence, dans la mesure où cet ajout ne contrevienne à un des critères de reconnaissance de l'agence ou au contenu des ententes collectives ou nationales. Cet ajout doit également être pertinent, notamment par rapport aux :

- ▶ besoins particuliers d'un ou de plusieurs usagers;
- ▶ rôles et responsabilités d'une ressource, notamment précisés dans les ententes collectives ou nationales;

- ▶ services de soutien ou d'assistance communs et particuliers, tels que précisés dans le Règlement sur la classification et dans le Guide d'utilisation de l'Instrument.

En tout temps, l'établissement doit porter une attention particulière au respect de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne ainsi qu'au traitement équitable de la candidature d'un postulant.

L'évaluation d'un postulant requiert une expertise clinique et pourrait, pour certains aspects, nécessiter une expertise professionnelle technique. Cette évaluation s'effectue par le biais de différentes activités cliniques, professionnelles et administratives choisies par l'établissement, par exemple :

- ▶ La mise en place d'un comité de sélection;
- ▶ Des entrevues individuelles ou de groupe;
- ▶ Des mises en situation;
- ▶ La visite des lieux;
- ▶ La prise de références;
- ▶ Etc.

Appel d'offres public **LCOP**

L'évaluation d'une soumission est notamment fondée sur les critères de qualité déterminés par l'établissement en conformité du Règlement sur les contrats de services, inclus dans le dossier d'appel d'offres.

Les soumissions sont évaluées par un comité de sélection composé d'un secrétaire et d'au moins trois membres.

À la fin du processus d'évaluation, l'établissement est en mesure de décider s'il souhaite ou non conclure une entente spécifique ou particulière avec le postulant et recommande à l'agence concernée, le cas échéant, la reconnaissance du postulant à titre de ressource. Une fois la ressource reconnue, l'établissement conclut une entente spécifique ou une entente particulière avec la ressource.

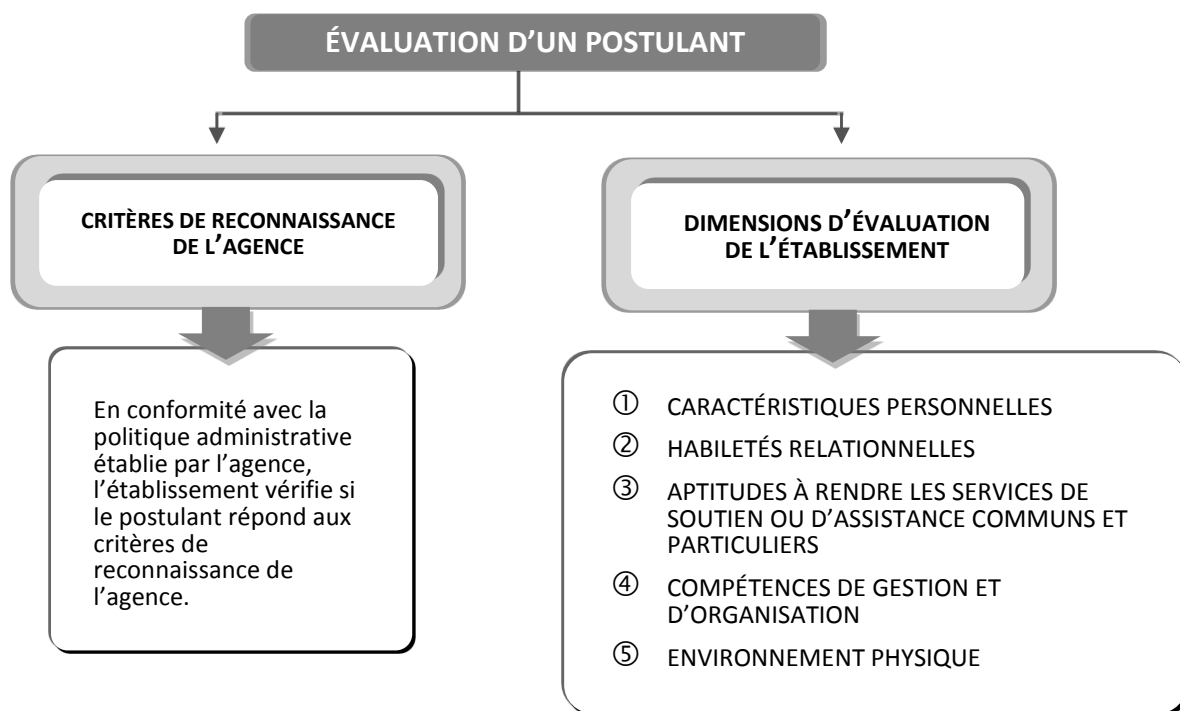
Appel d'offres public **LCOP**

Aux fins de l'adjudication de l'entente particulière, le soumissionnaire retenu par l'établissement est celui dont la soumission conforme a obtenu la note finale la plus élevée à la suite de l'analyse qualitative.

Toutefois, il serait prudent que l'adjudication soit conditionnelle à l'obtention de la reconnaissance ou que l'établissement attende la confirmation écrite de l'agence confirmant la reconnaissance avant l'adjudication.

Enfin, dans le but d'en assurer la traçabilité, l'établissement documente les informations relatives à la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant dans le dossier de celui-ci, et ce, conformément aux lois en vigueur.

Figure 7



4.5.1 APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE LA CANDIDATURE D'UN POSTULANT

Cette activité consiste à analyser l'ensemble des informations recueillies à propos du postulant et permet à l'établissement de prendre la décision de poursuivre ou non le processus d'évaluation d'une candidature.

Dans le cas d'un appel d'offres soumis à la LCOP, l'établissement vérifie les informations transmises dans la soumission en fonction des conditions d'admissibilité et de conformité qu'il a établies dans son dossier d'appel d'offres avant de décider d'évaluer qualitativement la soumission.

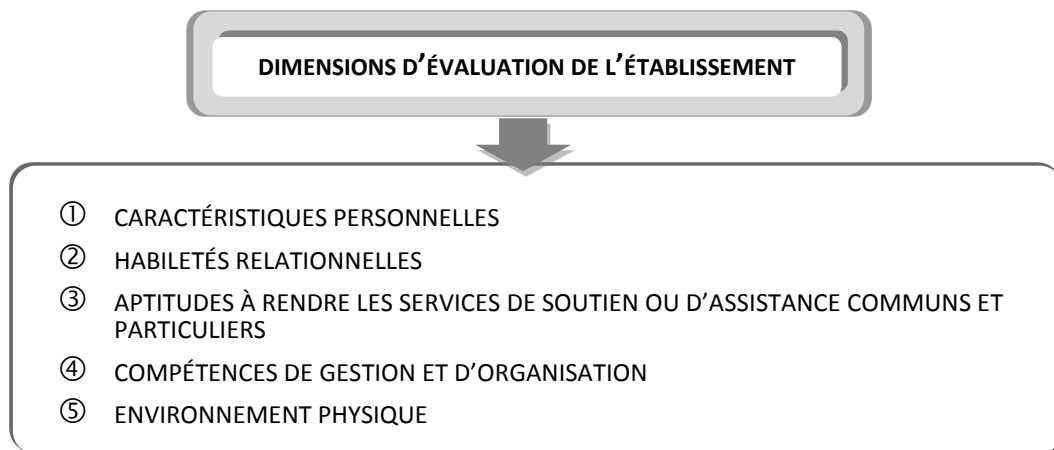
Cette activité comprend minimalement les actions suivantes :

- ▶ Réception des données et des informations transmises par le postulant au moment de la prise de contact avec lui ou conformément aux règles découlant de la procédure d'appel d'offres;
- ▶ Analyse de ces données et de ces informations :
 - informations relatives aux expériences pertinentes (personnelles et professionnelles) en lien avec les besoins de la clientèle visée,
 - informations concernant l'historique à titre de ressource dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux ou ailleurs,
 - informations récentes sur le dépôt de projet ou d'offre de services par le postulant dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux ou ailleurs,
 - informations permettant de vérifier si les postulants possèdent un dossier actif dans un établissement (ententes spécifiques, ententes particulières ou autres) ou dans une agence (reconnaissance, certification ou organisme communautaire);
- ▶ Vérification des antécédents judiciaires conformément à la politique administrative de l'agence;
- ▶ Visite du milieu de vie ou appréciation du plan d'architecture ou des devis proposés, le cas échéant;
- ▶ Le cas échéant, appréciation des références recueillies, notamment auprès de voisins ou d'amis des postulants de même qu'auprès de leurs employeurs et de l'école fréquentée par leurs enfants.

4.5.2 DIMENSIONS D'ÉVALUATION

Les dimensions d'évaluation permettent à l'établissement d'effectuer une appréciation exhaustive de la candidature du postulant eu égard aux caractéristiques recherchées pour devenir une ressource, mais aussi aux compétences nécessaires à la prestation de services de soutien ou d'assistance communs et particuliers de qualité auprès des usagers. À cet effet, cinq dimensions sont privilégiées dans le présent cadre de référence.

Figure 8



Dans le cas d'un postulant personne physique ou d'une société de personnes dont le projet est une RTF ou une RIMA, toutes les dimensions s'appliquent au postulant dans le cadre du processus d'évaluation de sa candidature.

Dans le cas des sociétés de personnes ou des personnes physiques dont le projet est une RI, à l'exclusion d'une RIMA, l'établissement doit choisir s'il considère ou non dans son évaluation les caractéristiques personnelles (dimension 1) et les habiletés relationnelles (dimension 2) en fonction de ses besoins et du projet recherché.

Dans le cas d'un postulant personne morale ou de certaines sociétés de personnes, l'évaluation de sa candidature portera principalement sur ses aptitudes à rendre les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers (dimension 3), ses compétences de gestion et d'organisation (dimension 4) et l'environnement physique du milieu de vie (dimension 5).

L'évaluation des aptitudes à rendre les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers (dimension 3) et celle des compétences de gestion et d'organisation (dimension 4) d'un postulant personne morale ou de certaines sociétés de personnes s'exercent en tenant compte des caractéristiques propres à l'organisation de services du postulant (responsable de la ressource, personnel de la ressource, stagiaire, bénévole, etc.).

Dimension 1 – CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

CETTE DIMENSION D'ÉVALUATION S'INTÉRESSE AU CARACTÈRE DU POSTULANT SOUHAITANT DEVENIR UNE RESSOURCE.

Les objets d'évaluation suivants permettent d'apprécier les caractéristiques personnelles du postulant :

- Motivation à s'engager dans un projet de ressource et auprès d'usagers vulnérables
- Équilibre émotif
- Degré de maturité
- Type d'attachement
- Honnêteté
- Empathie
- Intégrité
- Estime de soi
- Qualité du jugement
- Adaptation, souplesse, tolérance
- Ouverture face à la différence
- Relation avec autrui
- Relation avec l'autorité
- État de santé physique ou mentale
- Constance et cohérence entre les discours, les attitudes et les comportements
- Résistance au stress et aux frustrations (sécurité personnelle)
- Toute forme de dépendance (alcool, drogues, jeux, etc.)

Dimension 2 – HABILETÉS RELATIONNELLES

CETTE DIMENSION D'ÉVALUATION CONCERNE LES HABILETÉS DU POSTULANT À INTERAGIR AVEC SON ENVIRONNEMENT.

L'appréciation des objets d'évaluation qui suivent démontre la capacité du postulant à entrer en relation avec son propre environnement familial, avec les usagers, leur famille, leurs proches et les intervenants :

- Habileté à s'investir dans une dynamique conjugale ou familiale caractérisée par :
 - la stabilité du couple;
 - la saine communication;
 - la complicité;
 - le soutien mutuel;
 - une saine sexualité ou des moments d'intimité;
 - les valeurs familiales;
 - la stabilité du fonctionnement familial;
 - le partage des rôles et des responsabilités dans l'accomplissement des tâches quotidiennes incluant le projet de la ressource.
- Habileté à entretenir de saines relations entre les membres de la famille avec les membres de la famille élargie et avec l'entourage.
- Habileté parentale : protection, éducation, affection, identification et autorité.
- Habileté du postulant à créer les conditions favorables à l'intégration et à la participation d'un usager à la vie familiale.
- Habileté à créer des conditions favorables à l'acceptation de l'usager par les membres de la famille.
- Habileté du postulant à développer et entretenir un réseau personnel d'entraide.
- Habileté du postulant à interagir avec ses voisins et son environnement.
- Habileté à maintenir de bons rapports avec le réseau de la santé et des services sociaux et une bonne collaboration avec les intervenants.
- Habileté du postulant à respecter les relations entre l'usager et sa famille et les personnes ayant un lien significatif avec lui.
- Habileté du postulant à interagir avec l'usager et sa famille et les personnes significatives pour lui.

Dimension 3 – APTITUDES À RENDRE LES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS ET PARTICULIERS

CETTE DIMENSION D'ÉVALUATION FAIT RÉFÉRENCE AUX COMPÉTENCES DU POSTULANT À RENDRE À L'USAGER LES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS ET PARTICULIERS COMME PRÉVU DANS LE RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION.

L'appréciation des objets d'évaluation qui suivent démontre le niveau de compétence du postulant à rendre à l'utilisateur les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers :

- Aptitude à rendre adéquatement les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers comme précisé dans l'Instrument.
- Aptitude à accompagner l'utilisateur dans la réalisation de son projet de vie ou de son projet de développement.
- Aptitude à agir en tenant compte de l'âge, de la condition et de la situation de l'utilisateur (déficits cognitifs, deuil, etc.) tout en évitant l'infantilisation ou la surprotection.
- Aptitude à appliquer une politique, une procédure, un protocole, une règle de soins de l'établissement, une directive clinique ou une modalité d'encadrement.
- Aptitude à contribuer à l'application d'une approche ou d'un programme reconnu par l'établissement.
- Aptitude à gérer une situation de crise.
- Aptitude à développer un lien de confiance avec les usagers.
- Aptitude à faire preuve de tolérance, de flexibilité et de persévérance, tout en maintenant un cadre d'intervention.
- Aptitude à interagir, le cas échéant, avec les clientèles à problématiques complexes.
- Aptitude à respecter les personnes véhiculant une culture, des valeurs, des croyances et des habitudes de vie différentes.
- Aptitude à respecter le rythme de la communication et d'exécution de l'utilisateur, notamment dans les situations où une limitation physique ou cognitive la rend difficile.
- Aptitude à observer et à décoder le langage non verbal de l'utilisateur.
- Aptitude à s'adapter au processus dégénératif de la personne.
- Aptitude à soutenir la personne dans ses deuils, si requis.
- Aptitude à faire face, ultimement, à une fin de vie de l'utilisateur.
- Aptitude à établir une relation respectueuse et adéquate avec les proches de l'utilisateur.

Dimension 3 – APTITUDES À RENDRE LES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS ET PARTICULIERS

(SUITE)

DANS LE CAS D'ENFANTS OU D'ADOLESCENTS

De plus, dans le cas où les usagers sont des enfants ou des adolescents, l'établissement peut spécifiquement apprécier les objets suivants :

- Aptitude à collaborer avec les parents de l'enfant.
- Reconnaître les droits et les responsabilités des parents naturels.
- Endosser le rôle de facilitateur entre l'enfant et ses parents.
- Accepter les sentiments positifs ou négatifs de l'enfant à l'égard de ses parents pour éviter tout conflit de loyauté.
- Être ouvert et avoir de la facilité à collaborer à la réintégration familiale de l'enfant.
- Aptitude à s'investir dans une perspective à long terme avec l'enfant (projet de vie).
- Croire aux capacités de l'enfant d'expérimenter ses acquis.
- Aptitude à mettre des limites avec les parents en respectant les moyens proposés au plan d'intervention.
- Aptitude à encadrer l'enfant avec constance et cohérence en fonction des normes, des règles et des interdits, et ce, en tenant compte de son niveau de développement.
- Aptitude du postulant et de sa famille à offrir un équilibre entre « l'encadrement et la discipline » et « la chaleur, le soutien et les encouragements ».
- Aptitude à traduire à l'enfant l'acceptation et l'affection qu'il a pour lui, et ce, d'une façon concrète et sentie tout en respectant le rythme et les besoins de l'enfant.
- Aptitude à favoriser l'estime de soi de l'enfant, à faire une projection positive de l'enfant et capacité de proposer à celui-ci des modèles d'identification épanouissants.
- Aptitude à intégrer un enfant dans la ressource, tout en lui offrant un milieu stable, sécurisant et sécuritaire.
- Disponibilité à rendre les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers à un enfant de 0 à 5 ans dans le cas où le postulant travaille à l'extérieur.
- Aptitude à soutenir l'enfant dans son développement au regard des sept dimensions reconnues pour contribuer à son bien être : santé, éducation, développement affectif et comportemental, identité, relations familiales et sociales, présentation de soi, habileté à prendre soin de soi.

Dimension 4 – COMPÉTENCES DE GESTION ET D'ORGANISATION

CETTE DIMENSION D'ÉVALUATION PERMET D'ÉVALUER LE NIVEAU ET LA QUALITÉ DES COMPÉTENCES DE GESTION ET D'ORGANISATION DU POSTULANT, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES, FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES.

L'appréciation des objets d'évaluation qui suivent démontre le niveau de compétence du postulant à l'égard de ses compétences de gestion et d'organisation :

- Capacité du postulant à adhérer à la mission, aux valeurs, à la philosophie d'intervention ou aux approches cliniques de l'établissement.
- Capacité à exercer ses rôles et ses responsabilités à titre de ressource, à l'exclusion de celles déjà évaluées dans la dimension 3, et à se conformer aux lois, aux normes ou aux règles en vigueur.
- Capacité du postulant à respecter les orientations et les balises définies dans le présent cadre de référence.
- Capacité du postulant à assurer la qualité des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers.
- Capacité à mettre en place, à maintenir et à évaluer les actions nécessaires afin d'assurer la qualité des services à rendre à l'utilisateur.
- Capacité et ouverture du postulant à s'engager dans un processus de formation et de perfectionnement.
- Capacité du postulant à sélectionner, à encadrer, à superviser et à évaluer toute personne requise par lui pour être en prestation de services auprès de l'utilisateur, le cas échéant, de sorte que son comportement et ses attitudes soient cohérents avec la philosophie d'intervention ou l'approche préconisée par l'établissement (Code d'éthique).
- Capacité à organiser le milieu de vie et les routines du quotidien, de façon efficace et efficiente, dans le respect des besoins des usagers, des balises du Guide d'utilisation de l'Instrument et de l'Instrument ainsi que des orientations du présent cadre de référence.
- Capacité à assurer une gestion et une transmission adéquate de l'information concernant les usagers par lui et par toute personne requise par lui pour être en prestation de services auprès de l'utilisateur.
- Capacité à interagir de manière contributive et à travailler en équipe avec les différents partenaires pour assurer une réponse adéquate aux besoins de l'utilisateur.
- Capacité de rigueur dans la gestion de l'allocation des dépenses personnelles des usagers ou des autres sommes qui en tiennent lieu.
- Capacité à gérer le temps et les priorités.
- Capacité à gérer ses finances personnelles.

Dimension 5 – ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

CETTE DIMENSION D'ÉVALUATION PERMET D'APPRÉCIER L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DU MILIEU DE VIE PROPOSÉ PAR LE POSTULANT. SELON LA SITUATION, L'ÉVALUATION SE RÉALISE DIRECTEMENT DANS LE MILIEU DE VIE PROPOSÉ OU, DANS LE CAS D'UNE NOUVELLE CONSTRUCTION, À PARTIR DE L'ANALYSE DES PLANS ET DES DEVIS.

Dépendamment des besoins de l'utilisateur visés par le projet, voici les éléments qui peuvent faire l'objet d'une évaluation par l'établissement :

- Le milieu de vie est géographiquement situé de façon à permettre l'accessibilité aux différents services de la communauté, en fonction des besoins d'intégration et de participation sociale, de scolarisation, de réadaptation, ceux liés à la spiritualité et aux loisirs, etc.
- L'accès au milieu de vie est facile d'utilisation, bien éclairé, sécuritaire et sans obstacle pouvant limiter la mobilité ou nuire à la sécurité.
- La cour extérieure est clôturée si le postulant compte accueillir de jeunes enfants ou des usagers à risque d'errance ou de fugue; elle est libre de matériaux ou d'objets dangereux.
- Si requis par la condition de l'utilisateur, le milieu de vie comporte une entrée extérieure accessible au niveau du sol ou à l'aide d'une rampe d'accès ou d'une plate-forme élévatrice ou d'un ascenseur conforme aux normes.
- Le milieu physique permet à chaque usager d'avoir accès à des lieux distincts pour manger, dormir et se récréer et offre l'espace approprié pour qu'il puisse recevoir une ou des personnes en toute confidentialité.
- Le milieu de vie est pourvu d'un téléphone accessible aux usagers.
- Les aires communes sont éclairées par la lumière naturelle et adaptées au type d'utilisateur que le postulant compte accueillir.
- Les corridors ont une largeur minimale de 42 pouces et, idéalement, de 48 pouces si des fauteuils roulants doivent y circuler.
- Les escaliers sont pourvus de mains courantes.
- La sécurité du milieu de vie est organisée en fonction du niveau de développement ou du fonctionnement de l'utilisateur et de ses besoins (ex. : barrière de sécurité dans les escaliers pour un bébé).
- La robinetterie des douches et des bains est pourvue d'un système thermostatique ou de systèmes à pression autorégulée et thermostatique combinés dans les ressources intermédiaires non visées par la LRR qui cible une clientèle présentant un risque de s'ébouillanter.
- L'ameublement est adapté et adéquat en fonction de l'âge de l'utilisateur et de sa condition.

Dimension 5 – ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

(SUITE)

- Si la condition d'au moins un usager le requiert, les portes extérieures et intérieures sont sans seuil, d'une largeur minimale de 36 pouces et avec poignées à levier (bec de canne).
- Si au moins un usager est à risque d'errance ou de fugue, les portes extérieures sont munies d'un système qui émet un signal sonore lors de l'ouverture. Si requis par la condition de l'usager, un bracelet anti-fugue pourrait également être utilisé.
- Aucun usager ne dort dans un bâtiment séparé ni n'est isolé sur un étage sans communication avec le reste de la maison, dans un grenier ou un sous-sol non fini ou dans une pièce habituellement utilisée à d'autres fins que pour dormir.
- L'espace disponible est tel que l'hébergement de l'usager n'oblige pas le responsable de la ressource à partager sa chambre avec un ou plusieurs de ses proches ou de ses enfants.
- Chaque usager a son lit, à moins qu'il ne soit adulte lié par une relation affective avec un autre usager adulte et que chacun accepte de partager le même lit.
- Dans le cas où l'usager est un jeune enfant, la chambre du postulant est située au même niveau que celle de l'enfant.
- Aucun adulte ne partage la chambre d'un enfant à moins que celui-ci ne soit âgé de moins de 6 mois (sommeil sécuritaire du bébé).
- Aucun enfant de plus de 5 ans ne partage la chambre d'un enfant de sexe opposé.
- L'aménagement de la chambre tient compte des besoins et des préférences de l'usager.
- La chambre est obligatoirement privée dans le cas où la condition clinique particulière de l'usager le requiert et qu'une telle orientation est prévue et documentée au plan d'intervention de celui-ci.
- La chambre est fermée par une porte et offre un espace de rangement personnel pour chaque usager.
- Toutes les issues sont libres de tout obstacle et dégagées en tout temps.
- Les plafonds sont à une hauteur minimum de 7,6 pieds.
- La chambre comporte un lit et un matelas ordinaires et adaptés à l'âge de l'usager, sauf dans le cas où la condition clinique ou physique de l'usager requiert un lit ajustable. Dans tous les cas, les matériaux doivent rendre facile l'entretien afin d'éviter la contamination infectieuse. Elle comporte également une commode et une table de chevet.
- La chambre est équipée d'un lève-personne, si un tel équipement est requis par la condition de l'usager, afin d'assurer des transferts sécuritaires pour l'usager et pour le personnel.

Dimension 5 – ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

(SUITE)

- Le milieu de vie comprend une salle de bain complète commune et adaptée à la condition des usagers, à raison d'environ une pour 4 ou 5 usagers. Une salle d'eau ou une salle de bain est considérée adaptée si elle présente les caractéristiques suivantes : pharmacie barrée, siège de toilette surélevé, barres d'appui, tapis antidérapant, lavabo muni d'un robinet unique, bain standard avec mitigeur thermostatique et avec un axe giratoire de 60 pouces.
- Les armes à feu sont rangées selon les normes de sécurité en vigueur.
- Les médicaments et les produits toxiques sont rangés de façon sécuritaire.
- Un environnement sans fumée est souhaitable.
- Les animaux domestiques ne doivent présenter aucun danger pour la sécurité des usagers.

102

CADRE
DE
RÉFÉRENCE
RI-RTF



Peu importe la clientèle visée par le projet, une nouvelle construction aurait avantage à prévoir l'accessibilité du milieu de vie : une rampe d'accès, absence de seuil de porte, etc., rendant ainsi possible l'adaptation du milieu de vie à la condition évolutive de l'utilisateur.



Lorsque le milieu de vie est à construire ou doit faire l'objet de rénovations importantes, l'établissement doit notamment s'assurer de la faisabilité des travaux, du respect des normes et de la réglementation municipales et du réalisme de l'échéancier de réalisation eu égard à la date d'ouverture prévue.

4.6 RECOMMANDATION À L'AGENCE POUR LA RECONNAISSANCE DU POSTULANT

Dans le cas où la décision de l'établissement est favorable à la conclusion d'une entente spécifique ou particulière avec le postulant, il recommande par écrit à l'agence la reconnaissance de celui-ci, conformément à la procédure administrative établie par l'agence de sa région.

L'agence prend acte de la recommandation de l'établissement et fait l'analyse du dossier. Elle peut requérir de l'établissement une ou des informations complémentaires.

L'établissement ne peut conclure aucune entente spécifique ou particulière, même temporaire, avec un postulant qui n'a pas encore été reconnu à titre de ressource par l'agence.

4.7 DÉCISION DE L'AGENCE

L'agence prend la décision de reconnaître ou non le postulant. Trois scénarios sont alors possibles.

SCÉNARIO 1

L'agence prend la décision de reconnaître le postulant, auquel cas sa décision, accompagnée d'un certificat de reconnaissance, est transmise au postulant (copie à l'établissement) dans un délai maximum de 30 jours.

SCÉNARIO 2

L'agence considère que des ajustements doivent être apportés pour rendre le postulant conforme à ses critères de reconnaissance, auquel cas elle communique à l'établissement le ou les critères en cause, le ou les éléments à régulariser et le délai de 30 jours pour se conformer.

SCÉNARIO 3

L'agence prend la décision de ne pas reconnaître le postulant, auquel cas sa décision et les motifs qui l'ont fondée sont transmis par écrit au postulant (copie à l'établissement) dans un délai maximum de trente jours. Un délai maximum de dix jours est donné au postulant pour transmettre ses observations à l'agence. À la lumière de ces observations, l'agence décide de maintenir ou non sa décision. Elle en informe le postulant (copie à l'établissement) dans un délai maximum de trente jours.

4.8 CONCLUSION D'UNE ENTENTE SPÉCIFIQUE

Lorsqu'une ressource visée par la LRR a obtenu sa reconnaissance de l'agence concernée, l'établissement peut conclure avec elle une entente spécifique.

Cette entente permettra à l'établissement de confier un usager à la ressource et permettra à la ressource d'offrir à cet usager un milieu de vie de même que les services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

Avant de conclure une entente spécifique, l'établissement doit s'enquérir des modalités liées à celle-ci qui peuvent être prévues dans l'entente collective applicable.

4.8.1 PARTIES CONCERNÉES

Les parties concernées à l'entente spécifique sont l'établissement et la ou les personnes physiques responsables de la ressource.

4.8.2 CONTENU DE L'ENTENTE SPÉCIFIQUE

La LRR prévoit les éléments exclusifs sur lesquels porte une entente spécifique : le nombre de places reconnues à la ressource, le type d'utilisateurs pouvant lui être confiés, l'identification des répondants des parties aux fins de leurs relations d'affaires et sa durée.

De plus, une entente spécifique ne doit pas contrevenir aux dispositions de l'entente collective applicable.

4.8.3 PARTICULARITÉS

La LRR prévoit qu'une entente spécifique est incessible. La loi prévoit également qu'elle n'est pas visée par l'article 108 de la LSSSS ni qu'elle est assujettie à la LCOP.

De plus, l'établissement ne peut modifier une telle entente spécifique, y mettre fin avant l'arrivée du terme ou empêcher son renouvellement sans avoir obtenu l'autorisation de l'agence concernée. Les modalités entourant l'obtention d'une telle autorisation de l'agence concernée sont prévues dans la politique administrative de l'agence entourant la reconnaissance.

4.9 CONCLUSION D'UNE ENTENTE PARTICULIÈRE

Lorsqu'une ressource non visée par LRR a obtenu sa reconnaissance de l'agence concernée, l'établissement peut conclure avec elle une entente particulière.

La conclusion d'une telle entente particulière permettra à l'établissement de confier un usager à la ressource et permettra à la ressource d'offrir à cet usager un milieu de vie de même que les services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

Avant de conclure une entente particulière, l'établissement doit s'enquérir des modalités reliées à celle-ci qui peuvent être prévues dans l'entente nationale applicable.

4.9.1 PARTIES CONCERNÉES

Les parties concernées à l'entente particulière sont l'établissement et la personne physique, la personne morale ou la société de personnes qui agit à titre d'exploitant de cette ressource.

4.9.2 CONTENU DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE

La LSSSS ne prescrit pas le contenu de l'entente particulière.

L'établissement doit donc s'assurer de consulter l'entente nationale applicable à ce sujet.

4.10 MODIFICATION D'UNE COMPOSANTE DE LA RESSOURCE OU D'UNE ENTENTE

La ressource est amenée à évoluer dans le temps.

Il est donc possible que des changements dans l'une ou l'autre des composantes de la ressource soient souhaités par celle-ci, voire qu'ils soient inévitables. À titre d'exemple, le milieu de vie peut devoir faire l'objet de rénovations majeures ou être déplacé. La RI peut être cédée à un nouvel exploitant. Le type d'organisation résidentielle retenu initialement par la ressource peut évoluer vers un autre type d'organisation résidentielle.

De la même façon, les objets de l'entente spécifique ou particulière intervenue entre l'établissement et la ressource peuvent faire l'objet de modifications. Celles-ci peuvent survenir à la demande de la ressource ou en fonction des besoins exprimés par l'établissement. À titre d'exemple, le nombre de places reconnues à la ressource peut être amené à augmenter ou à diminuer. Le type d'usager peut varier.

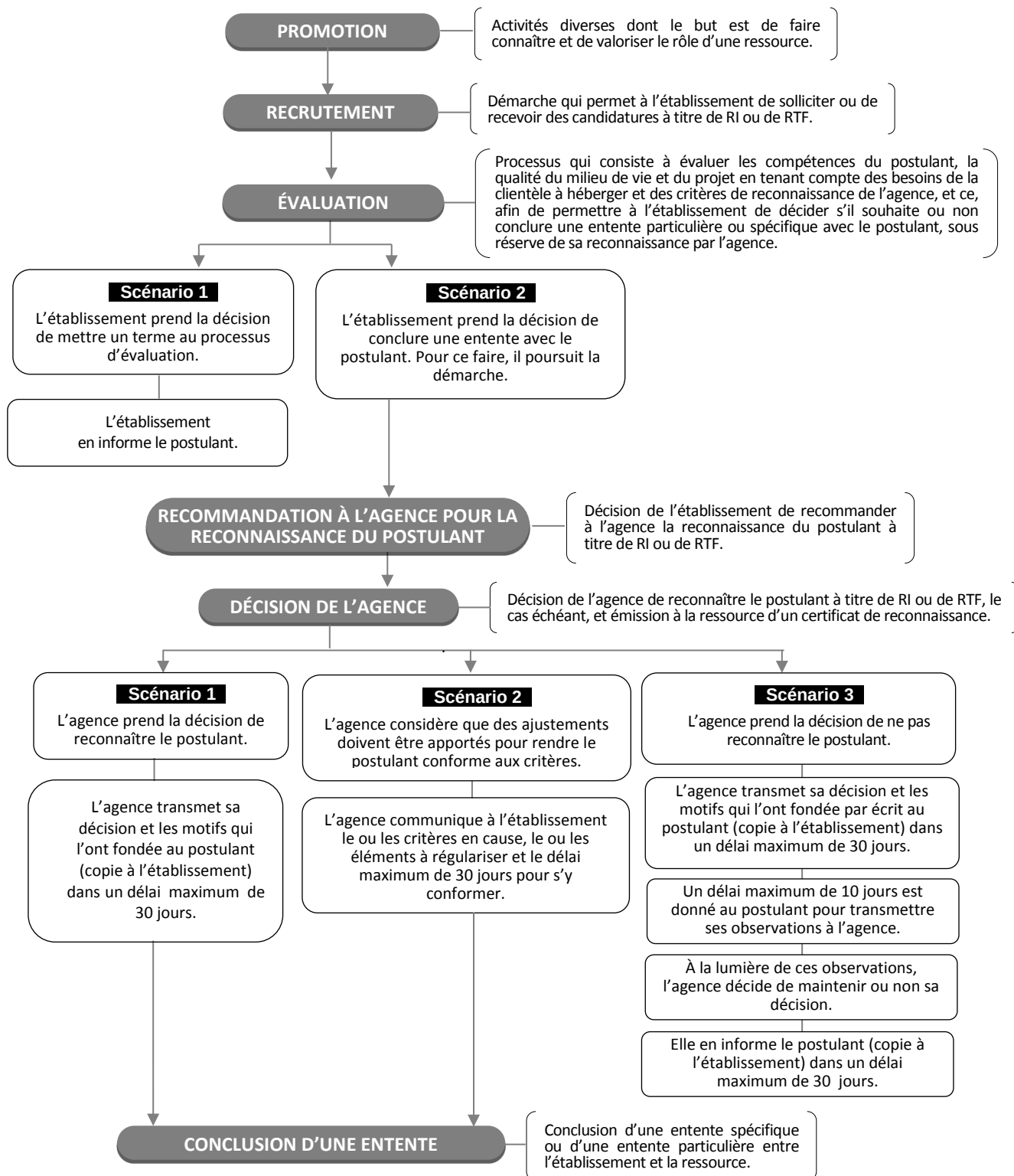
Dans toutes ces circonstances, l'accord de l'établissement aux modifications dans l'une ou l'autre des composantes de la ressource de même que des modifications à l'entente spécifique ou particulière est requis.

Cependant, avant que l'établissement se déclare favorable à la modification des composantes ou à la modification de l'entente spécifique ou particulière conclue avec la ressource, la situation doit faire l'objet d'une analyse attentive de sa part.

Plusieurs éléments doivent alors être considérés par l'établissement, dépendamment de la nature de la modification envisagée. À titre d'exemple, l'établissement considèrera les éléments suivants :

- ▶..... L'opportunité de procéder à l'évaluation des dimensions affectées par la modification envisagée;
- ▶..... La révision récente du processus du contrôle de la qualité entourant la ressource;
- ▶..... La nécessité de recommander une modification de la reconnaissance auprès de l'agence concernée et l'obtention de celle-ci, le cas échéant;
- ▶..... La nécessité de modifier l'entente spécifique ou particulière et la modification de l'entente, le cas échéant. Dans le cas d'une entente spécifique, l'obtention d'une autorisation de l'agence concernée à cet effet.

Figure 9
SCHÉMATISATION DE LA DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION



CHAPITRE 5

Établissements
publics de services
de santé et de
services sociaux

SOMMAIRE

- 5.1 Aspects légaux
- 5.2 Mécanismes et critères d'accès
aux services d'une ressource
- 5.3 Types et durée du placement
d'un usager dans une ressource
- 5.4 Placement urgent
- 5.5 Consentement aux soins et aux
services
- 5.6 Dispense des services cliniques
ou professionnels
- 5.7 Dossier de l'utilisateur
- 5.8 Suivi professionnel de l'utilisateur

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

5.1 ASPECTS LÉGAUX

Les principales assises légales et réglementaires du présent chapitre sont les suivantes :

- ▶ **LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, RLRQ, c. S-4.2**

Ci-après « LSSSS »

Articles : 5, 9 à 13, 17 à 28, 99.2 à 99.8, 100 à 105, 303 à 304, 306, 356, 358

- ▶ **LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET DE CERTAINES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION D'UNE ENTENTE COLLECTIVE LES CONCERNANT, RLRQ, c. R-24.02**

Ci-après « Loi sur la représentation des ressources ou LRR »

Article 63, par. 4.

- ▶ **CODE CIVIL DU QUÉBEC**

Ci-après « Code civil ou C.c.Q. »

Articles : 11 à 25

- ▶ **CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE, RLRQ, c. S-12**

Ci-après « Charte »

Article 1

- ▶ **CODE DES PROFESSIONS, RLRQ, c. C-26**

Ci-après « Code des professions »

Articles : 39.7 et 39.8

Ces lois et règlements sont disponibles sur le site Internet des Publications du Québec :
<http://www3.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/loisreglements.fr.html>

5.2 MÉCANISMES ET CRITÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES D'UNE RESSOURCE

La ressource fait partie intégrante du réseau local de services (RLS). Par conséquent, les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers qu'elle dispense s'inscrivent dans un continuum de services offerts aux usagers dans le territoire du RLS.

À cet égard, la LSSSS prévoit que l'agence et l'établissement exercent des responsabilités distinctes, mais complémentaires relativement à l'accès aux services d'une ressource :

L'AGENCE

Dans sa planification régionale, elle doit notamment déterminer les modalités d'accès aux services d'une ressource, dont les critères généraux d'admission dans ces ressources, conformément à l'article 304 de la LSSSS et au Guide des responsabilités des agences.

L'ÉTABLISSEMENT

Il a la responsabilité d'exercer ses fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers susceptibles d'être confiés à une ressource, conformément à la LSSSS et aux autres lois applicables, et ce, dans le respect des orientations régionales concernant ces modalités d'accès.

Ainsi, sur la base des orientations et des balises régionales fournies par l'agence, l'établissement concerné doit établir ses critères d'accès aux services d'une ressource pour les usagers ayant ce type de besoin.

Les critères d'accès aux services d'une ressource établis par l'établissement ont notamment pour but de lui permettre de déterminer l'orientation d'un usager vers le type de ressource (RI ou RTF) et le type d'organisation résidentielle adéquats, conformément aux balises précisées dans le présent cadre de référence à l'activité 3 du suivi professionnel de l'usager.

Les critères d'accès établis par l'établissement doivent l'être pour chacun des types de ressources et des types d'organisations résidentielles faisant partie de son continuum de services. Ainsi, il est en mesure de déterminer adéquatement l'orientation d'un usager dans ce type de milieu de vie. Il doit également soumettre ses critères d'accès à l'agence pour approbation, selon les modalités prévues avec elle, sauf situation d'exception précisée dans la LSSSS à l'article 356.

Par ailleurs, d'un point de vue local ou régional, le fonctionnement concernant l'accès aux services d'une ressource peut varier pour certaines clientèles spécifiques selon l'organisation des services ou les ententes convenues entre une agence et un ou plusieurs établissements.

Les mécanismes d'accès régionaux et locaux, les tables d'orientation, les comités d'orientation résidentielle ou tout autre mode ou mécanisme ayant pour but de rendre une décision concernant l'orientation d'un usager vers une ressource devront être conformes aux orientations ministérielles du présent cadre de référence ainsi qu'aux orientations régionales de l'agence.

Enfin, dans le cas où le maintien de l'usager dans la ressource serait remis en cause à la suite d'une modification importante de sa condition depuis son arrivée dans la ressource, l'établissement analysera la situation conformément aux balises identifiées à l'activité 8 dans le chapitre 5 du présent cadre de référence.

À titre indicatif, l'établissement doit tenir compte des aspects suivants dans l'élaboration de ses critères d'accès aux services d'une ressource :

- ▶..... Sa mission légale, sa clientèle et les services qu'il offre à une population donnée;
- ▶..... Ses politiques ou ses procédures relativement au transfert d'usagers confiés aux RI/RTF vers d'autres types de milieux de vie à l'interne ou à l'externe de l'établissement;
- ▶..... Ses politiques ou ses procédures relativement à la gestion intégrée des risques et de la qualité, dont les informations pertinentes à propos du seuil d'acceptation du risque jugé inacceptable pour le maintien d'un usager dans une ressource;
- ▶..... Ses ententes de collaboration actuelles ou envisagées;
- ▶..... Ses ententes de gestion actuelles;
- ▶..... La particularité des ressources et leur cadre d'exercice, dont les dispositions pertinentes de la LSSSS et du Règlement sur la classification, de même que les ententes collectives et nationales (incluant les lettres d'ententes) conclues entre le ministre et les associations et les organismes représentatifs des ressources;
- ▶..... Les orientations régionales de l'agence relativement aux mécanismes d'accès aux services;
- ▶..... Les orientations ministérielles et les balises du présent cadre de référence, particulièrement celles concernant les types de ressources et les types d'organisations résidentielles ainsi que l'activité 3 du suivi professionnel de l'usager (orientation de l'usager vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle adéquats);
- ▶..... Les orientations ministérielles relativement à des standards d'accès aux services, notamment un plan d'accès ;
- ▶..... Etc.

5.3 TYPES ET DURÉE DU PLACEMENT D'UN USAGER DANS UNE RESSOURCE

Pour toute personne, qu'elle soit enfant ou adulte, le fait d'être retiré de son milieu de vie naturel ou actuel et d'être confié à une ressource constitue un événement majeur, et ce, peu importe que ce geste résulte d'une décision judiciaire, clinique ou administrative. Dans ce contexte, l'établissement et la ressource tiennent compte du meilleur intérêt de l'utilisateur en dispensant les services nécessaires afin que cet événement puisse se réaliser dans des circonstances les plus positives possible pour l'utilisateur.

Dans les écrits, plusieurs définitions du placement et de ses effets ont été explorées depuis quelques décennies. Au quotidien, dans la pratique, le placement peut prendre diverses formes ou appellations et divers types selon les approches cliniques, les clientèles des établissements et les lois applicables à celles-ci. Il est parfois question de placement permanent ou « projet de vie », de placement à court, moyen ou long terme, de placement de répit ou de dépannage, etc.

De plus, outre les dimensions cliniques liées au placement, l'établissement doit connaître les dimensions administratives qui s'appliquent à celui-ci. À ce titre, les ententes collectives et nationales prévoient certaines définitions, dispositions et responsabilités importantes à connaître concernant le placement et le déplacement d'un utilisateur dans une ressource.

Le placement est défini dans les ententes comme l'action d'un établissement ayant pour effet de confier un utilisateur dans une place reconnue disponible à la ressource. Il peut être de nature continue ou intermittente et avoir une durée à court, à moyen ou à long terme en fonction des besoins identifiés au plan d'intervention de l'utilisateur et de la situation clinique.

Le placement et le déplacement d'un utilisateur dans une ressource est la responsabilité exclusive de l'établissement. Il exerce ainsi ses fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des utilisateurs, conformément à la LSSSS ou dans le cadre d'une mesure ordonnée en vertu de la LPJ.

Peu importe le type ou la durée du placement d'un utilisateur dans une ressource, l'établissement doit exercer ses responsabilités légales à l'égard de celui-ci, en vertu de la LPJ, lorsqu'applicable, ainsi qu'exercer un suivi professionnel à l'utilisateur, conformément à la LSSSS et aux balises du présent cadre de référence.

5.4 PLACEMENT URGENT

Dans le présent cadre de référence, plusieurs activités du suivi professionnel de l'utilisateur peuvent se dérouler en situation de placement urgent. Lorsque c'est le cas, l'établissement doit tendre le plus possible à respecter les mêmes balises applicables aux placements en situation planifiée.

Dans le contexte d'un placement urgent, l'établissement procède souvent à celui-ci en commençant sa démarche par l'application de l'activité 5 du suivi professionnel d'un usager, c'est-à-dire l'intégration d'un usager dans une ressource. L'établissement devra, par la suite, s'assurer de reprendre la séquence des activités du suivi professionnel de l'usager au tout début, selon la situation.

5.5 CONSENTEMENT AUX SOINS ET AUX SERVICES

En conformité avec les chartes des droits et libertés et le Code civil du Québec, la LSSSS prévoit à l'article 9 que nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'ils s'agissent d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, notamment s'il est inapte à le faire, par son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil du Québec.

Le placement d'un usager dans une ressource est considéré comme un service ou une intervention qu'il reçoit de la part d'un établissement et donc un « soin » au sens des dispositions légales. L'établissement a ainsi la responsabilité d'obtenir le consentement libre et éclairé au placement de l'usager dans une ressource, en conformité avec les lois applicables, sauf situations d'exception prévues par la loi, notamment la LPJ et le Code civil du Québec.

Le consentement est libre lorsque la personne le donne de son plein gré, sans crainte, menace, pression ou promesse provenant d'une tierce personne.

Le consentement est éclairé lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause, soit après avoir reçu les informations pertinentes dans un langage que la personne comprend et de façon claire.

Le consentement d'un usager doit être manifeste, c'est-à-dire qu'il doit l'exprimer par un geste ou une parole claire et explicite.

Afin d'assurer la traçabilité de l'information au sujet du consentement de l'usager, en conformité avec les lois et les règlements applicables, les pratiques reconnues et selon les politiques ou les procédures de l'établissement quant à la gestion du dossier de l'usager, il est préférable que l'usager signe un formulaire officiel de l'établissement précisant notamment la date et la nature du consentement, ou, minimalement, qu'une note officielle et détaillée soit inscrite à son dossier à cet effet.

Dans le cas de l'usager mineur, le consentement est donné par le titulaire de l'autorité parentale, par le tuteur ou il peut s'agir d'une mesure ordonnée par le tribunal. Le mineur de 14 ans et plus, apte à consentir, peut consentir seul.

L'aptitude à consentir de la personne doit être évaluée pour chaque soin ou service, et lorsqu'elle est inapte à y consentir ou à refuser, le consentement substitué est requis. Dans ce cas, le consentement de l'une des personnes désignées à l'article 15 du Code civil du Québec est requis, à l'exception des cas d'urgence et des soins d'hygiène. Toutefois, l'autorisation du tribunal sera requise si l'usager inapte à consentir refuse catégoriquement le soin, même si une autre personne y consent de façon substituée. De même, il est possible d'obtenir l'autorisation du tribunal en cas de refus injustifié de la personne pouvant consentir de façon substituée.

Un consentement peut être retiré à tout moment, verbalement ou par écrit, même lorsqu'il a été donné par écrit.

Enfin, l'établissement peut devoir obtenir le consentement libre et éclairé de l'usager notamment à son placement, à la transmission de renseignements le concernant ou pour l'accès à son dossier à divers moments de son parcours de services.

Dans le présent cadre de référence, plusieurs situations inhérentes aux dix activités du suivi professionnel de l'usager nécessitent l'obtention d'un tel consentement auprès de l'usager.

5.6 DISPENSE DES SERVICES CLINIQUES OU PROFESSIONNELS

5.6.1 SERVICES CLINIQUES OU PROFESSIONNELS À L'USAGER

En vertu de l'article 100 de la LSSSS, l'établissement a « pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population ».

L'établissement a donc la responsabilité d'évaluer les besoins et de déterminer l'ensemble des services requis par l'usager confié à une ressource. Il doit également s'assurer de rendre ou que soient rendus les services cliniques ou professionnels requis par sa condition.

Les services cliniques ou professionnels sont de nature différente des services de soutien ou d'assistance que doit rendre une ressource conformément au Règlement sur la classification. À ce titre, l'établissement est le seul dispensateur de services cliniques ou professionnels auprès d'un usager confié à une ressource, sauf situations prévues par la loi.

Les services cliniques ou professionnels qu'un établissement rend à un usager confié à une ressource constituent notamment les dix activités du suivi professionnel comme décrit dans le présent cadre de référence au point 5.8.4.

5.6.2 ACTIVITÉS DÉLÉGUÉES

En conformité avec les articles 39.7 et 39.8 du Code des professions, l'établissement peut demander à la ressource d'exercer auprès d'un usager qui lui est confié des activités de soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne ou à l'administration de médicaments prescrits ou prêts à être administrés.

L'établissement indiquera ces activités à la ressource par l'entremise de l'Instrument de détermination et de classification, notamment la section 2 de la partie 2 concernant les services particuliers dudit instrument.

Il est de la responsabilité de l'établissement concerné, par l'entremise de ses professionnels, d'offrir l'encadrement nécessaire, notamment la formation à la pratique de ces activités par la ressource.

Dans le cadre de cette décision, l'établissement agira en conformité avec ses politiques ou ses procédures et les règles de l'art.

Il devra également prendre en considération l'organisation de ses propres services cliniques ou professionnels puisqu'il pourrait, entre autres, décider de rendre lui-même de tels services à l'usager.

5.7 DOSSIER DE L'USAGER DANS L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement doit détenir un dossier pour chaque usager confié à une ressource, en conformité avec la LSSSS, ses politiques ou ses procédures et les règles de l'art.

De façon plus particulière, l'établissement s'assure de la traçabilité de toutes les activités du suivi professionnel de l'usager confié à une ressource, en conformité avec le présent cadre de référence.

5.8 SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER CONFIÉ À UNE RESSOURCE

5.8.1 VISION GLOBALE

Une des responsabilités de l'établissement à l'égard de l'usager confié à une ressource consiste à assurer le suivi professionnel de celui-ci, conformément à la LSSSS, plus précisément aux articles 100, 104 et 106.

Cette responsabilité importante n'est pas nouvelle pour l'établissement. Toutefois, les modifications législatives qui ont mené à la publication du présent cadre de référence font en sorte que le sens, la portée et les composantes du suivi professionnel se sont transformés et doivent maintenant s'actualiser différemment dans le quotidien de l'organisation des services de l'établissement.

À l'époque où les orientations du *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires* et du *Guide d'orientation de la pratique professionnelle et la ressource de type familial* étaient en vigueur, l'établissement devait assurer le suivi professionnel de la ressource et le suivi professionnel de l'utilisateur. À la suite des modifications apportées aux articles 304 et 306 de la LSSSS, l'établissement assume maintenant uniquement le suivi professionnel de l'utilisateur qu'il a confié à une ressource.

Le suivi professionnel d'un utilisateur confié à une ressource est composé des principales responsabilités cliniques ou professionnelles d'un établissement à l'égard de tous les services qu'il rend à cet utilisateur. Il comporte dix activités décrites dans le présent chapitre.

Selon l'organisation des services de l'établissement, il est probable que plus d'une personne ou d'une instance réalise une ou plusieurs de ces activités. Ceci implique une cohérence et une coordination nécessaires par l'établissement afin d'assurer le déroulement harmonieux, adéquat et conforme de l'ensemble de ces activités.

Le mot « professionnel » inclus dans le libellé « suivi professionnel de l'utilisateur » doit être interprété ici dans le sens d'être compétent (aptitudes, habiletés et connaissances) pour réaliser une action en lien avec l'une ou l'autre des activités de ce suivi professionnel. Le mot « professionnel » n'a pas ici la même signification que celle que lui attribue le Code des professions.

Le suivi professionnel de l'utilisateur a une portée organisationnelle au sein de l'établissement. Il ne doit donc pas être interprété comme étant la responsabilité d'un seul intervenant dans la réalisation d'une activité clinique ou d'un acte professionnel.

Dans le présent chapitre, les activités du suivi professionnel de l'utilisateur sont présentées et regroupées dans une séquence logique qui se veut d'abord et avant tout clinique. Par exemple, l'établissement doit préalablement réaliser l'évaluation ou la révision des besoins de l'utilisateur (activité 1) avant d'avoir élaboré ou révisé son plan d'intervention ou son plan de services (activité 2). Cette séquence se veut également logique dans le sens où elle fait les liens entre les balises qui les lient. La vision globale des activités du suivi professionnel est illustrée dans un logigramme à la fin du chapitre.

En plus des changements majeurs dans la conception du suivi professionnel d'un utilisateur confié à une ressource, le cadre de référence introduit également un nouveau processus de contrôle de la qualité des services rendus à cet utilisateur par l'établissement et par la ressource. Par conséquent, la responsabilité pour l'établissement d'assurer le suivi professionnel de l'utilisateur doit désormais s'exercer différemment par les intervenants et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Malgré l'adoption de la LRR et les modifications apportées à la LSSSS, la qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour l'établissement. À cet égard, l'établissement a plusieurs obligations qui l'interpellent au quotidien dans différentes sphères de ses activités, qu'elles soient d'ordre clinique, éthique, légale, administrative ou autre. Il a notamment l'obligation d'obtenir l'agrément à l'égard de ses services auprès d'un organisme d'accréditation reconnu.

Peu importe ses obligations et les activités qui en découlent, l'établissement a la responsabilité d'être cohérent par rapport aux pratiques reconnues et doit s'assurer que le contrôle de la qualité des services rendus à ses usagers confiés aux ressources y est intégré.

Le processus de contrôle de la qualité, élaboré dans ce cadre de référence, présente une approche, par résultat et non par moyens, qui tient compte du nouveau statut de la ressource et des meilleures pratiques actuelles en matière de qualité. Le processus de contrôle permet de mesurer la qualité des services rendus par l'établissement et par la ressource pour chacun des usagers confiés à une ressource. Des « fiches qualité » ont été insérées à la fin de chacune des activités cliniques pour résumer la démarche complète et opérationnelle à suivre par l'établissement.

Le contrôle de la qualité est une composante essentielle de l'assurance qualité et s'inscrit dans une démarche intégrée et continue d'amélioration de la qualité dans l'établissement.

La figure qui suit représente la séquence logique des dix activités du suivi professionnel de l'utilisateur. Celle-ci se termine par l'application du processus de contrôle de la qualité.

Figure 10

SYNTHÈSE DES DIX ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER



5.8.2 BUT DES ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER

Dispenser à l'utilisateur, ou s'assurer que soient dispensés à l'utilisateur, des services de qualité qui soient accessibles, continus, sécuritaires, efficaces, respectueux de ses droits et requis par sa condition et ses besoins.

5.8.3 CONDITIONS DE RÉUSSITE DES ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER

Les conditions de réussite suivantes sont identifiées afin de soutenir l'établissement dans ses réflexions et ses actions visant la mise en œuvre et le suivi des orientations ministérielles du présent cadre de référence au sujet du suivi professionnel de l'utilisateur, et ce, afin d'être conforme à celui-ci dans l'organisation de ses services.

L'établissement pourra s'en inspirer afin de réaliser une analyse stratégique de son organisation en lien avec la disposition, la préparation et la gestion du changement que ces orientations ministérielles pourraient amener dans ses pratiques de gestion et ses pratiques cliniques au quotidien.

Les conditions de réussite sont regroupées sous les quatre thèmes suivants, soit la culture de la qualité, la gouvernance et le *leadership*, les méthodes et les outils ainsi que les ressources.

CULTURE DE LA QUALITÉ

- ▶ Le développement d'une culture intégrée de la qualité dans l'établissement constitue un déterminant de la qualité des services rendus à l'utilisateur.
- ▶ Les structures de l'établissement concernées par la qualité (conseil d'administration, CMDP, comité de vigilance et de la qualité, comité de gestion des risques, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, direction des services professionnels, direction des soins infirmiers, comité des usagers, etc.) connaissent leurs rôles et exercent leurs responsabilités en matière de qualité.
- ▶ L'établissement répond aux exigences et aux normes générales de l'agrément, dont celles plus spécifiques au regard de la gestion des ressources intermédiaires et de type familial.

GOVERNANCE ET LEADERSHIP

- ▶ Des stratégies de mobilisation, de concertation, de coordination et de communication claires et efficaces sont prévues, déployées et évaluées afin, notamment, d'assurer la conformité avec l'ensemble des orientations ministérielles.
- ▶ S'il y a lieu, les ententes de collaboration (ou autres) à établir ou les actions à déployer inter-établissements sont planifiées, coordonnées et évaluées.
- ▶ La prévention et la gestion des situations à risque pour l'utilisateur font partie intégrante des processus de gestion de l'établissement.

- ▶ La relation entre l'établissement et la ressource se vit conformément aux orientations, aux principes directeurs, aux valeurs et aux balises du présent cadre de référence.
- ▶ Les politiques et les procédures de l'établissement sont révisées afin d'être conformes au présent cadre de référence, particulièrement quant à l'application du processus de contrôle de la qualité.

MÉTHODES ET OUTILS

- ▶ Des stratégies et des actions visant le transfert des connaissances et le développement des compétences en lien avec l'actualisation des activités du suivi professionnel de l'utilisateur sont prévues, déployées et évaluées.
- ▶ Des politiques ou des procédures sont mises en place, diffusées et évaluées pour assurer la gestion et la traçabilité de l'information relative aux activités du suivi professionnel de l'utilisateur auprès et entre les établissements ou les intervenants concernés, et ce, dans le respect des droits des usagers et des lois applicables.
- ▶ Le processus clinique de l'établissement prévoit toutes les modalités ou toutes les actions nécessaires à être mises en œuvre afin d'être conformes aux activités du suivi professionnel de l'utilisateur.
- ▶ Des pratiques ou des outils sont développés, diffusés et révisés afin qu'ils soient conformes aux activités du suivi professionnel de l'utilisateur.
- ▶ L'établissement, afin de pouvoir témoigner de la conformité de son processus auprès de diverses instances, assure la gestion de l'information et la traçabilité de celle-ci selon ses politiques et ses procédures, et ce, dans le respect des lois applicables et des orientations ministérielles au regard du dossier de l'utilisateur et du dossier de la ressource.

RESSOURCES

- ▶ L'établissement attribue les ressources (financières, humaines, matérielles et informationnelles) qu'il juge pertinentes à la mise en œuvre et au suivi des activités du suivi professionnel de l'utilisateur, et ce, en fonction des ressources disponibles.

5.8.4 ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER

Le suivi professionnel de l'utilisateur est composé des dix activités suivantes :

- 1 Évaluation ou révision des besoins de l'utilisateur.
- 2 Élaboration ou révision du PI ou du PSI de l'utilisateur.
- 3 Orientation de l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle adéquats.
- 4 Jumelage/pairage de l'utilisateur avec une ressource.
- 5 Intégration de l'utilisateur dans la ressource.
- 6 Détermination des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur.
- 7 Précision, s'il y a lieu, des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur.
- 8 Mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur.
- 9 Départ de l'utilisateur de la ressource.
- 10 Application du processus de contrôle de la qualité.

5.8.4.1 ÉVALUATION OU RÉVISION DES BESOINS DE L'USAGER

(ACTIVITÉ N° 1)

L'établissement est responsable de recevoir toute personne qui requiert ses services et d'évaluer ses besoins, en conformité avec la LSSSS, comme prévu au paragraphe 1^o de l'article 101 et dans les autres lois applicables.

L'évaluation de l'état et du fonctionnement de l'utilisateur, de l'ensemble de ses besoins en lien avec sa situation actuelle et de la capacité de son milieu d'y répondre est réalisée par l'établissement, et ce, en conformité avec son processus clinique, les pratiques reconnues, le Code des professions et les autres lois applicables.

L'évaluation peut contenir plusieurs étapes selon le processus clinique de l'établissement. Généralement, une prise de contact, une collecte de données et une analyse constituent des étapes essentielles d'un processus clinique afin de comprendre la situation de l'utilisateur. Dans le but de procéder à une analyse rigoureuse et de se faire une opinion clinique, les données recueillies par l'établissement doivent être récentes et correspondre à la situation actuelle de l'utilisateur.

L'évaluation peut s'effectuer à différents moments dans la trajectoire de services d'un utilisateur, selon le processus clinique de l'établissement, ses politiques ou ses procédures. Toutefois, en tout temps, cette évaluation doit être pertinente au regard de la condition et de la situation actuelle de celui-ci, de la détermination des services cliniques ou professionnels à être rendus par un ou plusieurs établissements ainsi que de la détermination des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui être rendus par une ressource. La qualité de l'évaluation constitue une assise fondamentale pour la planification de l'intervention et pour la détermination des services à être rendus à l'utilisateur.

Les principes et les consignes énoncés dans le Guide d'utilisation de l'Instrument (section 7.7 et section 7.8 aux pages 59 et 60) ont une portée essentiellement clinique et un impact direct sur l'évaluation et la révision des besoins de l'utilisateur.

La ressource, quant à elle, partage avec l'établissement toute information pertinente au sujet de l'utilisateur, notamment celle qui est susceptible d'apporter des changements à l'évaluation de la condition de ce dernier et aux services à lui rendre en conformité avec le Règlement sur la classification.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 1

ÉVALUATION OU RÉVISION DES BESOINS DE L'USAGER

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LES BESOINS DE L'USAGER SONT IDENTIFIÉS ET PERTINENTS À SA CONDITION ET À SA SITUATION ACTUELLE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
1.1	Identification	Action de déterminer l'ensemble des besoins de l'utilisateur au regard de sa condition et de sa situation actuelle.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Utilisation des outils requis pour évaluer l'ensemble des besoins de l'utilisateur.

Analyse des données recueillies.

5.8.4.2 ÉLABORATION OU RÉVISION DU PI OU DU PSI DE L'USAGER (ACTIVITÉ N° 2)

L'établissement est responsable d'élaborer et de réviser le plan d'intervention (PI) ou le plan de services individualisé (PSI) de l'utilisateur en conformité avec la LSSSS, articles 10, 102, 103 et 104, les orientations ministérielles et régionales, les pratiques reconnues ainsi qu'avec son processus clinique. La LSSSS prévoit que l'utilisateur, ou son représentant, participe à l'élaboration et à la révision du PI ou du PSI.

L'article 102 de la LSSSS précise le contenu du PI d'un usager en spécifiant qu'il doit « identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis ». À titre d'exemple, le PI pourrait inclure les services cliniques ou professionnels à être dispensés à l'utilisateur. De plus, le besoin de placement ou le recours au placement de l'utilisateur pourrait être identifié dans son PI. Le PI doit être conçu de façon à assurer « la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement »¹¹⁶.

Quant au PSI, celui-ci est élaboré lorsqu'un usager « doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants »¹¹⁷. Ce PSI sera établi par l'établissement « qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux », en conformité avec les pratiques reconnues quant à son contenu.

L'un et l'autre de ces plans doivent contenir « un échéancier relatif à leur évaluation et à la révision »¹¹⁸. Ils pourront être modifiés en tout temps par l'établissement pour tenir compte de changements à la condition de l'utilisateur.

De plus, afin d'être conforme au Guide d'utilisation de l'Instrument, l'établissement :

- ▶ doit « élaborer un PI »¹¹⁹ avant de compléter ou réviser l'Instrument;
- ▶ « utilise les grandes lignes du plan d'intervention pour déterminer les services particuliers devant être offerts à l'utilisateur par la ressource ».¹²⁰

L'établissement doit donc s'assurer d'une concordance clinique entre l'évaluation de l'ensemble des besoins de l'utilisateur, la détermination des services cliniques ou professionnels à lui être rendus par l'établissement et la détermination (et, s'il y a lieu, la précision) des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui être rendus par la ressource.

Ainsi, il est de la responsabilité de l'établissement d'accorder la priorité aux objectifs à travailler auprès de l'utilisateur et d'en faire la concordance dans l'Instrument.

¹¹⁶ Art. 102, LSSSS.

¹¹⁷ Art. 103, LSSSS.

¹¹⁸ Art. 104, LSSSS.

¹¹⁹ Page 13 du Guide d'utilisation de l'Instrument.

¹²⁰ Page 59 du Guide d'utilisation de l'Instrument.

L'établissement favorise également la consultation de la ressource lors de la collecte d'informations visant l'élaboration ou la révision du PI de l'utilisateur.

Enfin, l'établissement prévoit, notamment, les aspects suivants dans son processus clinique, ses politiques ou ses procédures :

- ▶..... L'identification de la personne responsable de l'élaboration et de la révision du PI ou du PSI de l'utilisateur;
- ▶..... L'identification, dans le PI, de l'ensemble des besoins et de la situation actuelle de l'utilisateur;
- ▶..... L'identification des objectifs de l'utilisateur;
- ▶..... L'identification des moyens pour atteindre les objectifs de l'utilisateur;
- ▶..... La durée du PI;
- ▶..... La date de révision du PI;
- ▶..... L'identification de la fréquence pertinente des contacts ou des visites de l'établissement dans la ressource en fonction de l'évaluation récente de l'ensemble de besoins et de la situation actuelle de l'utilisateur;
- ▶..... L'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur (ou de son représentant) au placement, le cas échéant, sauf situations d'exception prévues dans les diverses lois applicables;
- ▶..... L'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur (ou de son représentant) à la transmission à la ressource des renseignements nécessaires le concernant, le cas échéant, sauf situations d'exception prévues dans les diverses lois applicables;
- ▶..... La communication à l'utilisateur, à la ressource et à tous les acteurs concernés, du nom de la personne responsable du PI ou du PSI de l'utilisateur de même que son rôle et ses responsabilités, et ce, dans les meilleurs délais.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 2

ÉLABORATION OU RÉVISION DU PI OU DU PSI DE L'USAGER

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LE PI OU LE PSI DE L'USAGER ÉLABORÉ EST ADÉQUAT, RÉVISÉ ET CONFORME AUX BALISES IDENTIFIÉES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
2.1	Adéquation	Lien de concordance entre l'ensemble des besoins identifiés pour l'utilisateur et les services cliniques ou professionnels et les services de soutien ou d'assistance requis.
2.2	Révision	Action de mettre à jour le contenu du PI ou du PSI de l'utilisateur pour tenir compte des changements dans sa condition ou sa situation actuelle.
2.3	Conformité	État du PI ou du PSI au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Communication à la ressource et autres acteurs concernés de la désignation de la personne responsable de l'élaboration ou de la révision du PI ou du PSI et de sa mise en œuvre.

Consultation de la ressource lors de la collecte d'informations visant l'élaboration ou la révision du PI de l'utilisateur.

Vérification de la concordance clinique entre l'évaluation de l'ensemble des besoins de l'utilisateur, la détermination des services cliniques ou professionnels de l'établissement et la détermination, s'il y a lieu, la précision, par l'établissement des services de soutien ou d'assistance particuliers à être rendus à l'utilisateur par la ressource.

5.8.4.3 ORIENTATION DE L'USAGER VERS LE TYPE DE RESSOURCE ET LE TYPE D'ORGANISATION RÉSIDENTIELLE ADÉQUATS (ACTIVITÉ N° 3)

L'orientation d'un usager consiste à déterminer le type de ressource (ressource intermédiaire ou ressource de type familial) et le type d'organisation résidentielle (appartement supervisé, résidence de groupe, etc.) les plus adéquats pour répondre à ses besoins à partir de son profil à jour. Les différents types de ressources et les types d'organisations résidentielles sont présentés au chapitre 3.

L'orientation d'un usager peut être autre qu'une RI ou une RTF, ce qui n'est pas abordé dans le présent cadre de référence. Dans ce cas, l'établissement applique ses politiques ou ses procédures.

L'orientation d'un usager est ainsi déterminée par l'établissement en conformité avec les diverses orientations ministérielles et régionales, dont celles relatives aux modalités d'accès aux services d'une ressource et au profil à l'accueil adopté par l'agence, comme le prévoit le Guide des responsabilités des agences. Les mécanismes d'accès, les tables ou les comités d'orientation régionaux et locaux exercent également leurs responsabilités et rendent une décision en conformité avec l'ensemble de ces orientations.

Afin de prendre une décision concernant l'orientation d'un usager, l'établissement doit notamment déterminer le profil à jour de l'usager. La décision de l'orientation de l'usager doit reposer sur une connaissance approfondie de ce profil. Une partie des informations constituant le profil de l'usager sera utile et transférable afin de compléter ultérieurement le sommaire des renseignements nécessaires à la prise en charge de l'usager, c'est-à-dire la partie 3 de l'Instrument.

Le profil de l'utilisateur comporte notamment les informations suivantes :

- ▶..... Le nom, l'âge, le sexe, la langue, le statut civil, l'appartenance ethnique et la religion;
- ▶..... Les caractéristiques physiques, intellectuelles, sociales, psychoaffectives, socioculturelles et socioéconomiques;
- ▶..... La condition médicale;
- ▶..... Les caractéristiques comportementales;
- ▶..... La nature et l'intensité du soutien ou de l'encadrement requis;
- ▶..... L'environnement géographique et physique actuel de l'utilisateur;
- ▶..... Les besoins particuliers de l'utilisateur au regard des caractéristiques physiques de son futur milieu de vie;
- ▶..... La motivation de l'utilisateur et de ses proches au regard du placement;
- ▶..... Le motif, les objectifs et la durée prévue du placement;
- ▶..... Les goûts et les intérêts de l'utilisateur;
- ▶..... Les habitudes de vie;
- ▶..... L'historique des services et des placements antérieurs de l'utilisateur, le cas échéant;
- ▶..... Les services actuellement dispensés ou à être dispensés à l'utilisateur par le réseau de la santé et des services sociaux et tout autre réseau ou organisme.



En situation d'urgence ou de mesure de protection immédiate, certaines des informations contenues dans ce profil peuvent être incomplètes ou ne pas être disponibles. Celles-ci devront être complétées le plus rapidement possible.

La décision d'orientation d'un usager lui est communiquée dans les meilleurs délais et est consignée à son dossier, en conformité avec les lois applicables, les orientations ministérielles au regard de la gestion du dossier de l'utilisateur et des politiques ou procédures de l'établissement.



L'établissement tend le plus possible à respecter les balises généralement applicables à l'orientation d'un usager comme précisé dans le présent cadre de référence.



L'établissement respecte les règles précisées dans les orientations ministérielles ou régionales spécifiques à chacun des programmes-services.

De façon générale, l'orientation d'un usager dans une ressource atteint sa limite quand il s'expose ou expose d'autres personnes vivant dans ce milieu de vie à des risques jugés inacceptables au regard du seuil déterminé par l'établissement, et ce, en conformité avec sa politique de gestion intégrée des risques, ses critères d'accès et les modalités d'accès de l'agence.

Dans le cas où le départ de l'usager de la ressource est envisagé, l'établissement doit notamment déterminer sa nouvelle orientation, revoir le jumelage/pairage et mettre en œuvre les actions et les services cliniques ou professionnels nécessaires à son maintien sécuritaire dans la ressource jusqu'au départ de celui-ci.

L'établissement doit également appliquer les balises prévues à l'activité 9 du suivi professionnel de l'usager concernant le départ de l'usager de la ressource.

Voici, à titre indicatif, certains critères à partir desquels l'établissement peut analyser la situation et prendre une décision dans le meilleur intérêt de l'usager :

- ▶..... Le profil et la condition à jour de l'usager, la nature et l'intensité de ses besoins;
- ▶..... Le degré d'autonomie de l'usager;
- ▶..... La volonté et la capacité de l'usager à contribuer à la compensation de ses limites;
- ▶..... Le désir et le consentement de l'usager d'être maintenu ou non dans la ressource;
- ▶..... La capacité de l'établissement (lié par entente à la ressource) d'accentuer ses services cliniques ou professionnels, tout en assurant la qualité des services rendus à l'usager;
- ▶..... La volonté et la capacité des partenaires (notamment d'autres établissements) à modifier leurs offres de services à cet usager;
- ▶..... La volonté et la capacité de la ressource à s'adapter à la situation dans le respect de son rôle, de ses responsabilités et de ses obligations;
- ▶..... Le seuil de tolérance au risque déterminé par l'établissement;
- ▶..... Les principes éthiques fondamentaux;
- ▶..... Etc.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 3

ORIENTATION DE L'USAGER VERS LE TYPE DE RESSOURCE ET LE TYPE D'ORGANISATION RÉSIDENTIELLE ADÉQUATS

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LA DÉCISION D'ORIENTATION EST ADÉQUATE, CONFORME AUX BALISES IDENTIFIÉES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE ET COMMUNIQUÉE À L'USAGER.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
3.1	Adéquation	Lien de concordance entre la décision d'orientation (type de ressource et type d'organisation résidentielle déterminés) et le profil à jour de l'utilisateur.
3.2	Conformité	État de la décision d'orientation au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.
3.3	Communication	Action de transmettre la décision d'orientation à l'utilisateur.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Détermination du profil à jour de l'utilisateur.

Détermination du type de ressource et du type d'organisation résidentielle en fonction du profil à jour de l'utilisateur.

Communication de la décision d'orientation à l'utilisateur dans les meilleurs délais.

Consignation de la décision d'orientation au dossier de l'utilisateur en conformité avec les balises ministérielles quant à la gestion du dossier de l'utilisateur et avec les politiques ou les procédures de l'établissement.

5.8.4.4 JUMELAGE/PAIRAGE DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE

(ACTIVITÉ N° 4)

Le jumelage est un processus qui consiste à sélectionner une ressource ayant un portrait qui la rend susceptible de répondre adéquatement aux besoins d'un usager et à jumeler cette ressource avec cet usager.

Le pairage fait partie intégrante du processus de jumelage et consiste, quant à lui, à vérifier l'homogénéité ou la compatibilité entre le profil de l'utilisateur visé par le jumelage et le profil des usagers déjà présents dans la ressource.

Le jumelage/pairage est réalisé par l'établissement en conformité avec les orientations ministérielles, régionales et locales ainsi qu'avec le processus clinique de l'établissement, l'entente spécifique ou particulière et l'entente collective ou nationale qui s'appliquent à la ressource.

De plus, afin que le processus de jumelage/pairage soit conforme, l'établissement doit posséder toutes les informations relatives au profil à jour de l'utilisateur et connaître le portrait des ressources disponibles.

Le jumelage/pairage doit se réaliser avec rigueur, assurant ainsi la sélection de la ressource intermédiaire ou de type familial la plus adéquate pour y accueillir un usager orienté par l'établissement.

Dès que la décision du jumelage/pairage est prise par l'établissement, celui-ci peut, au besoin et en collaboration avec la ressource, commencer à préparer l'utilisateur à son placement dans la ressource.



L'établissement tend le plus possible à respecter les balises généralement applicables au jumelage/pairage d'un usager avec une ressource comme précisé dans le présent cadre de référence.

ÉTAPES DU PROCESSUS DE JUMELAGE/PAIRAGE

LE PROCESSUS DE JUMELAGE/PAIRAGE SE DIVISE EN QUATRE ÉTAPES ESSENTIELLES

- 1 ➔ **Connaître** le profil à jour de l'utilisateur.
- 2 ➔ **Déterminer** le portrait à jour des ressources disponibles.
- 3 ➔ **Sélectionner** une ressource.
- 4 ➔ **Décider** du jumelage/pairage.

ÉTAPE 1 --CONNAÎTRE LE PROFIL À JOUR DE L'USAGER--

Le profil de l'utilisateur est constitué de plusieurs composantes. Ce profil est d'ailleurs décrit à l'activité 3 du suivi professionnel de l'utilisateur du présent cadre de référence (orientation de l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle adéquats).

La connaissance du profil de l'utilisateur est la première étape importante pour réaliser le jumelage/pairage adéquat de l'utilisateur dans une ressource.

Dans certains cas, il peut s'être écoulé plusieurs semaines ou mois entre la décision d'orientation de l'utilisateur et l'actualisation du processus de jumelage/pairage. Par conséquent, il est possible que les informations constituant le profil de l'utilisateur ne soient plus à jour ou exactes. Afin que soit sélectionnée la ressource la plus adéquate pour accueillir l'utilisateur, il est essentiel qu'une mise à jour du profil de l'utilisateur soit réalisée.

Une des conditions essentielles de réussite du processus de jumelage/pairage est sans contredit la pertinence et la qualité de l'information que l'établissement possède au sujet de l'utilisateur. À cet égard, celle-ci doit viser à être exacte, précise et complète.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 4

JUMELAGE/PAIRAGE DE L'USAGER AVEC UNE RESSOURCE 4.1 CONNAÎTRE LE PROFIL À JOUR DE L'USAGER

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LE PROFIL À JOUR DE L'USAGER UTILISÉ POUR LE JUMELAGE/PAIRAGE EST DISPONIBLE ET CONFORME AUX BALISES IDENTIFIÉES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
4.1.1	Disponibilité	Fait de disposer d'un profil qui correspond à la condition et à la situation actuelle de l'utilisateur.
4.1.2	Conformité	État du profil de l'utilisateur au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Prise de connaissance du profil de l'utilisateur.

Mise à jour du profil de l'utilisateur, si requis.

ÉTAPE 2 • DÉTERMINER LE PORTRAIT DES RESSOURCES DISPONIBLES •

Afin de décider du jumelage/pairage d'un usager avec une ressource, l'établissement doit déterminer le portrait de l'ensemble des ressources avec qui il est en lien contractuel.

L'importance, pour l'établissement, de connaître la réalité et la situation de l'ensemble de ses ressources prend tout son sens, entre autres, lors de l'actualisation du processus de jumelage/pairage. Par conséquent, de manière continue, l'établissement saisit toutes les occasions de maintenir à jour le portrait de ses ressources et de consigner les informations pertinentes à leur sujet dans leur dossier selon ses politiques et procédures, et ce, en conformité avec les lois applicables et les orientations ministérielles.

Tout comme pour le profil de l'usager, l'information recueillie par l'établissement pour déterminer le portrait des ressources doit être exacte, précise, complète et à jour.

Dans le cas où aucune ressource n'est en mesure d'accueillir un usager orienté par un établissement, celui-ci évaluera la situation et identifiera une solution alternative adéquate. À titre d'exemple, l'établissement pourrait décider d'orienter l'usager vers un autre type de milieu de vie, d'emprunter une place à un autre établissement ou un autre milieu de vie, de déplacer ou de maintenir l'usager dans son milieu de vie naturel avec un soutien intensifié de sa part, de recruter une nouvelle ressource, d'inscrire ou de maintenir l'usager sur une liste d'attente avec un soutien intensifié ou d'envisager un changement de priorité pour son besoin de placement, etc.

Le portrait des ressources disponibles porte notamment sur les informations suivantes :

- ▶ L'âge, le sexe, la langue, l'appartenance ethnique et la religion dans le cas d'une RTF ou d'une RIMA;
- ▶ L'adresse de la résidence ou de l'installation, l'environnement physique et géographique, la proximité des services publics et communautaires, etc.;
- ▶ Le contenu de l'entente spécifique ou de l'entente particulière conclue avec la ressource et les récentes modifications qui y ont été apportées, notamment quant au nombre de places, au type d'usagers et à sa durée;
- ▶ La description et l'organisation générales du milieu de vie : type de ressource, type d'organisation résidentielle, organisation des services de soutien ou d'assistance, équilibre du milieu de vie, vision et valeurs de la ressource, etc.;
- ▶ Les compétences de la ressource (aptitudes, habiletés et connaissances) et celles des personnes requises par elle pour être en prestation de services auprès des usagers, le cas échéant, pour répondre aux besoins particuliers de cet usager;
- ▶ L'historique de la prestation de services de soutien ou d'assistance et d'autres services de la ressource, s'il y a lieu;
- ▶ Le nombre et le profil des usagers déjà présents dans la ressource;
- ▶ Les informations pertinentes concernant le déroulement et la date des derniers placements dans la ressource;
- ▶ L'existence d'ententes auprès d'autres établissements, le cas échéant.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 4

JUMELAGE/PAIRAGE DE L'USAGER AVEC UNE RESSOURCE 4.2 DÉTERMINER LE PORTRAIT DES RESSOURCES DISPONIBLES

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LE PORTRAIT DES RESSOURCES POUR LE JUMELAGE/PAIRAGE EST DISPONIBLE ET CONFORME AUX BALISES IDENTIFIÉES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
4.2.1	Disponibilité	Fait de disposer d'un portrait des ressources.
4.2.2	Conformité	État du portrait des ressources au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Détermination du portrait des ressources disponibles pour accueillir l'utilisateur.

Recherche d'une solution adéquate dans le cas où aucune ressource n'est disponible (placement dans un autre type de milieu, achat d'une place, recrutement d'une nouvelle ressource, retour au maintien de l'utilisateur dans son milieu naturel avec soutien intensifié, etc.).

ÉTAPE 3 --SÉLECTIONNER UNE RESSOURCE--

À partir du profil à jour de l'utilisateur, du portrait actuel des ressources disponibles et du jugement clinique, l'établissement sélectionne la ressource la plus susceptible de permettre un jumelage/pairage adéquat de l'utilisateur en fonction de sa condition, de ses besoins et de la situation.

Pour ce faire, l'établissement doit d'abord évaluer le degré d'adéquation entre le profil à jour de l'utilisateur et le portrait des ressources disponibles dans le but de sélectionner une ressource potentielle pour accueillir l'utilisateur.

Plus précisément, l'établissement doit évaluer la faisabilité pour la ressource de continuer à rendre des services de qualité et de répondre, avec l'intégration d'un nouvel usager, à l'ensemble des besoins des usagers actuellement confiés dans cette ressource. La capacité de la ressource à mettre en œuvre les conditions nécessaires à installer un nouvel équilibre du milieu de vie doit être pris en compte par l'établissement.

L'établissement doit également analyser les contenus de l'entente spécifique ou particulière qui s'applique à la ressource potentielle sélectionnée en lien avec le profil à jour de l'utilisateur. Dans le cas où plus d'une entente spécifique ou particulière s'applique, l'établissement s'assure que son analyse soit complète. Si la ressource a conclu une entente spécifique ou particulière avec d'autres établissements, l'établissement doit en tenir compte dans son analyse.

Si, une fois cette évaluation réalisée, aucune ressource potentielle ne peut être retenue, l'établissement identifie une solution alternative adéquate en fonction du profil à jour de l'utilisateur et de sa décision d'orientation (voir à l'étape 2).

**ÉVALUATION DU DEGRÉ D'ADÉQUATION
ENTRE LE PROFIL À JOUR DE L'USAGER ET LE PORTRAIT
DES RESSOURCES DISPONIBLES**

L'établissement analyse la concordance entre le profil à jour de l'utilisateur et le portrait des ressources disponibles.

Voici, à titre indicatif, certains éléments sur la base desquels l'établissement peut réaliser cette analyse et évaluer le degré d'adéquation :

- ▶..... Le portrait global du milieu de vie identifié pour l'utilisateur permet l'homogénéité ou la compatibilité des clientèles;
- ▶..... L'environnement géographique et physique du milieu de vie est considéré comme étant adéquat au regard des besoins particuliers de l'utilisateur;
- ▶..... Les compétences (aptitudes, habiletés et connaissances) de la ressource sont considérées comme étant adéquates pour répondre aux besoins particuliers de l'utilisateur;
- ▶..... La langue parlée par la ressource et par l'utilisateur doit permettre une communication fluide entre eux de sorte que la ressource puisse procurer un milieu de vie adéquat et rendre des services de soutien ou d'assistance sécuritaires et de qualité à cet utilisateur;
- ▶..... Les valeurs véhiculées par la ressource sont compatibles avec celles qui sont souhaitées par l'utilisateur et ses proches;
- ▶..... Le projet de vie ou de développement de l'utilisateur est compatible avec le portrait de la ressource;
- ▶..... L'intégration de l'utilisateur ne risque pas de rompre l'équilibre du milieu de vie dans la ressource et les impacts anticipés sont analysés et considérés;
- ▶..... Les ententes spécifiques ou particulières sont respectées.

CHOIX D'UNE RESSOURCE POTENTIELLE

Au terme de l'évaluation du degré d'adéquation entre le profil à jour de l'utilisateur, le portrait des ressources disponibles et le jugement clinique, l'établissement identifie une ressource potentielle pour l'utilisateur. Trois scénarios peuvent se produire, c'est-à-dire une corrélation optimale, une corrélation clinique potentielle ou une corrélation contractuelle potentielle, ci-après décrits.

L'établissement présente ensuite le profil de l'utilisateur de façon non nominative à cette ressource. Une discussion entre l'établissement et la ressource a alors lieu concernant le contexte et les circonstances de l'accueil possible de cet utilisateur.

De même, s'il est requis de le faire, l'établissement et la ressource échangent à propos des solutions identifiées par l'établissement dans le scénario 2 ou 3 pour rendre le jumelage/pairage possible et adéquat.

Ces échanges sont l'occasion pour l'établissement, sur la base du jugement clinique, d'identifier des éléments qui pourraient remettre en cause, ajuster ou modifier les solutions proposées, voire recommencer l'étape de la sélection d'une ressource potentielle.

Si la sélection effectuée par l'établissement s'avère adéquate, ce dernier met en œuvre les solutions retenues, en collaboration avec la ressource et d'autres partenaires, s'il y a lieu.

137

CADRE
DE
RÉFÉRENCE
RI-RTF



L'établissement pourrait présenter l'utilisateur à la ressource en organisant une visite exploratoire dans le milieu de vie potentiel.

SCÉNARIO 1 : Corrélation optimale

L'établissement est en présence d'une **CORRÉLATION OPTIMALE**, c'est-à-dire que tous les éléments évalués sont satisfaisants. Le jumelage/pairage peut donc se réaliser.

SCÉNARIO 2 : Corrélation clinique potentielle

L'établissement est en présence d'une **CORRELATION CLINIQUE POTENTIELLE**, c'est-à-dire que l'évaluation démontre une problématique dans l'adéquation concernant un ou plusieurs éléments de nature clinique.

De façon préalable ou concomitante, l'établissement s'assure de l'adéquation optimale ou potentielle d'un point de vue contractuel (scénario 3).

Ensuite, l'établissement cerne la nature exacte du ou des besoins de l'utilisateur qui ne pourraient pas être satisfaits adéquatement par la ressource ou par l'établissement.

L'établissement identifie alors la ou les solutions qui pourraient rendre la corrélation clinique possible :

- ▶ L'établissement pourrait offrir, modifier ou intensifier ses services cliniques ou professionnels à l'utilisateur;
- ▶ Un partenaire ou un autre prestataire de services du réseau local de services (RLS) pourrait offrir, modifier ou intensifier ses services à l'utilisateur;
- ▶ La ressource pourrait acquérir les compétences (aptitudes, habiletés ou connaissances) requises pour répondre adéquatement à un ou plusieurs besoins particuliers de l'utilisateur, en conformité avec le Règlement sur la classification;
- ▶ La ressource pourrait modifier certaines composantes de son milieu de vie (environnement extérieur, bâtiment, aires communes, aires de repas, chambre, salles de bain, etc.), en conformité avec les ententes collectives ou nationales applicables;
- ▶ Toute autre solution adéquate au regard des besoins de l'utilisateur, dans le respect des rôles et responsabilités de l'établissement et de la ressource, peut être mise en place.

À partir de la ou des solutions possibles, l'établissement analyse les risques et évalue les impacts anticipés sur la qualité des services à être rendus à l'utilisateur.

Après discussion avec la ressource ou les prestataires de services concernés, l'établissement retient la ou les solutions susceptibles d'assurer un jumelage/pairage adéquat et les met en œuvre.



S'il y a lieu, l'établissement conclut les ententes nécessaires avec les prestataires de services concernés.

SCÉNARIO 3 : Corrélation contractuelle potentielle

L'établissement est en présence d'une **CORRÉLATION CONTRACTUELLE POTENTIELLE**, c'est-à-dire que l'évaluation de la situation démontre une problématique en ce qui a trait à l'entente spécifique ou particulière conclue avec la ressource.

De façon préalable ou concomitante, l'établissement s'assure de l'adéquation optimale ou potentielle d'un point de vue clinique (scénario 2).

L'établissement et la ressource sont liés par les dispositions de l'entente spécifique ou particulière, notamment quant au nombre de places, au type d'usager et à la durée de l'entente. Si le jumelage d'un usager n'est possible qu'avec un changement de l'un ou l'autre de ces sujets, une modification de l'entente spécifique ou de l'entente particulière entre l'établissement et la ressource est nécessaire. Dans l'éventualité où l'établissement et la ressource visée par la LRR souhaitent modifier l'entente spécifique qui s'applique, l'autorisation préalable de l'agence est requise.

L'établissement cerne le ou les éléments en cause à partir de l'entente spécifique ou particulière.

L'établissement identifie alors la ou les options qui pourraient rendre la corrélation contractuelle possible, sous réserve des lois applicables :

- ▶ Modification du type d'usager pouvant être confié à la ressource;
- ▶ Modification du nombre de places reconnues à la ressource;
- ▶ Modification de la durée de l'entente de la ressource;

Après échange avec la ressource en vue d'analyser la possibilité de modifier son entente spécifique ou particulière :

- ▶ La ressource refuse de modifier son entente spécifique ou particulière, auquel cas, le jumelage/pairage n'est pas possible;
- ▶ La ressource accepte de modifier son entente spécifique et l'agence doit accorder son autorisation, auquel cas, le jumelage/pairage est possible;
- ▶ La ressource accepte de modifier son entente particulière, auquel cas, le jumelage/pairage est possible.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 4

JUMELAGE/PAIRAGE DE L'USAGER AVEC UNE RESSOURCE 4.3 SÉLECTIONNER LA RESSOURCE

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LA RESSOURCE SÉLECTIONNÉE POUR LE PLACEMENT DE L'USAGER EST ADÉQUATE ET RETENUE CONFORMÉMENT AUX BALISES IDENTIFIÉES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
4.3.1	Adéquation	Lien de concordance entre la ressource sélectionnée et le profil de l'utilisateur.
4.3.2	Conformité	État de la ressource sélectionnée au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Sélection d'une ressource dans le but d'atteindre une corrélation optimale de jumelage/pairage entre le profil à jour de l'utilisateur et le portrait de la ressource.

Analyse de la nature des problématiques et identification de la ou des solutions qui pourraient rendre la corrélation clinique possible.

Analyse de l'entente contractuelle et identification des sujets qui pourraient être modifiés et rendre la corrélation contractuelle possible.

Échanges et discussions avec la ressource et, le cas échéant, avec d'autres partenaires.

Mise en œuvre des solutions ou modification de l'entente spécifique ou particulière.

ÉTAPE 4 «DÉCIDER DU JUMELAGE/PAIRAGE»

La décision finale du jumelage/pairage de l'utilisateur avec une ressource relève de la responsabilité de l'établissement. Cette décision doit avoir été réalisée conformément aux trois premières étapes de ce processus.

L'établissement décide du jumelage/pairage adéquat de l'utilisateur avec une ressource sur la base de toute l'analyse effectuée aux étapes précédentes. Pour que le jumelage/pairage soit considéré comme étant adéquat, l'établissement considère que l'adéquation est la plus optimale possible d'un point de vue clinique et contractuel.

La décision du jumelage/pairage est communiquée par l'établissement dans les meilleurs délais à l'utilisateur, à la ressource ainsi qu'aux autres instances pertinentes concernées par le placement de l'utilisateur, en conformité avec ses politiques et ses procédures.

L'établissement consigne cette décision ainsi que l'information pertinente dans le dossier de l'utilisateur et dans le dossier de la ressource selon ses politiques et ses procédures, et ce, dans le respect des lois applicables et des orientations ministérielles.

De plus, selon le type de clientèle et dans la mesure du possible, l'établissement doit tenir compte de l'opinion de l'utilisateur quant au jumelage/pairage par divers moyens (visite de la ressource, présentation de la ressource, etc.).

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 4

JUMELAGE/PAIRAGE DE L'USAGER AVEC UNE RESSOURCE 4.4 DÉCIDER DU JUMELAGE/PAIRAGE

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LA DÉCISION DU JUMELAGE/PAIRAGE EST COMMUNIQUÉE À L'USAGER, À LA RESSOURCE AINSI QU'AUX AUTRES INSTANCES CONCERNÉES ET CONSIGNÉE DANS LE DOSSIER DE L'USAGER ET DE LA RESSOURCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
4.4.1	Communication	Action de transmettre la décision du jumelage/pairage à l'utilisateur, à la ressource ainsi qu'aux autres instances pertinentes concernées par le placement de l'utilisateur.
4.4.2	Consignation	Fait de colliger l'information au dossier de l'utilisateur.
4.4.3	Intégrité	Tenir compte de l'opinion de l'utilisateur dans la décision, le cas échéant.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

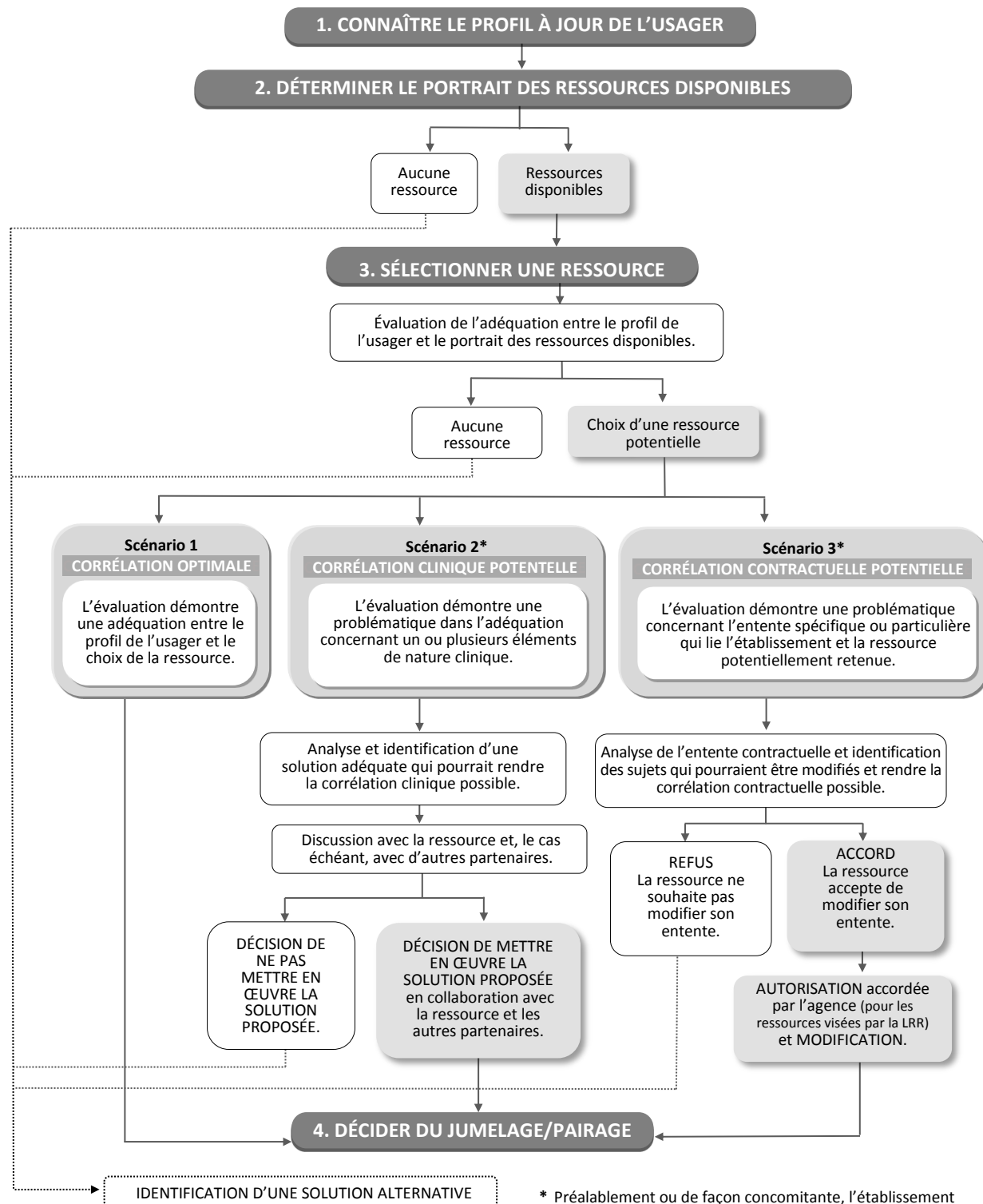
ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Communication de la décision du jumelage/pairage à l'utilisateur, à la ressource ainsi qu'aux autres instances pertinentes concernées par le placement de l'utilisateur, et ce, dans les meilleurs délais.

Consignation de la décision ainsi que de l'information pertinente dans le dossier de l'utilisateur et dans le dossier de la ressource, en conformité avec les lois applicables et les politiques ou les procédures de l'établissement.

Consignation de l'opinion de l'utilisateur dans le dossier de l'utilisateur.

Figure 11
SCHÉMATISATION DU PROCESSUS DE JUMELAGE/PAIRAGE
DE L'USAGER AVEC UNE RESSOURCE



* Préalablement ou de façon concomitante, l'établissement s'assure de l'adéquation optimale ou potentielle d'un point de vue clinique ou contractuel, selon le cas.

5.8.4.5 INTÉGRATION DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE (ACTIVITÉ N° 5)

L'activité consiste à intégrer physiquement l'utilisateur dans la ressource.

L'établissement ayant décidé du jumelage/pairage de l'utilisateur avec une ressource, les démarches visant l'intégration de celui-ci dans son nouveau milieu de vie peuvent maintenant être réalisées afin de contribuer à ce que son placement soit un succès.

La participation active de l'utilisateur, tout au long de son processus d'intégration dans la ressource, est une condition importante de réussite de son placement. En fonction de ses besoins, l'établissement peut prévoir une intégration progressive de celui-ci dans la ressource.

Les actions suivantes sont déployées :

- ▶ Planifier l'intégration de l'utilisateur dans la ressource selon ses besoins;
- ▶ Mettre en œuvre les actions nécessaires afin d'assurer le bon déroulement de l'intégration de l'utilisateur en fonction de la situation, de sa condition actuelle et de ses besoins;
- ▶ Vérifier si la ressource a acquis les compétences (aptitudes, habiletés, connaissances) requises ou les connaissances nécessaires pour accueillir l'utilisateur;
- ▶ Accompagner l'utilisateur le jour de son arrivée dans la ressource;
- ▶ Transmettre à la ressource le rapport sommaire et les renseignements nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur :
 - Le cas échéant, si non encore obtenu, obtention du consentement de l'utilisateur à la transmission des renseignements nécessaires le concernant à la ressource, en conformité avec la LSSSS, article 19, et le Règlement sur la classification, sauf situations d'exception autorisées par la loi;
 - En conformité avec l'art. 7 du Règlement sur la classification, soit si possible avant l'intégration de l'utilisateur et au plus tard 72 heures après son arrivée dans la ressource, tout renseignement essentiel au maintien immédiat de l'intégrité de l'utilisateur doit être transmis à la ressource avant ou simultanément à son arrivée;
 - Soutenir l'intégration de l'utilisateur dans la ressource :
 - En conformité avec les besoins de l'utilisateur,
 - En conformité avec le processus clinique de l'établissement,
 - En conformité avec les modalités établies entre l'établissement, la ressource ou tout autre établissement, instance ou autre;
- ▶ Soutenir la post-intégration de l'utilisateur confié à la ressource:
 - Évaluer rapidement la qualité de l'adéquation du jumelage/pairage de l'utilisateur confié à la ressource afin de confirmer ou non le placement de celui-ci dans cette ressource;
- ▶ S'assurer en continu que l'adéquation du jumelage/pairage de l'utilisateur avec la ressource est adéquate, en conformité avec le processus clinique de l'établissement et les balises prévues dans le présent cadre de référence.



- ✍ L'établissement tend le plus possible à respecter les balises généralement applicables à l'intégration d'un usager dans une ressource comme précisé dans le présent cadre de référence.
- ✍ L'établissement obtient le consentement libre et éclairé de l'usager à l'orientation ou au placement, le cas échéant, en conformité avec les lois applicables, sauf situations d'exception prévues par la loi.
- ✍ L'établissement transmet à la ressource tout renseignement essentiel au maintien immédiat de l'intégrité de l'usager avant ou simultanément à son arrivée ainsi que le sommaire des renseignements le plus tôt possible, mais au plus tard 72 heures après l'arrivée de l'usager, en conformité avec le Règlement sur la classification.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 5

INTÉGRATION DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

L'INTÉGRATION DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE EST PLANIFIÉE, SOUTENUE ET CONFORME AUX BALISES IDENTIFIÉES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
5.1	Planification	Action de déterminer et d'organiser avant le placement les activités nécessaires à l'intégration de l'utilisateur dans la ressource.
5.2	Soutien	Action de mettre en œuvre les moyens nécessaires afin d'assurer l'intégration de l'utilisateur dans la ressource.
5.3	Conformité	État des actions d'intégration de l'utilisateur dans la ressource au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Vérification que la ressource a acquis les compétences requises ou les connaissances nécessaires pour accueillir l'utilisateur.

Accompagnement de l'utilisateur le jour de son arrivée dans la ressource.

Transmission à la ressource du rapport sommaire et des renseignements nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur.

Soutien à l'intégration et à la post-intégration de l'utilisateur dans la ressource.

5.8.4.6 DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS À RENDRE À L'USAGER (ACTIVITÉ N° 6)

L'activité représente l'action de déterminer les services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur.

À la différence des services communs, les services particuliers constituent une combinaison unique de services à rendre à un utilisateur en fonction de sa condition personnelle. Ils s'ajoutent aux services communs et ont pour objet de répondre aux besoins physiques, sociaux ou affectifs de l'utilisateur. Les services particuliers influent directement sur l'intensité des services requis par l'utilisateur et, par le fait même, sur le niveau de services établi par le Règlement sur la classification.

Les besoins particuliers de l'utilisateur sont déterminés à partir des dix-sept descripteurs suivants :

- 1 Alimentation
- 2 Habillement
- 3 Hygiène (se laver)
- 4 Hygiène (entretenir sa personne)
- 5 Élimination
- 6 Mobilité (transferts)
- 7 Mobilité (déplacements)
- 8 Mobilité (escaliers)
- 9 Conduite (impulsions)
- 10 Conduite (émotions)
- 11 Conduite (capacités relationnelles)
- 12 Conduite (comportements autodestructeurs)
- 13 Intégration
- 14 Vie autonome
- 15 Physique (médicaments)
- 16 Physique (soins)
- 17 Rendez-vous

L'établissement détermine les services de soutien ou d'assistance particuliers que la ressource doit rendre à l'utilisateur conformément au Règlement sur la classification et au Guide d'utilisation de l'Instrument.

Les principes et les consignes contenus dans ce Guide (section 7.7 et section 7.8 aux pages 59 et 60) ont une portée essentiellement clinique, mais également une incidence importante sur l'organisation des services d'un établissement sous plusieurs aspects. L'établissement doit les connaître, puisqu'ils ont un impact direct avec l'activité du suivi professionnel dont il est ici question.

Afin d'être conforme à ces principes et de respecter ces consignes, l'établissement devra notamment réaliser les actions suivantes :

- ▶..... Évaluer l'état et le fonctionnement de l'utilisateur avant de compléter l'Instrument;
- ▶..... Réviser la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance **au moins une fois par année dans le cas d'adultes**, ce qui suppose minimalement une évaluation ou une révision des besoins de l'utilisateur une fois par année;
- ▶..... Réviser la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance **tous les six mois dans le cas d'un usager âgé de deux ans ou moins**, ce qui suppose une évaluation ou une révision des besoins de l'utilisateur minimalement quatre fois durant la période où il est âgé entre 0 et 2 ans;
- ▶..... Réviser la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance **au moins une fois par année dans le cas d'un usager âgé entre 3 et 18 ans**, ce qui suppose minimalement une évaluation ou une révision des besoins de l'utilisateur une fois par année;
- ▶..... Réviser la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance **dans les meilleurs délais à la suite de tout changement de la condition d'un usager** nécessitant une modification aux services devant être offerts par la ressource ou aux précisions concernant ces services.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 6

DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS À RENDRE À L'USAGER

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS DÉTERMINÉS POUR L'USAGER SONT ADÉQUATS ET CONFORMES AU RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION ET AU GUIDE D'UTILISATION DE L'INSTRUMENT ET COMMUNIQUÉS À LA RESSOURCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
6.1	Adéquation	Lien de concordance entre les services de soutien ou d'assistance particuliers déterminés par l'établissement et la condition et les besoins de l'utilisateur.
6.2	Conformité	État des services de soutien ou d'assistance particuliers déterminés pour l'utilisateur au regard du respect des balises identifiées dans le Règlement sur la classification et le Guide d'utilisation de l'Instrument.
6.3	Communication	Action de transmettre à la ressource les services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Détermination des services de soutien ou d'assistance particuliers que la ressource devra rendre à l'utilisateur, en conformité avec le Règlement sur la classification et le Guide d'utilisation de l'Instrument.

Communication à la ressource des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur.

5.8.4.7 PRÉCISION, S'IL Y A LIEU, DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS À RENDRE À L'USAGER (ACTIVITÉ N° 7)

L'activité se définit comme étant l'action de préciser les services de soutien ou d'assistance particuliers que la ressource doit rendre à l'utilisateur.

S'il y a lieu, l'établissement précise les services particuliers qu'il a déterminés pour l'utilisateur en conformité avec le Règlement sur la classification et le Guide d'utilisation de l'Instrument. Celui-ci contient les renseignements pertinents à ce sujet, notamment aux pages 56 et 57.

L'établissement apporte des précisions aux services particuliers en fonction de l'intérêt de l'utilisateur, de son état de santé et de bien-être, des procédures, des protocoles et des autres règles de soins applicables dans l'établissement.

Afin de préciser les services particuliers à être rendus à l'utilisateur par la ressource, l'établissement collabore avec celle-ci dans le but d'identifier des moyens ou des règles à suivre afin que la ressource rende des services de qualité à l'utilisateur.

Ces précisions sont consignées dans un espace prévu à cet effet dans l'Instrument.

Enfin, même si aucun changement dans la condition de l'utilisateur n'est signalé, il est essentiel de faire la révision du contenu de l'Instrument annuellement avec la ressource étant donné qu'elle doit collaborer aux précisions, lorsque requis, des services de soutien ou d'assistance particuliers, conformément au Règlement sur la classification.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 7

PRÉCISION, S'IL Y A LIEU, DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS À RENDRE À L'USAGER

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS PRÉCISÉS POUR L'USAGER DANS L'INSTRUMENT SONT CONFORMES AU RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION ET AU GUIDE D'UTILISATION DE L'INSTRUMENT ET COMMUNIQUÉS À LA RESSOURCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
7.1	Conformité	État de la précision des services particuliers de l'utilisateur au regard du respect des balises identifiées dans le Guide d'utilisation de l'Instrument.
7.2	Consignation	Fait de colliger l'information dans l'Instrument.
7.3	Communication	Action de transmettre à la ressource les précisions au sujet des services de soutien ou d'assistance particuliers à rendre à l'utilisateur.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Identification, en collaboration avec la ressource, des moyens ou des règles à suivre afin que celle-ci rende des services de soutien ou d'assistance particuliers de façon conforme et sécuritaire.

Consignation des précisions dans l'espace prévu à cet effet dans l'Instrument.

Communication à la ressource des précisions au regard des services de soutien ou d'assistance particuliers.

5.8.4.8 MISE EN ŒUVRE DU PI OU DU PSI DE L'USAGER (ACTIVITÉ N° 8)

La mise en œuvre du plan d'intervention (PI) ou du plan de services individualisé (PSI) de l'utilisateur consiste, pour les parties prenantes, à déployer l'ensemble des services requis selon les besoins de l'utilisateur et à s'assurer de l'application des stratégies d'intervention adéquates afin d'atteindre les objectifs poursuivis dans son PI ou son PSI, conformément aux pratiques reconnues et au processus clinique de l'établissement.

Lorsqu'un utilisateur est confié à une ressource, l'établissement doit assurer le maintien et la stabilité de celui-ci dans son milieu de vie ainsi que la continuité des interventions et des services qui lui sont offerts, en conformité avec les orientations et les principes directeurs du présent cadre de référence.

En fonction des caractéristiques et des besoins de l'utilisateur, l'établissement planifie le moment de la visite suivant son intégration dans une ressource, minimalement dans les 30 premiers jours du placement. Dès le début du placement, il s'agit pour l'établissement d'évaluer avec célérité l'adéquation du jumelage/pairage de l'utilisateur dans cette ressource.

Dans le cas de la clientèle adulte, cette visite dans la ressource permettra également à l'établissement de compléter l'Instrument, conformément au Règlement sur la classification.

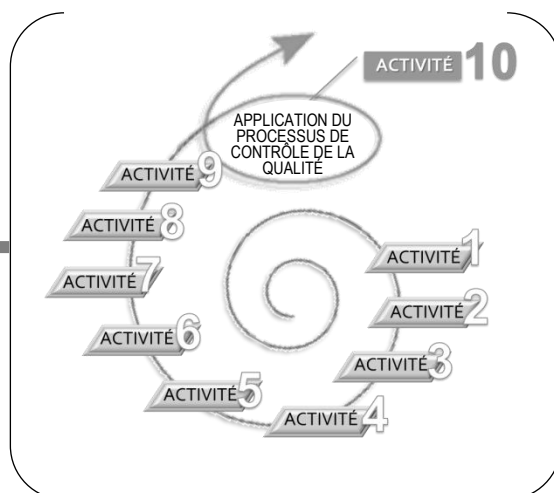
Par la suite, l'établissement actualise les contacts ou les visites à l'utilisateur dans la ressource en fonction de la fréquence requise par sa condition et ses besoins déterminée dans le PI de celui-ci.

Enfin, l'établissement réalise les actions et les activités pertinentes en lien avec sa mission et ses responsabilités, et ce, dans le respect des lois applicables.

DANS LE CAS D'UN CHANGEMENT IMPORTANT DU PROFIL DE L'USAGER EN COURS DE PLACEMENT DANS UNE RESSOURCE

L'utilisateur confié à une ressource présente un profil dont les composantes sont décrites à l'activité 3 du suivi professionnel de l'utilisateur du présent cadre de référence. À titre d'exemple, il peut s'agir de sa condition médicale, de ses caractéristiques physiques, comportementales, etc.

En cours de placement de l'utilisateur dans une ressource, lorsqu'il y a un changement important dans son profil, afin d'évaluer la situation clinique, l'établissement doit revoir les activités du suivi professionnel de l'utilisateur depuis le début de la séquence, c'est-à-dire à partir de l'activité 1.



Ce qui implique que l'établissement déploie notamment les actions suivantes :

- ▶..... Réviser les besoins de l'utilisateur;
- ▶..... Réviser, si requis, le PI ou le PSI de l'utilisateur;
- ▶..... Déterminer si l'orientation actuelle de l'utilisateur est toujours conforme aux balises du présent cadre de référence;
- ▶..... Déterminer si le jumelage/pairage est toujours adéquat;
- ▶..... Réviser, si requis, la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance;
- ▶..... Le cas échéant, identifier et mettre en œuvre les actions rendant possible la stabilité de l'utilisateur dans la ressource.

À la suite d'une analyse rigoureuse de la situation et sur la base du jugement clinique, l'établissement identifie les solutions possibles visant la stabilité de l'utilisateur dans son milieu de vie. Selon le contexte et les circonstances, il peut également planifier son départ ou déployer toute autre solution alternative adéquate.

Les solutions visant la stabilité de l'utilisateur dans la ressource peuvent notamment prendre la forme d'une modification de l'offre de services de l'établissement ou d'un établissement partenaire ou encore d'une nouvelle classification des services fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par l'utilisateur. Ces solutions peuvent être temporaires ou permanentes.

Quelles que soient la situation et les solutions envisagées, en tout temps, l'établissement doit assurer la qualité des services rendus à l'utilisateur.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 8

MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'INTERVENTION OU DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ DE L'USAGER

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LES SERVICES DISPENSÉS À L'USAGER SONT CONFORMES À SON PI OU À SON PSI EN MATIÈRE DE CONTENU ET DE DURÉE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
8.1	Conformité	État de la mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Déploiement de l'ensemble des services requis par la condition et les besoins de l'utilisateur et application des stratégies d'intervention adéquates afin d'atteindre les objectifs poursuivis dans son PI ou son PSI.

Visite à l'utilisateur minimalement dans les trente jours suivant le placement dans la ressource.

5.8.4.9 DÉPART DE L'USAGER DE LA RESSOURCE (ACTIVITÉ N° 9)

Le départ de l'utilisateur de la ressource consiste pour lui à quitter de manière définitive et officielle ce milieu de vie. La décision du départ de l'utilisateur de la ressource relève de la responsabilité de l'établissement, sauf exceptions. L'utilisateur doit être consulté dans cette démarche. Cette décision peut survenir dans divers contextes, par exemple à la suite d'un changement d'orientation de l'utilisateur à la suite de l'évaluation de ses besoins, etc. Toutefois, le départ de l'utilisateur peut aussi être l'effet d'une décision de la ressource de mettre fin à sa prestation de service ou de l'exercice d'un de ses droits (congrés, etc.).

L'établissement doit informer la ressource avec célérité du départ de l'utilisateur et colliger cette décision, ainsi que la date officielle du départ, dans le dossier de l'utilisateur et le dossier de la ressource.

L'établissement ayant décidé du départ de l'utilisateur de la ressource doit le planifier de sorte que son intégration dans son prochain milieu de vie soit adéquate en fonction de ses besoins et de la situation actuelle.

Lorsque le départ de l'utilisateur est jugé nécessaire, mais que le nouveau milieu de vie n'est pas en mesure de l'accueillir au moment souhaitable, l'établissement planifie et met en œuvre les mesures transitoires d'aide et d'accompagnement qu'il juge opportunes, dans le meilleur intérêt de l'utilisateur, en attendant l'intégration dans son nouveau milieu de vie. L'établissement assure un suivi rigoureux de ces mesures.

L'établissement et la ressource collaborent afin que soient déployées les actions nécessaires dans le but que le départ de l'utilisateur se réalise dans les meilleures conditions pour lui.

La participation active de l'utilisateur à son départ de la ressource est une condition importante de réussite. Au besoin et selon les ententes convenues entre les parties, l'établissement prévoit un transfert d'expertise clinique auprès du nouveau milieu de vie.

Dans le cas où le nouveau milieu de vie est une autre ressource RI/RTF du même établissement, celui-ci applique les balises prévues dans l'ensemble des dix activités du suivi professionnel de l'utilisateur.

Dans les autres cas, notamment lorsque l'utilisateur retourne dans son milieu de vie naturel ou lors d'un transfert de l'utilisateur vers un autre établissement ou un autre service, l'établissement s'assure de poser les gestes nécessaires pour respecter ses obligations.

Les actions suivantes sont notamment déployées :

- ▶..... Convenir avec l'utilisateur de son départ de la ressource et planifier ce départ selon ses besoins et sa situation actuelle;
- ▶..... Aviser la ressource selon les modalités prévues avec elle;
- ▶..... Mettre en place les actions ou les services nécessaires afin d'assurer le bon déroulement du départ de l'utilisateur de la ressource, et ce, en fonction de la condition et des besoins de ce dernier;
- ▶..... Accompagner l'utilisateur le jour de son départ de la ressource.



L'établissement tend le plus possible à respecter les mêmes règles et principes que ceux qui prévalent lors d'un départ en situation planifiée.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 9

DÉPART DE L'USAGER DE LA RESSOURCE

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LE DÉPART DE L'USAGER A ÉTÉ PLANIFIÉ ET S'EST DÉROULÉ CONFORMÉMENT AUX BALISES IDENTIFIÉES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
9.1	Planification	Action de déterminer et d'organiser, avant le départ de l'utilisateur de la ressource, les activités nécessaires au changement de milieu de vie pour celui-ci.
9.2	Conformité	État des actions mises en œuvre pour assurer le départ de l'utilisateur au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Consultation de l'utilisateur sur son départ de la ressource et planification de ce départ selon ses besoins et sa situation actuelle.

Avis à donner à la ressource selon les modalités prévues avec l'établissement.

Mise en place des actions ou des services nécessaires afin d'assurer le bon déroulement du départ de l'utilisateur de la ressource en fonction de ses besoins et de sa condition actuelle.

Vérification à l'effet que le nouveau milieu de vie possède les compétences requises ou les connaissances nécessaires pour accueillir l'utilisateur.

Accompagnement de l'utilisateur le jour de son départ de la ressource.

Dans le cas où le nouveau milieu de vie est une ressource intermédiaire ou de type familial du même établissement, celui-ci applique les balises prévues dans l'ensemble des activités du suivi professionnel de l'utilisateur.

5.8.4.10 APPLICATION DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ (ACTIVITÉ N° 10)

L'établissement est responsable d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité à l'usager en conformité avec la LSSSS, articles 5, 100 et 101, les autres lois applicables, les orientations ministérielles du présent cadre de référence, les pratiques reconnues ainsi qu'avec son processus clinique.

Cette responsabilité légale de l'établissement s'applique à tous les services sous sa responsabilité, c'est-à-dire tant ceux qu'il offre directement que ceux offerts par un tiers, dont une ressource à qui il confie un usager.

D'ailleurs, l'article 63, par. 4 de la LRR rappelle la responsabilité « d'un établissement public d'exercer un contrôle sur la qualité des services offerts aux usagers confiés aux ressources et, à l'occasion de visites, de s'assurer du respect de l'application du plan d'intervention des usagers ». Par la présence et le contenu de cet article, la LRR vient ici réaffirmer la responsabilité de l'établissement à l'égard de la qualité des services devant être rendus à l'usager, telle qu'elle l'est davantage précisée dans la LSSSS.

158

Par conséquent, l'établissement exerce, en tout temps et de manière continue, sa responsabilité à l'égard de la qualité, et ce, à partir du moment où l'usager reçoit de ses services jusqu'à ce qu'il n'en reçoive plus.

CADRE
DE
RÉFÉRENCE
RI-RTF

L'application du processus de contrôle de la qualité par l'établissement à l'égard d'un usager qu'il a confié à une ressource est une action parmi d'autres qu'il accomplira pour s'assurer de rendre lui-même ou que soient rendus des services de qualité à l'usager.

À ce titre, l'établissement ne doit donc pas considérer le processus de contrôle de la qualité du présent cadre de référence comme une fin en soi, mais plutôt comme une démarche structurante qui prône une gestion intégrée des risques et qui s'inscrit dans une large perspective d'amélioration continue de la qualité existant au sein de l'organisation.

En tout temps, l'établissement s'assure que le processus de contrôle de la qualité soit mis en œuvre et appliqué d'une manière organisée, cohérente et intégrée dans l'ensemble de ses activités et ses processus d'assurance qualité.

5.8.4.10.1 PRÉSENTATION DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Le processus de contrôle de la qualité est de nature clinico-administrative.

Sous la responsabilité entière de l'établissement, il comporte **cinq activités spécifiques** que celui-ci doit appliquer en continu afin de contrôler la qualité de ses propres services et activités de même que ceux de la ressource, et ce, d'une manière intégrée et conforme.

- 1 → **MESURER ET DOCUMENTER** en continu les critères de la qualité des services rendus par l'établissement et par la ressource.
- 2 → **IDENTIFIER** l'existence d'un écart entre la qualité voulue et la qualité rendue dans les services dispensés par l'établissement et par la ressource.
- 3 → **DÉTERMINER ET ANALYSER** les causes de l'écart de la qualité.
- 4 → **DÉTERMINER ET PLANIFIER** les actions à mettre en place pour assurer la qualité des services rendus à l'utilisateur.
- 5 → **METTRE EN ŒUVRE, SUIVRE ET ÉVALUER** les actions déployées.

5.8.4.10.2 BUT DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Le processus de contrôle de la qualité a pour but de s'assurer que la qualité des services rendus à l'utilisateur par l'établissement et par la ressource soit telle que voulue.

Le processus de contrôle de la qualité n'a pas pour but d'intervenir de manière coercitive à l'égard de la ressource bien que, selon la situation, il peut constituer une porte d'entrée vers l'application d'autres processus qui, eux, pourraient notamment être de nature coercitive.

Certains de ces autres processus sont d'ailleurs décrits plus loin dans le présent chapitre.



DÉFINITIONS ET EXPLICATIONS



Qualité

La capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients, par l'utilisation des meilleurs pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus.

Conseil québécois d'agrément, 2007



Contrôle de la qualité

Évaluation de la conformité par observation et jugement accompagné, si nécessaire, de mesurage, d'essai ou de calibrage.

ISO(8402) 9000: 2005, § 2.15



Qualité voulue

La qualité voulue est, entre autres, établie par des lois, des règlements, des pratiques reconnues, des normes ou des balises cliniques, professionnelles, techniques ou administratives, des orientations ministérielles, régionales ou locales, des politiques ou des procédures de l'établissement ou d'une autre instance légitime. La qualité voulue identifie et définit préalablement les éléments de conformité sur la base desquels s'exercera par la suite un contrôle de la qualité ayant pour but d'évaluer si la qualité rendue l'a été telle que voulue. La qualité voulue constitue un référentiel essentiel à l'application du processus de contrôle de la qualité.

La qualité voulue pour l'établissement à l'égard des dix activités du suivi professionnel de l'utilisateur est identifiée par chacun des éléments de conformité d'ordre légal, clinique ou administratif du contenu de chaque activité de même que dans les critères de la qualité identifiés et définis dans les fiches qualité situées à la fin de chacune de dix activités.

La qualité voulue pour la ressource à l'égard des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers à rendre à l'utilisateur se retrouve dans les services communs et particuliers de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance ainsi que dans les précisions.



DÉFINITIONS ET EXPLICATIONS



Qualité rendue

La qualité rendue est délivrée par l'ensemble des intervenants, du personnel, des gestionnaires et d'autres instances de l'établissement. Elle est, entre autres, évaluée à partir d'outils rigoureux ou validés et de processus formels.

Ces processus permettent notamment de porter un jugement sur l'atteinte des balises ou des critères de la qualité préalablement définis, de mesurer les effets et de vérifier si les résultats voulus ont été atteints et, si non, de déterminer dans quelle mesure ils l'ont été.

La qualité rendue permet de mesurer les écarts entre les autres perspectives de la qualité et elle contribue à identifier des pistes d'amélioration afin d'être conforme à la qualité voulue initialement.

La qualité des services rendus par l'établissement et par la ressource est constatée par l'établissement à partir du processus de contrôle de la qualité du présent cadre de référence.



Écart de la qualité

Un constat d'écart de la qualité signifie qu'un élément ou qu'une disposition de la qualité rendue par l'établissement ou par la ressource n'est pas en conformité avec une exigence identifiée et prévue dans la qualité voulue, c'est-à-dire dans le référentiel initial. Il y a donc une différence, un écart, entre la qualité rendue par rapport à la qualité voulue.

C'est seulement à la suite de l'identification par l'établissement d'un constat d'écart de la qualité que ce dernier, en collaboration avec la ressource et d'autres acteurs, déterminera, planifiera et mettra en œuvre les actions nécessaires pour assurer la conformité à la qualité voulue, et ce, pour tous les objets du processus de contrôle de la qualité.



Mesure

La mesure est une procédure qui consiste à « attribuer une quantité quelconque à un phénomène ou à un objet, à partir d'une règle d'attribution déterminée a priori ». Cela suppose que le phénomène ou l'objet à mesurer doit d'abord être défini afin d'identifier les propriétés, les caractéristiques ou les dimensions qu'il nous intéresse de quantifier.

Plante (1994)



DÉFINITIONS ET EXPLICATIONS



Évaluation

L'évaluation, quant à elle, porte un jugement de valeur en comparant les données obtenues de la mesure avec des critères, des normes ou des standards. Ces données, fournies par la mesure, peuvent être de nature qualitative ou quantitative et servent alors d'assises fondamentales à l'évaluation.

Plante (1994)



Critère

Caractère ou propriété d'un objet (personne ou chose) d'après lequel on porte sur lui un jugement d'appréciation. Le critère est un modèle utilisé pour une comparaison qualitative. Pour les comparaisons quantitatives, on se réfère à une unité de mesure.

Principe auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation.

Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation, Gilbert De Landsheere, PUF, 1^{re} édition



Critère de la qualité

Caractéristique attendue d'une activité ou d'un service qui sert de référence pour l'évaluation (ex. : adéquation, conformité, disponibilité, sécurité, accessibilité, etc.).



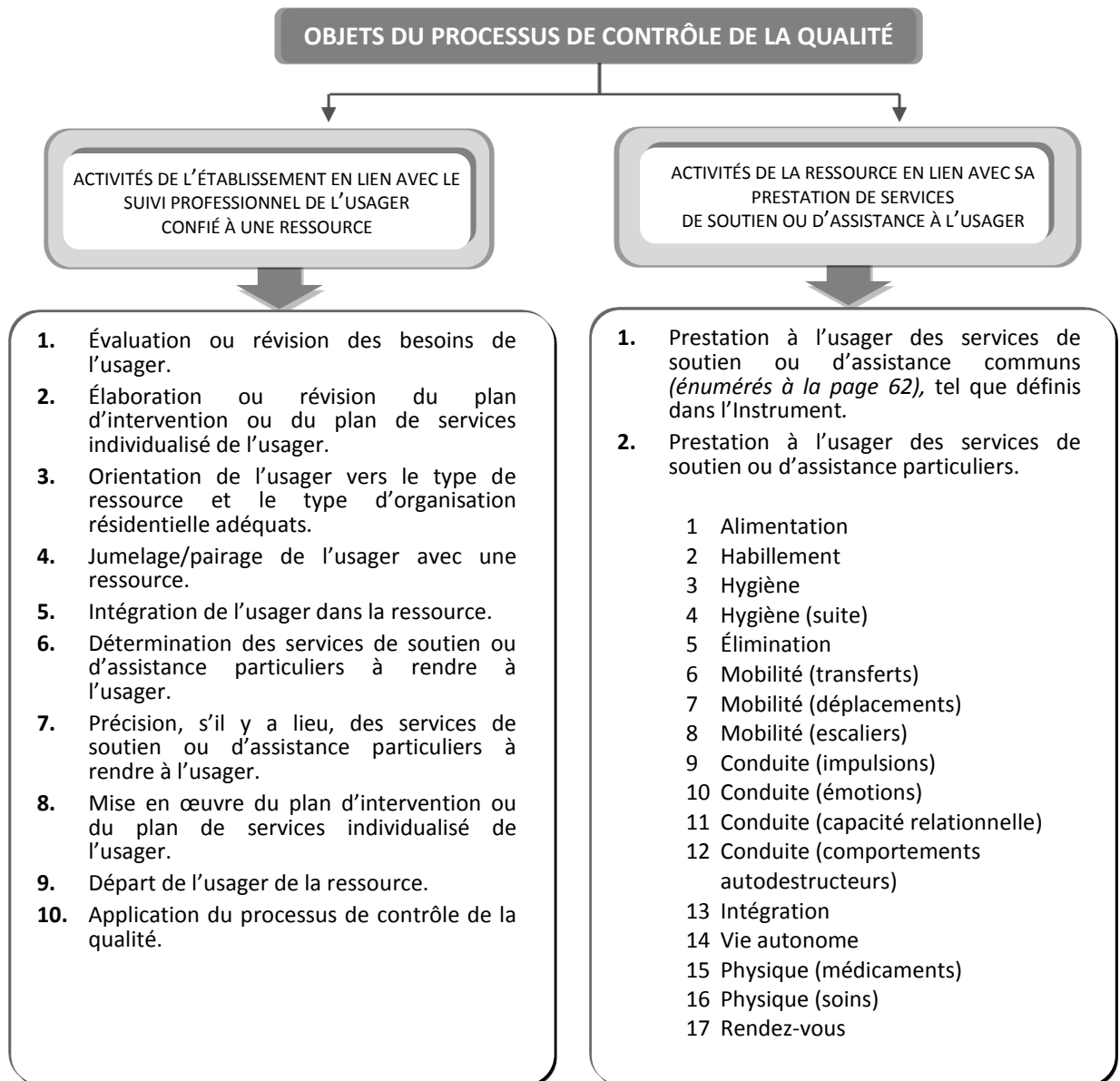
Indicateur de la qualité

Élément observable et mesurable de la qualité d'une activité ou d'un service.

5.8.4.10.4 OBJETS DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Le processus de contrôle de la qualité s'applique aux activités de l'établissement en lien avec le suivi professionnel de l'utilisateur et aux activités de la ressource en lien avec sa prestation de services de soutien ou d'assistance communs et particuliers à l'utilisateur tels que précisés dans l'Instrument.

Figure 12



5.8.4.10.5 PARTIES PRENANTES DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Selon leurs rôles, leurs responsabilités ou leur statut au sein de l'établissement, plusieurs personnes et instances peuvent être considérées à titre de parties prenantes à la mise en œuvre, à l'application ou au suivi du processus de contrôle de la qualité.

Cette section vise à identifier les principales parties prenantes qui pourraient être considérées comme telles par l'établissement. Dans cette section, les parties prenantes sont nommées et regroupées en deux catégories principales, ci-après précisées.

De plus, selon l'organisation des services de l'établissement et des ententes contractuelles pouvant l'unir avec un ou plusieurs autres établissements ou instances, il pourrait être nécessaire que certains aménagements soient apportés à ces deux catégories.

PARTIES PRENANTES À LA MISE EN ŒUVRE OU AU SUIVI DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Les parties prenantes qui peuvent être **sollicitées ou qui peuvent contribuer à la planification, à la réalisation, à la vérification et au suivi du processus** de contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource sont les suivantes :

- ▶ Le conseil d'administration;
- ▶ Le comité de vigilance et de la qualité;
- ▶ Le comité de gestion des risques;
- ▶ Le comité local de concertation des ententes collectives ou nationales;
- ▶ Le comité des usagers;
- ▶ Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- ▶ La direction générale;
- ▶ Le comité de direction;
- ▶ La direction des services professionnels;
- ▶ La direction des soins infirmiers;
- ▶ La direction des services administratifs ou financiers;
- ▶ D'autres directions (notamment une direction de la qualité ou de la performance, une direction de services résidentiels ou de l'hébergement, une direction des services de réadaptation, une direction des services à la clientèle, une direction des services techniques ou toute autre direction, selon l'organigramme de l'établissement);
- ▶ D'autres instances ou personnes, si requis.

PARTIES PRENANTES À L'APPLICATION DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Ensuite, les parties prenantes qui peuvent être **sollicitées ou qui peuvent contribuer à l'application du processus** de contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource sont les suivantes :

- ▶ L'utilisateur;
- ▶ La ressource;
- ▶ Le responsable de l'application et du suivi du processus de contrôle de la qualité;
- ▶ Le gestionnaire (ou répondant) de risques ou de la qualité;
- ▶ Des gestionnaires cliniques ou administratifs;
- ▶ Des intervenants responsables du plan d'intervention ou du plan de services de l'utilisateur;
- ▶ Des intervenants responsables de la réalisation de l'une ou l'autre des activités du suivi professionnel de l'utilisateur confié à une ressource;
- ▶ D'autres instances ou personnes, si requis.

Toutes ces parties prenantes sont sollicitées ou contribuent au processus de contrôle de la qualité en apportant ou en recevant de l'information pertinente au but visé par celui-ci selon leurs rôles et leurs responsabilités, et ce, en conformité avec les lois applicables. Au besoin, elles peuvent également fournir une expertise dans leur champ de compétence.

Dans certains cas, en fonction de leurs rôles et de leurs responsabilités, ces parties pourraient soutenir les réflexions ou orienter les actions à entreprendre dans une autre direction que l'application du processus de contrôle de la qualité. D'ailleurs, le processus de contrôle de la qualité prévoit dans son logigramme une activité spécifique ayant pour titre « vérifier et appliquer d'autres processus pour intervenir sur la situation ». Une brève description de ces « autres processus » est présentée un peu plus loin dans ce présent chapitre.

Les actions déployées par toutes ces parties prenantes doivent être organisées, cohérentes et conformes aux orientations ministérielles du présent cadre de référence. Un des effets désirés par ces actions concertées est que le processus de contrôle se mette en œuvre et qu'il soit suivi d'une manière intégrée dans l'établissement et auprès de ses partenaires.

5.8.4.10.6 FORMALISATION DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ ET CONDITIONS DE RÉUSSITE

L'application du processus de contrôle de la qualité exige que l'établissement formalise celui-ci.

Les conditions de réussite suivantes sont minimalement identifiées en soutien à l'établissement :

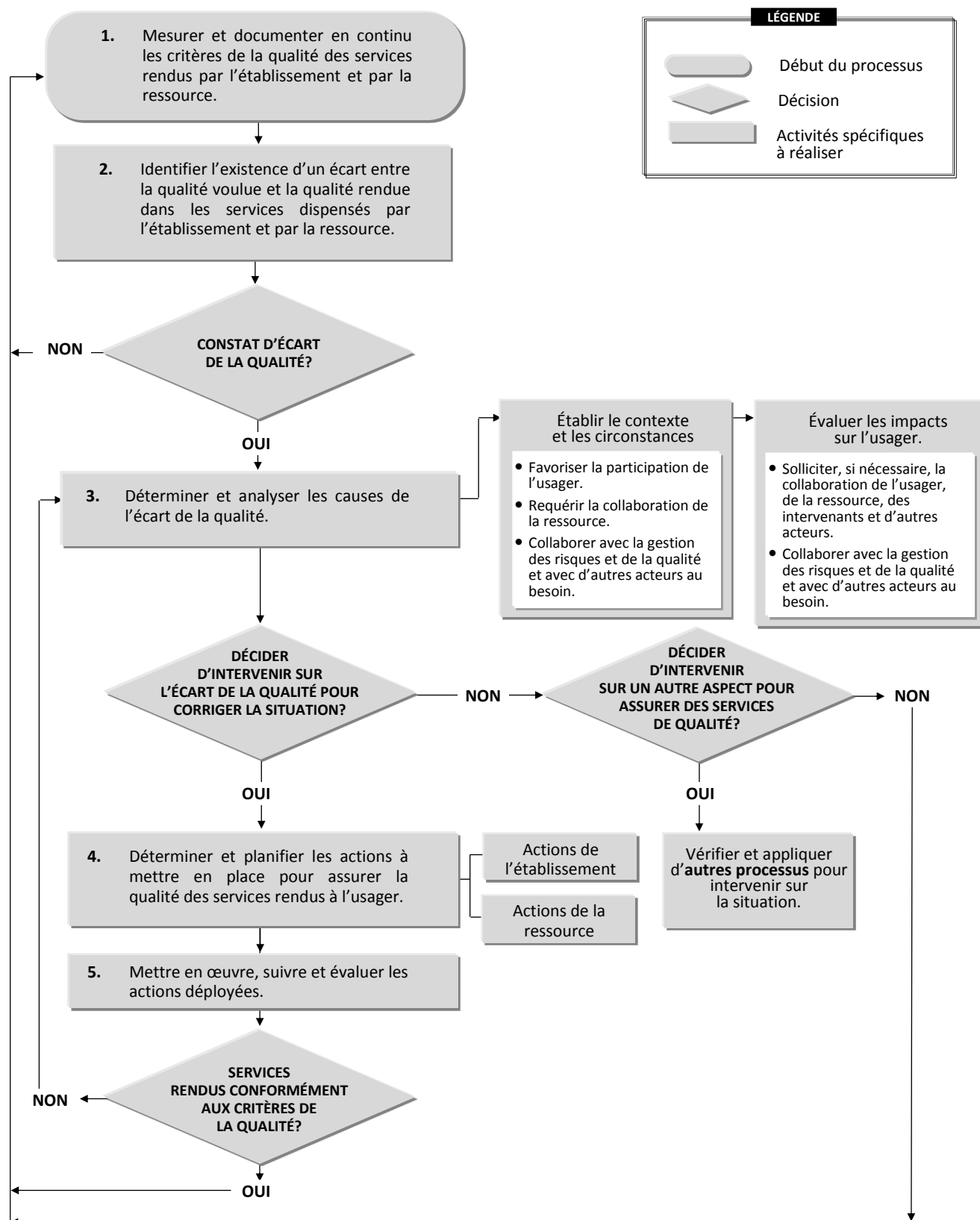
- ▶..... La désignation d'une personne responsable et imputable de l'application et du suivi du processus de contrôle de la qualité au sein de l'établissement;
- ▶..... La détermination et la diffusion du rôle et des responsabilités de la personne responsable de l'application et du suivi du processus de contrôle de la qualité;
- ▶..... L'utilisation d'outils pour mesurer les critères de la qualité des activités du suivi professionnel de l'utilisateur de l'établissement;
- ▶..... L'utilisation d'outils pour mesurer les critères de la qualité des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers rendus par la ressource.
- ▶..... La documentation des informations liées au processus de contrôle de la qualité afin d'en assurer la traçabilité.

5.8.4.10.7 LOGIGRAMME DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Le processus de contrôle de la qualité est représenté sous forme de logigramme où toutes les activités liées au contrôle sont présentées.

Figure 13

LOGIGRAMME DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ



5.8.4.10.8 DESCRIPTION SOMMAIRE DES AUTRES PROCESSUS POUR INTERVENIR SUR UNE SITUATION

Lors de l'application du processus de contrôle de la qualité par l'établissement, en tout temps, celui-ci peut décider de cesser son application et de vérifier et d'appliquer d'autres processus, selon la situation.

Dans ce cas, l'établissement prend connaissance et applique les règles ou les balises prévues dans le ou les autres processus qu'il retient et applique.

Le processus de contrôle de la qualité peut ainsi constituer une des portes d'entrée vers l'application d'autres processus qui peuvent ou non être de nature coercitive.

Ces autres processus existent dans l'établissement, ou ailleurs, nonobstant le processus de contrôle de la qualité et peuvent s'appliquer indépendamment, de façon préalable, parallèle ou postérieure à celui-ci.

Voici, à titre indicatif, un aperçu des autres processus pouvant être appliqués par l'établissement afin d'intervenir sur la situation :

- ▶ Mécanismes de concertation entre l'établissement et la ressource;
- ▶ Enquête administrative;
- ▶ Modification de l'entente spécifique ou particulière;
- ▶ Non-renouvellement de l'entente spécifique ou particulière;
- ▶ Résiliation de l'entente spécifique ou particulière;
- ▶ Révision des politiques ou des procédures de l'établissement;
- ▶ Gestion intégrée des risques;
- ▶ Application du régime d'examen des plaintes;
- ▶ Etc.

Voici, à titre indicatif, un aperçu des autres processus pouvant être appliqués par d'autres personnes ou instances afin d'intervenir sur la situation, à la demande ou non de l'établissement :

- ▶ Intervention de l'agence, notamment au regard de la reconnaissance;
- ▶ Plainte policière;
- ▶ Signalement;
- ▶ Intervention du curateur public ou privé;
- ▶ Intervention de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ);
- ▶ Intervention du Protecteur du citoyen (des usagers);
- ▶ Etc.

FICHE QUALITÉ

ACTIVITÉ N° 10

APPLICATION DU PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LE PROCESSUS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ EST ACTUALISÉ, CONTINU ET CONFORME AUX BALISES IDENTIFIÉES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE AFIN D'ASSURER LA QUALITÉ DES SERVICES RENDUS PAR L'ÉTABLISSEMENT ET PAR LA RESSOURCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
10.1	Actualisation	Fait de mettre en œuvre les activités du processus de contrôle de la qualité telles qu'identifiées dans le présent cadre de référence.
10.2	Continuité	Fait d'appliquer de façon itérative, sans interruption dans le temps, l'ensemble des activités du processus de contrôle telles qu'identifiées dans le présent cadre de référence.
10.3	Conformité	État des activités du processus de contrôle de la qualité mises en œuvre pour assurer la qualité des services rendus à l'utilisateur par l'établissement et par la ressource au regard du respect des balises identifiées dans le présent cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

À être développés par l'établissement.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES REQUISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Mesurer et documenter en continu les critères de la qualité des services rendus par l'établissement et par la ressource.

Identifier l'existence d'un écart entre la qualité voulue et la qualité rendue dans les services dispensés par l'établissement et par la ressource.

Déterminer et analyser les causes de l'écart de qualité.

Déterminer et planifier les actions à mettre en place pour assurer la qualité des services rendus à l'utilisateur.

Mettre en œuvre, suivre et évaluer les actions déployées.

5.8.4.11 LOGIGRAMME DES ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER

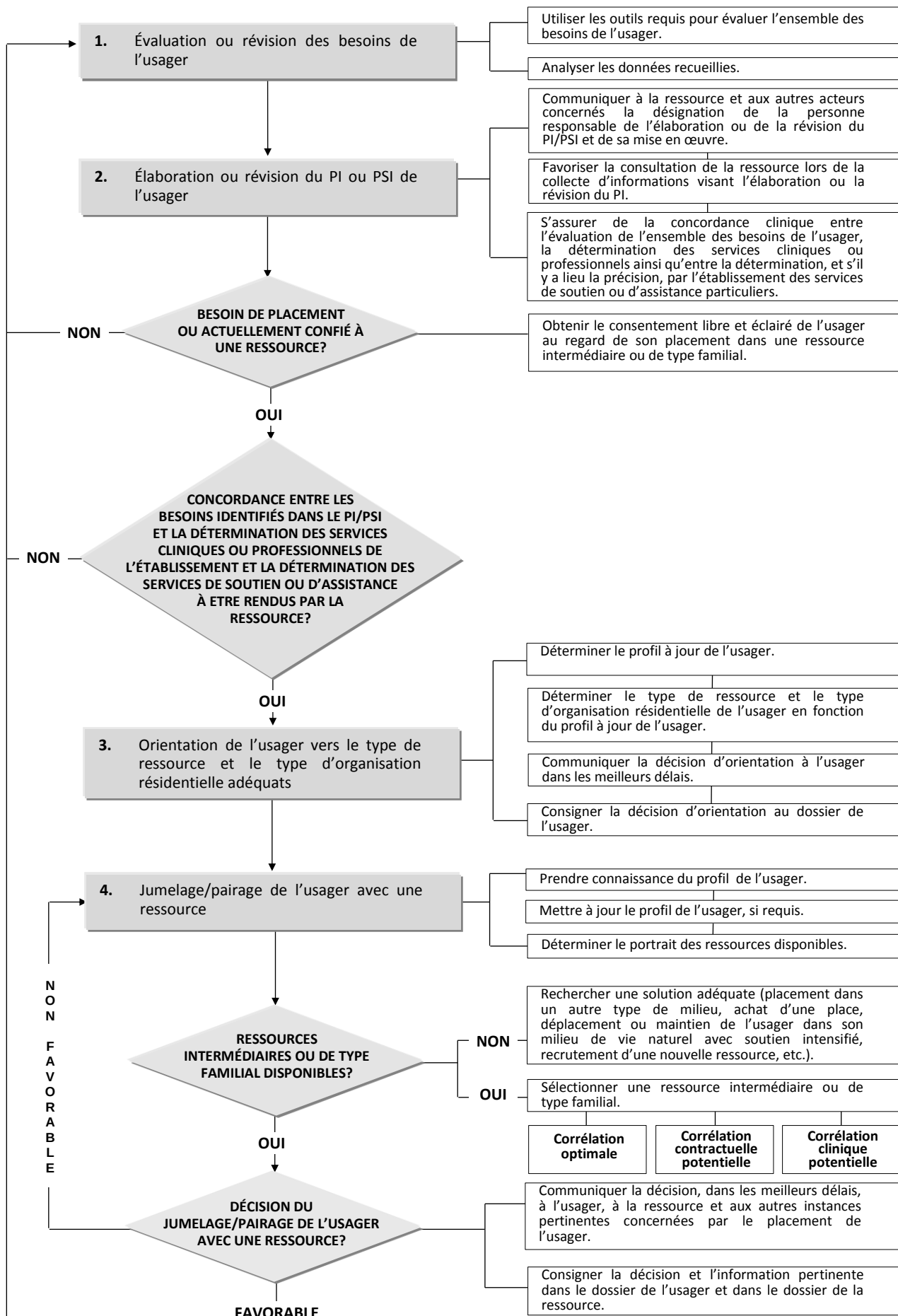
Le logigramme des activités du suivi professionnel de l'utilisateur est présenté sur les deux prochaines pages.

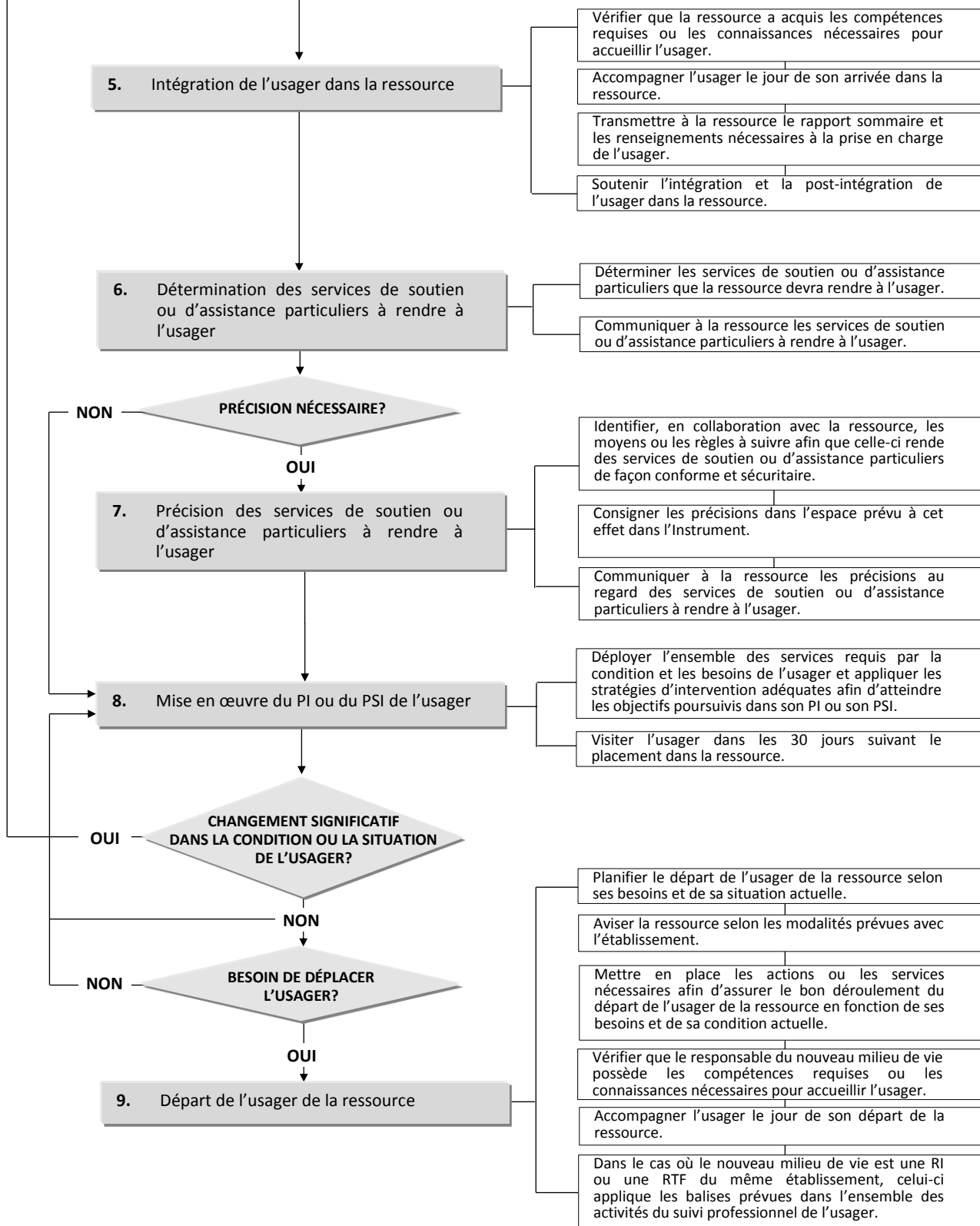
Figure 14

LOGIGRAMME DES ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER CONFÉ À UNE RI/RTF

10. Application du processus de contrôle de la qualité

10. Application du processus de contrôle de la qualité





CHAPITRE 6

Relation entre
l'établissement et la
ressource

SOMMAIRE

- 6.1.....Aspects légaux
- 6.2.....Relation individuelle et relation collective
- 6.3.....Valeurs de la relation
- 6.4.....Mécanismes de communication et de concertation entre l'établissement et la ressource

RELATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE

6.1 ASPECTS LÉGAUX

Les assises légales et réglementaires du présent chapitre sont les suivantes :

- ▶ **LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, RLRQ, c. S-4.2**
Ci-après « LSSSS »
Articles : 3, 4, 100, 301 à 302, 303.1, 304, par. 2, 306
- ▶ **LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET DE CERTAINES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION D'UNE ENTENTE COLLECTIVE LES CONCERNANT, RLRQ, c. R-24.0.**
Ci-après « Loi sur la représentation des ressources ou LRR »
Articles : 32, 33, 38, 63
- ▶ **CODE CIVIL DU QUÉBEC**
Ci-après « Code civil ou C.c.Q. »
Articles : 6, 7, 1375, 1378, 1434, 1452, 1458, 2098 et suivants
- ▶ **CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE (QUÉBEC), RLRQ, c. S-12**
Ci-après « Charte »
Articles : 3, 10

Ces lois et règlements sont disponibles sur le site Internet des Publications du Québec :
<http://www3.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/loisreglements.fr.html>

6.2 RELATION INDIVIDUELLE ET RELATION COLLECTIVE

La relation entre l'établissement et la ressource est un incontournable dans la prestation de services aux usagers. Les modifications législatives des dernières années et les changements qui en découlent nécessitent une révision du concept de la relation et de ses composantes.

D'une part, certaines des responsabilités de la ressource ont été précisées dans la LRR. Celle-ci se veut un prestataire de services, imputable d'offrir à un usager un milieu de vie ainsi que les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers requis par sa

condition et ses besoins. Ces services sont déterminés par l'établissement par le biais de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance.

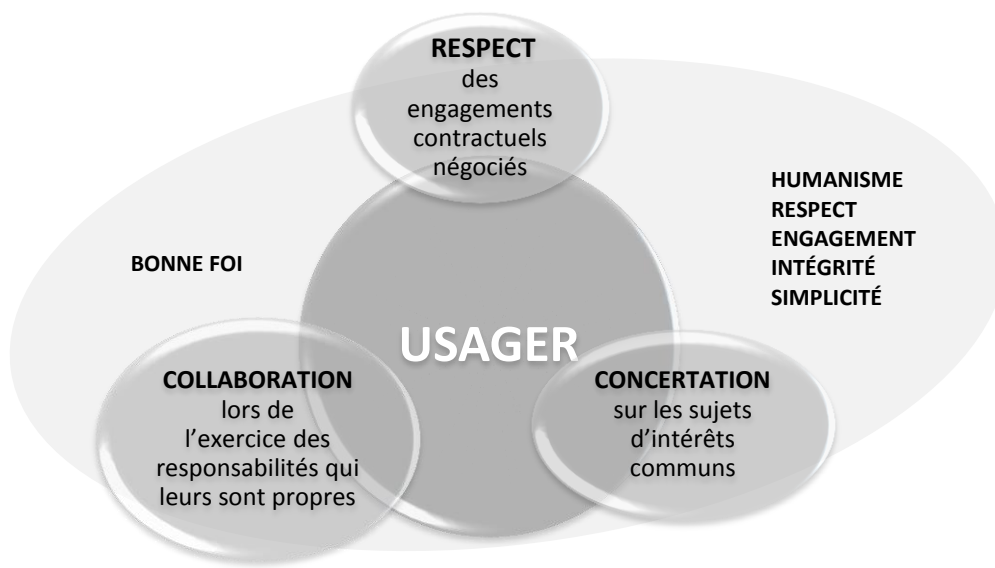
D'autre part, les responsabilités de l'établissement à l'égard de la ressource ont été modifiées : l'établissement n'assure plus le suivi professionnel de la ressource, mais plutôt celui de l'usager qu'il lui confie. Par ailleurs, les établissements doivent appliquer les ententes collectives et nationales conclues avec les associations et les organismes qui représentent les ressources. Pour les ressources non représentées, ils appliquent les conditions d'exercice édictées par le ministre.

La relation entre l'établissement et la ressource prend naissance dès le début du processus de recrutement et perdure aussi longtemps que la ressource est en lien contractuel avec l'établissement. Cette relation repose sur un objectif partagé : rendre des services de qualité à un usager en fonction de sa condition ainsi que de ses besoins spécifiques et évolutifs.

La relation se définit comme un ensemble d'actions à travers lesquelles les parties s'expriment, se comportent et s'influencent réciproquement. Elle peut être à la fois individuelle ou collective et toucher plusieurs dimensions. Elle est bidirectionnelle et s'inscrit dans un esprit de partenariat qui ne peut avoir pour effet de créer un lien de subordination juridique d'une ressource à l'égard de l'établissement¹²¹. La relation entre l'établissement et la ressource doit s'actualiser conformément aux assises, aux orientations et aux principes directeurs du présent cadre de référence de même qu'aux principes fondamentaux des ententes collectives ou nationales.

Le schéma qui suit présente les principales composantes de la relation entre l'établissement et la ressource.

Figure 15
RELATION ETABLISSEMENT-RESSOURCE DANS UN « ESPRIT DE PARTENARIAT »



¹²¹ Art. 63, Loi sur la représentation des ressources, L.R.Q., c. R-24.0.2.

6.2.1 RELATION INDIVIDUELLE

La relation individuelle entre l'établissement et la ressource est d'abord une relation d'affaires encadrée par une entente spécifique ou particulière. Elle permet à l'établissement de confier un usager à la ressource qui s'engage à l'accueillir et à lui offrir un milieu de vie ainsi que les services de soutien ou d'assistance, conformément au Règlement sur la classification. À la suite de l'évaluation de la ressource, l'établissement convient avec la ressource du type d'usager à lui confier et détermine le nombre de places en fonction des besoins de sa population et de la capacité de la ressource. L'établissement demeure responsable d'offrir les services professionnels à l'usager.

Liés par leurs engagements légaux et contractuels, l'établissement et la ressource développent une collaboration dans l'exercice de leurs responsabilités propres.

La collaboration tient son origine des mots latins *cum laborare* qui signifient « travailler avec ». Elle représente l'action d'un groupe de personnes qui s'associent pour réaliser un ou des objectifs communs. La collaboration implique la coopération et la participation de chacun des acteurs, un souci de complémentarité ainsi que la mise à profit de leur savoir et de leur expérience réciproque pour mettre en œuvre des solutions appropriées. La communication est essentielle à la collaboration.

En ce sens, l'établissement et la ressource sont appelés à collaborer lorsqu'ils agissent l'un envers l'autre dans le cadre du champ d'action qui leur est propre. Dans un esprit de partenariat, l'établissement et la ressource conjuguent leurs efforts et utilisent leur expertise pour offrir à l'usager des services appropriés, sécuritaires et de qualité. Ils échangent sur la situation de l'usager et adaptent leurs méthodes de travail, leur approche et leurs comportements en tenant compte de l'évolution de ses besoins.

La relation individuelle, basée sur la collaboration entre l'établissement et la ressource, crée des conditions favorables à la réussite de leur objectif.

6.2.2 RELATION COLLECTIVE

L'encadrement du droit d'association et de représentation ainsi que du droit à la négociation collective modifie l'aspect collectif de la relation. Des ententes collectives et nationales ont été conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les associations ou organismes représentatifs. Ces ententes définissent, notamment, les conditions de prestation de services, les modalités de rétribution, les mécanismes de concertation et le règlement des mécontentements. Elles visent à établir et à maintenir des rapports ordonnés entre les établissements et les ressources.

L'établissement et les ressources doivent respecter les modalités convenues collectivement. L'établissement et l'association représentative de ressources doivent participer et apporter une contribution significative aux mécanismes de concertation prévus et visant la résolution des difficultés.

6.3 VALEURS DE LA RELATION

L'engagement des personnes qui s'impliquent dans la relation aura un impact positif sur la qualité des services rendus à l'utilisateur. La relation entre l'établissement et la ressource doit être empreinte du respect des cinq valeurs présentées dans le tableau suivant.

Figure 16
VALEURS DE LA RELATION



Les valeurs de la relation font référence au savoir-être et au savoir-faire. **Le savoir-être** exige d'abord une prise de conscience de ses opinions, de ses croyances, de ses sentiments et de ses perceptions. Il fait appel à diverses habiletés reliées à la gestion d'équipes ou de comités de travail, à la communication et à la résolution de problèmes. Les écrits font référence à plusieurs aptitudes pour définir le savoir-être. Certaines s'appliquent plus particulièrement à la relation entre l'établissement et la ressource :

- ▶ Construire un réseau relationnel favorable à la mise en place d'équipes centrées sur le service à l'utilisateur, qui se soucient de développer des solutions appropriées pour faire face aux difficultés;
- ▶ S'adapter et ajuster ses comportements aux situations qui se présentent et aux personnes en présence;
- ▶ Analyser et identifier les différentes composantes d'une situation et établir des liens pour arriver à des solutions;
- ▶ Écouter et observer ce qui se passe, savoir le communiquer aux autres pour favoriser la compréhension mutuelle;
- ▶ S'organiser et s'impliquer pour mettre en œuvre et optimiser les moyens convenus;
- ▶ Faire face aux difficultés et les solutionner à mesure pour obtenir des résultats probants;
- ▶ Prendre des décisions sur la base du service à rendre à l'utilisateur, en tenant compte des responsabilités de chacun.

L'empathie, le respect, la confiance en soi, l'authenticité, l'ouverture d'esprit, la créativité, la diplomatie, la flexibilité, la souplesse et la reconnaissance de ses limites représentent des qualités essentielles à l'entretien d'une saine relation.

Pour sa part, **le savoir-faire** fait référence à la connaissance de moyens et aux compétences acquises par l'expérience qui permettent l'accomplissement d'une tâche. Le savoir-faire se développe par la formation (acquisition de connaissances) et par l'expérimentation (développement de compétences).

À ce titre, les intervenants et les gestionnaires des établissements, le répondant et le personnel de la ressource, après avoir fait le point sur leurs aptitudes, doivent prendre connaissance des écrits (lois, règlements, politiques et procédures, guides, le présent cadre de référence, ententes collectives ou nationales, etc.) afin de bien saisir les enjeux, les orientations et les changements de pratiques qui en découlent. Il est de la responsabilité de chacun de développer ses compétences.

6.4 MÉCANISMES DE COMMUNICATION ET DE CONCERTATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE

Pour favoriser la relation individuelle et collective, l'établissement doit mettre en place différents mécanismes permettant la communication et la concertation avec les ressources. Ces mécanismes constituent un tout cohérent et intégré suffisamment souple pour s'adapter aux diverses réalités rencontrées dans le quotidien.

La communication se développe à travers l'exercice des responsabilités mutuelles des acteurs. La réussite des activités du suivi professionnel des usagers passe par des stratégies de communication claires et efficaces entre l'établissement et la ressource. La planification et la coordination des actions à déployer permettent de prévenir et de gérer les situations à risque.

La mise en œuvre et l'efficacité du processus de contrôle de la qualité décrit au chapitre 5 du présent cadre impliquent aussi une communication et une concertation continues entre l'établissement et la ressource.

L'efficacité de la communication et de la concertation est conditionnelle à la transmission d'une information adéquate entre les parties. Par exemple, l'agence diffuse aux établissements et aux ressources sa politique administrative de reconnaissance des ressources ainsi que les modalités d'accès aux RI-RTF, incluant les critères généraux d'admission. L'établissement, pour sa part, fait connaître aux ressources ses politiques, ses procédures ainsi que son code d'éthique, les modalités de recrutement et l'évaluation des ressources, le processus de sélection des nouvelles ressources, les mécanismes d'accès aux ressources, les modalités de suivi professionnel de l'usager et de contrôle de la qualité des services, etc.

Le développement d'une relation harmonieuse entre l'établissement et la ressource implique, pour chacune des parties, un engagement à créer des conditions favorables au développement d'une culture de collaboration et de concertation dans le respect de leurs responsabilités et de l'autonomie de chacun. Une telle attitude favorisera la réussite de leur mission et contribuera à une offre de services de qualité aux usagers.

CHAPITRE 7

Système
d'information sur les
ressources
intermédiaires et de
type familial (SIRTF)

SOMMAIRE

- 7.1 Contexte
- 7.2 Utilisation du SIRTF
- 7.3 Utilisateurs du SIRTF
- 7.4 Évolution du SIRTF

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (SIRTF)

7.1 CONTEXTE

Le système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF) vise à soutenir les établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour une gestion harmonisée des ressources intermédiaires et de type familial.

Le SIRTF est utilisé par les établissements depuis 1999. Au fil des ans, il a fait l'objet de plusieurs améliorations qui l'ont conduit jusqu'à sa forme actuelle. À la suite de l'adoption de la Loi sur la représentation des ressources en 2009 ainsi que de la négociation des ententes collectives et nationales qui ont suivies, des mises à jour ont été réalisées pour répondre aux nouvelles obligations.

Chaque établissement concerné par la gestion des ressources intermédiaires et de type familial doit utiliser le SIRTF. Il s'agit d'un actif d'intérêt commun qui est géré par la Direction générale des technologies de l'information du MSSS.

7.2 UTILISATION DU SIRTF

Le SIRTF est un outil tant clinique qu'administratif. Plus spécifiquement, il permet de :

- ▶ saisir les données et les informations en lien avec le processus de recrutement et d'évaluation du postulant afin de procéder à sa reconnaissance;
- ▶ saisir les données et les informations concernant la ressource, ses répondants, ses places, son ou ses types de clientèle, son régime de représentation, etc.;
- ▶ inscrire des notes de suivis concernant la ressource;
- ▶ créer une demande de service d'hébergement pour un usager et en effectuer le suivi;
- ▶ contribuer au jumelage entre un usager et une ressource selon les besoins de l'usager;
- ▶ saisir les données et les informations en lien avec le placement de l'usager (début du placement, calendrier de présences et d'absences de l'usager);
- ▶ compléter l'*Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance* en lien avec le placement d'un usager, le réviser et l'approuver;
- ▶ effectuer le processus de facturation des ressources;

- ▶ effectuer le paiement de la rétribution des ressources;
- ▶ effectuer le paiement des fournisseurs;
- ▶ prélever les cotisations associatives;
- ▶ effectuer la gestion de la contribution des usagers adultes en ressource intermédiaire et de type familial;
- ▶ soutenir les agences dans certaines de leurs responsabilités par le module « Reconnaissance des ressources »;
- ▶ produire des relevés 29 pour la déclaration d'impôts des ressources visées par la Loi sur la représentation des ressources, et ce, conformément aux balises de Revenu Québec;
- ▶ produire des listes de gestion;
- ▶ générer des rapports pour l'ensemble des modules de l'application;
- ▶ générer des rapports financiers et statistiques pour compléter les rapports annuels du MSSS.

7.3 UTILISATEURS DU SIRTF

Le SIRTF est un des outils communs utilisés tant par les intervenants, les gestionnaires et le personnel administratif des établissements ainsi que les agences pour la gestion des ressources intermédiaires et de type familial.

7.4 ÉVOLUTION DU SIRTF

Le SIRTF s'adapte régulièrement aux nouvelles lois et aux nouveaux règlements, aux ententes collectives et nationales ainsi qu'aux orientations ministérielles.

CONCLUSION

CONCLUSION

Ce cadre de référence a été élaboré pour guider les établissements dans l'organisation, la gestion et la prestation des services en ressources intermédiaires et de type familial.

Il remplace le *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires* édité en avril 2001 et le *Guide d'orientation sur la pratique professionnelle et la ressource de type familial* publié en mai 2003.

La mise en œuvre de ce cadre de référence peut représenter des défis importants, des ajustements significatifs dans les pratiques et une mobilisation de tous les acteurs concernés par les RI-RTF.

Par ailleurs, l'expertise clinique et administrative des intervenants et des gestionnaires du réseau public de la santé et des services sociaux, le dévouement, les habiletés et l'implication des ressources auprès des usagers sont un gage de réussite de cette transformation. La volonté de chacun de développer et de maintenir une culture de collaboration et de concertation y contribuera certainement.

Il importe de considérer ces changements comme une occasion d'améliorer les services aux usagers.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*, Paris, France : ANAES; 2000.

AGREE COLLABORATION. *Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project*, Qual Saf Health Care, 2003.

AGREE II. *Advancing the guideline development, reporting and evaluation in healthcare*, Parallel publications in progress.

AGREE NEXT STEPS RESEARCH CONSORTIUM. *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (Grille AGREE II)*, AGREE Research Trust; 2009.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, ASSOCIATION D'ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE, FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CRDITED, FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIKES ET AUTRES TOXICOMANE. *Guide des établissements spécialisés à vocation régionale (établissements de réadaptation et centres jeunesse) concernant le projet clinique*, 2004.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Le réseau en quatre questions : un regard ciblé sur la performance*, Note méthodologique, 2012.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Politique sur la gestion intégrée des risques*, 2012.

BLOUIN, MAURICE, CAROLINE BERGERON ET ALL. *Dictionnaire de la réadaptation*, tome 1 : termes techniques d'évaluation, Québec, Les Publications du Québec, 1995.

BOUCHARD, C. ET PLANTE J. *La qualité - sa définition et sa mesure*, Service social, vol. 47, n^{os} 1 et 2, 2000.

BOUCHARD, J.-M. *Le partenariat entre chercheurs et praticiens : au-delà du discours*. In V. Guerdan, J.-M. Bouchard et M. Mercier (dir.), *Partenariat chercheurs, praticiens, familles*, Actes du VI^{ème} congrès de l'Association Internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales (AIRHM, Montréal, Les Éditions Logiques, 2002.

BRUHN, J.G. *People Need People*, Perspectives on the Meaning and Measurement of Social Support, Integrative Physiological and Behavioral Science, vol. 26, n^o 4, 1991.

BRUNELLE, Y. *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel, Études et analyses*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 1993.

BURGERS JS, FERVERS B, HAUGH M, BROUWERS M, BROWMAN G, PHILLIP T, CLUZEAU FA. *International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument*, J Clin Oncol, 2004.

CARRIER, GABY; BEAUDOIN, SUZANNE; CAMIRÉ, LUCIE. *Les déplacements d'enfants dans le réseau des ressources d'accueil*, Sainte-Foy, CRSC/ACJQ, 1993.

CARRIER, GABY; DRAPEAU, SYLVIE; CARETTE, ANNE-MARIE. *Maintenir les frères et sœurs ensemble ?*, Le placement des fratries, Québec, CRSC, 1995.

CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE. *Cadre de référence sur le retrait et le placement d'un enfant*, Québec, Qc : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire; 2005a.

COHEN, C., et S.L. SYME. *Social Support and Health*, Academic Press Inc., 1985.

COHEN, S., et T.A. WILLS. *Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis*, Psychological Bulletin, vol. 98, n° 2, 1985.

COHEN, S., R. MERMELSTEIN, T. KAMARCK et H.N. HOBERMAN. *Measuring the Functional Components of Social Support*, dans I. Sarason et B. Sarason (dir.), *Social Support: Theory, Research, and Applications*, Dordrecht, Netherlands, Martinus Nijhoff, 1985.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC. *Explorer les enjeux dans le domaine de la santé et du bien-être*, Guide, Québec, 2008.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC. *Rapport d'appréciation globale et intégrée de la performance : Analyse des indicateurs de monitoring*, résumé, 2010.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011 : l'appréciation globale et intégrée de la performance - analyse des indicateurs de monitoring*, 2011.

COMMITTEE TO ADVISE THE PUBLIC HEALTH SERVICE ON CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IOM. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*, Washington: National Academy Press, 1990.

CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT. *Définition de la qualité*, 2007.

COUR SUPÉRIEURE DU QUÉBEC. *Regroupement des ressources résidentielles adultes du Québec (CSD) c. Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean*, 2013 QCCS 798.

CSSS RICHELIEU. *Je te place, je te déplace, est-ce que ça te replace?*, Rapport du groupe de travail sur l'institutionnalisation des jeunes en difficulté d'adaptation. Longueuil, 1992.

CURATEUR DU QUÉBEC. *Désinstitutionnalisation : dossier. Encyclopédie thématique*, 2006.

DAVIS DA, TAYLOR-VAISEY A. *Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practice experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines*, CMAJ, 1997.

DE LANDSHEERE, G. *Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation*, PUF, Paris, 1979.

DEMING, W.E. *Out of the Crisis*, MIT, Boston, MA., 1986.

DEMING, W.E. *Quality, Productivity and Competitive Position*, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, 1982.

DICTIONNAIRE LAROUSSE. Édition 2012.

DICTIONNAIRE LATIN. Édition Hachette, Paris, 1958.

DICTIONNAIRE ROBERT. Édition 2013.

DUCHARME, F., B. STEVENS et K. ROWAT. *Social Support: Conceptual and Methodological Issues for Research in Mental Health Nursing*, Issues in Mental Health Nursing, n° 15, 1994.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CRDITED. *Offre de service – Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement*, 2006.

FERVERS B, BURGERS JS, HAUGH M, LATREILLE J, MLIKA-CABANNE N, PAQUET L, ET AL. *Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure*, Int J Qual Health Care, 2006.

FIGARI, G. *Évaluer: quel référentiel*, édition De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1994.

FORTIER I. *Le défi humain de la multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité*, Sources ENAP, 2002.

FOUGEYROLLAS, P. *Révision de la proposition québécoise de classification : processus de production du handicap*, 1996.

FOUGEYROLLAS, P., CLOUTIER, R., BERGERON, H., CÔTÉ, J., ST-MICHEL, G. *Classification québécoise du Processus de production du handicap*, Réseau international sur le processus de production du handicap. 1998b.

FOUGEYROLLAS, P., NOREAU, L., BERGERON, H., CLOUTIER, R., DION, S-A., ST-MICHEL, G. *Conséquences sociales des déficiences et incapacités persistantes et significatives : approche conceptuelle et évaluation des situations de handicap*, Handicap, Revue des sciences humaines et sociales, 1999.

FOURNIER, ANITA; LAURENDEAU, FRANCINE. *Réflexions cliniques sur le placement en pédopsychiatrie*, Intervention (87), 1991.

GENDREAU, GILLES. *Le placement peut-il porter intérêt pour un jeune, ses parents et l'environnement*, Défi jeunesse 7 (1), 2000.

GOUPIL, G. *Plans d'intervention, de services et de transition*, Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 2004.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Partageons nos compétences – Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*, Rapport du comité d'experts, 2005.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Rapport d'enquête sur les événements entourant la fermeture du Pavillon Marquette et sur l'examen du processus d'attribution des places dans les ressources intermédiaires au Québec*, 2011.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, RLRQ, c. S-4.2, r 5.01.

GRAHAM ID, HARRISON MB, BROUWERS M, DAVIES BL, DUNN S. *Facilitating the use of evidence in practice: evaluating and adapting clinical practice guideline for local use by health care organizations*, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2002.

GRAHAM ID, HARRISON MB, BROUWERS M. *Evaluating and adapting practice guidelines for local use: a conceptual framework*, In : Pickering S, Thompson J. editors, *Clinical governance in practice*, London: Harcourt, 2003.

GRILLI R, MAGRINI N, PENNA A, MURA G, LIBERATI A. *Practice guidelines developed by specialty societies: the need for critical appraisal*, Lancet, 2000.

GROL R. *Success and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice*, Med Care, 2001.

HAGGERTY J & AL. *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants*, Rapport déposé à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 2004.

HAUSER, J.R. ET CLAUSING, D. *The house of quality*, Harvard Business Review, vol. 66 n° 3, 1988.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes*, Saint-Denis La Plaine : HAS; 2007.

HEITZMANN, C.A. et R.M. KAPLAN. *Assessment of Methods for Measuring Social Support*, Health Psychology, vol. 7, n° 1, 1988.

HOUSE, J.S., R.L. KAHN, J.D. MCLEOD et D. WILLIAMS. *Measures and Concepts of Social Support*, dans S. Cohen et S.L. Syme (dir.), *Social Support and Health*, Academic Press Inc., 1985.

INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC (IRDQP) ET VILLE DE QUÉBEC. *Guide pratique d'accessibilité universelle : manuel d'utilisation*. Québec, Qc : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) et Ville de Québec; 2010.

ISHIKAWA, K. *How to apply company wide quality control in foreign countries*, Quality Progress, vol. 22, n° 9, 1989.

ISHIKAWA, K. *Introduction to Quality Control*, 3A Corporation, Tokyo, 1990.

ISHIKAWA, K. *What Is Total Quality Control? The Japanese Way*, Prentice-Hall, New York, 1985.

JURAN, J.M. *A History of Managing for Quality*, ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin, 1995.

JURAN, J.M. ET GRYNALD, F.M. *Quality Control Handbook*, 4^e édition révisée, McGraw-Hill, New York, 1988.

JURAN, J.M. *Juran on Planning for Quality*, Free Press, New York, 1988.

JURAN, J.M., GRYNALD, F.M. ET BINGHAM, R.S. *Quality Control Handbook*, 3^e édition révisée, McGraw-Hill, New York, 1974.

LABBÉ, L., ET FRASER, D. *L'approche positive : un modèle global et intégratif d'intervention*, Inc. Tassé et D. Morin (dir.), La déficience intellectuelle, Montréal, Gaëtan Morin, 2003.

LACHAPPELLE, Y. ET BOISVERT, D. *Le projet individualisé en déficience intellectuelle au Québec : 30 ans à construire les leviers d'une véritable participation et à réduire les obstacles à sa mise en place*, Communication présentée dans le cadre de la 1^{re} Journée d'étude universitaire sur la déficience intellectuelle de l'Université de Lille, Lille, 1^{er} février 2007.

LEMAY, A. *Une bonne stratégie de gestion et d'utilisation de l'information : Condition essentielle à l'amélioration de la qualité et de la performance, dans Le système socio-sanitaire au Québec - Gouvernance, régulation et participation*. Gaëtan Morin Éditeur, novembre 2006.

MCCLATCHY S. « *disease management* » as a performance improvement strategy, Top Health Inf Manag, 2001.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC. *La vérification des antécédents judiciaires, Guide à l'intention des commissions scolaires et des établissements d'enseignement privés du Québec*, 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Bilan statistique du suivi des recommandations des dossiers actifs des visites d'appréciation de la qualité*, 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence – Le pouvoir d'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services*, 2008.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents*, Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c. 32) (projet de loi 83), juin 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires*, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, avril 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Chez soi le premier choix : la politique de soutien à domicile*, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Chez soi le premier choix : précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Circulaire 2012-013, Vérification des antécédents judiciaires de toute personne désirant exercer des fonctions ou sa profession au sein d'un établissement de santé*, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CPNSSS. *Entente collective conclue entre le ministre et l'ADREQ-CSD*, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CPNSSS. *Entente nationale conclue entre le ministre et l'ARIHQ*, 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CPNSSS. *Entente collective conclue entre le ministre et la FFARIQ*, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CPNSSS. *Entente nationale conclue entre le ministre et la FRIJQ*, 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CPNSSS. *Entente collective conclue entre le ministre et la FSSS-CSN*, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CPNSSS. *Entente collective conclue entre le ministre et le RARA*, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CPNSSS. *Entente collective conclue entre le ministre et le SCFP-FTQ*, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CPNSSS. *Entente collective conclue entre le ministre et l'UES-800*, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *De l'intégration sociale à la participation sociale – Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance*, 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services*, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'intégration des services de santé et des services sociaux, le projet organisationnel et clinique et les balises associés à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La force des liens, Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La pratique professionnelle et la ressource de type familial – Guide d'orientation*, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Le Plan d'action 2005 2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie: un défi de solidarité*, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les services généraux offerts par les instances locales des services de santé et des services sociaux*, Direction générale des services sociaux, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dans les agences de la santé et des services sociaux*, Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c.32) (projet de loi 83), mai 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées*, 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. 2010.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*, 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : Contention, Isolement et Substances chimiques*, 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience - Afin de faire mieux ensemble - Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement*, juin 2008.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, MSSS, 2010.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté - Orientations ministérielles en déficience physique, Objectifs 2004-2009*, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Direction de la planification, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Un geste porteur d'avenir - Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD - Orientations ministérielles*, oct. 2003.

NORBECK, J.S., A.M. LINDSEY et V.L. CARRIERI. *Further Development of the Norbeck Social Support Questionnaire : Normative Data and Validity Testing*, Nursing Research, vol. 32, no 1, 1982.

NORBECK, J.S., A.M. LINDSEY et V.L. CARRIERI. *The Development of an Instrument to Measure Social Support*, Nursing Research, n° 30, 1981.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *Adapter sa pratique professionnelle à l'égard des personnes handicapées*, Rapport de consultation sur les tâches, les gestes clés, les compétences générales et les connaissances requises pour des services et des interventions adaptés aux besoins des personnes handicapées, 2010.

OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE (OQLF). *Grand dictionnaire terminologique*. Montréal, Qc : OQLF.Organisation internationale de normalisation (ISO). ISO 26000 - Responsabilité sociétale. Genève, Suisse : ISO; 2010.

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (OPQ). *Guide de pratique pour l'évaluation psychosociale de l'inaptitude requise par la Loi sur le curateur public*, Montréal, Qc : OPQ; 1992.

O'REILLY, P. *Methodological Issues in Social Support and Social Network Research*, Social Science and Medicine, vol. 26, n° 8, 1988.

PIERCE, G.R., I.G. SARASON et B.R. SARASON. *Coping and Social Support*, dans M. Zeider et N.S. Endler (dir), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*, New York, John Wiley & Sons, 1996.

PLANTE, J. *Évaluation de programme* (français, anglais, espagnol), Presse de l'université Laval, Québec, 1994.

PROCIDANO, M.E. et HELLER. *Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family: Three validation studies*, American Journal of Community Psychology, vol. 11, n° 1, 1983.

PROULX, J., DUMAIS, L., CAILLOUETTE, J. ET VAILLANCOURT, Y. *Les services aux personnes ayant des incapacités au Québec : Rôle des acteurs et dynamiques régionales*, Montréal, Université du Québec à Montréal (UQAM), 2006.

RICHMAN, J.M., L.B. ROSENFELD et C.J. HARDY. *Social Support Survey: A Validation Study of a Clinical Measure of the Social Support Process*, Research on Social Work Practice, vol. 3, n° 3, 1993.

RIPPH. *Intégration du cadre conceptuel du PPH à la démarche des plans d'intervention individualisés*, septembre 2002.

RIPPH/SCCIDIH. *Classification québécoise – Processus de production du handicap*, 1998.

ROC M-L. *Guide pour la pratique professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en milieu communautaire*, Montréal, Qc : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ); 2008.

ROCK, D.I., K.E. GREEN, B.K. WISE et ROCK. *Social Support and Social Network Scales: A Psychometric Review*, Research Nursing and Health, n° 7, 1984.

RODRIGUEZ, L., BOURGEOIS, L., & GUAY, L. *Repenser la qualité des services dans la communauté. Changer de perspective*, Séminaire GRIOSE-SM, Québec, 6 mars 2007.

RODRIGUEZ, L., BOURGEOIS, L., LANDRY, Y., GUAY, L., & PINARD, J.-L. *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006.

SARASON, I.G., H.M. LEVINE., R.B. BASHAM et B.R. SARASON. *Assessing Social Support : The Social Support Questionnaire*, Journal of Personality and Social Psychology, vol. 44, no 1, 1983.

SAUCIER, A. ET BRUNELLE, Y. *Les indicateurs et la gestion par résultats*, Méthodologie et instrumentation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 1995.

SHANEYFELT TM, MAYO-SMITH MF ROTHWANGL J. *Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature*, 1999.

VENET, M. ET DÉRY, M. *Les services de répit pour les familles d'enfants ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : Modèles de services, caractéristiques des familles utilisatrices et impact des services sur les familles*, Revue européenne du handicap mental, 2004.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013, Vérification de l'optimisation des ressources*, 2012.

VILLENEUVE, C. *Relever le défi de la complexité : allier compétences, collaboration et complémentarité*, En pratique, Exercice professionnel de l'orientation, 2006.

WOOLF SH, GROL R, HUTCHINSON A, ECCLES M, GRIMSHAW J. *Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*, BMJ, 1999.

ANNEXES

SOMMAIRE

- ANNEXE 1 – Tableau synthèse des responsabilités des établissements, des ASSS et du MSSS
- ANNEXE 2 – Figure synthèse de la démarche clinique

ANNEXE 1

TABLEAU SYNTHÈSE DES RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS, DES ASSS ET DU MSSS

RESPONSABILITÉ	Établissement	Agence	Ministère
RECRUTEMENT	Recherche de candidatures.	Désignation des établissements pouvant procéder au recrutement et à l'évaluation.	Détermination des orientations ministérielles et précision des dispositions cliniques, légales et réglementaires.
ÉVALUATION	Appréciation des compétences des postulants.		Détermination des orientations ministérielles et précision des dispositions cliniques, légales et réglementaires.
RECONNAISSANCE	Recommandation de l'établissement à l'agence pour les candidatures retenues.	- Détermination des critères de reconnaissance. - Appréciation de la conformité du candidat avec les critères. - Décision de reconnaître ou non le candidat recommandé par l'établissement. - Émission d'un certificat de reconnaissance. - Révocation de la reconnaissance. - Maintien d'un fichier des ressources reconnues par type de clientèle.	Détermination des orientations ministérielles et élaboration du <i>Guide des responsabilités des agences de la santé et des services sociaux au regard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.</i>
RELATION CONTRACTUELLE	Conclusion d'une entente spécifique ou particulière.	Autorisation de modifier, mettre fin ou empêcher le renouvellement d'une entente spécifique.	- Détermination du cadre de la relation individuelle entre l'établissement et la ressource (cadre de référence). - Négociation de la relation collective avec les associations et les organismes représentatifs (ententes collectives et nationales).

RESPONSABILITÉ	Établissement	Agence	Ministère
ACCÈS AUX SERVICES D'UNE RESSOURCE	■ Détermination des critères d'accès à une ressource. ■ Orientation de l'utilisateur. ■ Jumelage/pairage de l'utilisateur dans une ressource.	■ Détermination des modalités d'accès à une ressource. ■ Désignation des établissements pouvant recourir aux services d'une ressource.	■ Détermination des orientations devant baliser les modalités d'accès aux services d'une ressource. ■ Détermination des critères généraux d'accès aux services d'une ressource.
CLASSIFICATION DES SERVICES	■ Classification des services attendus de la ressource à partir de l'Instrument de détermination et de classification.		■ Instauration du système de classification des services.
SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER	■ Réalisation des activités du suivi professionnel de l'utilisateur. ■ Contrôle de la qualité des services rendus par l'établissement et par la ressource.	■ Veille à la concertation des établissements qui ont recours aux services d'une même ressource.	■ Orientations ministérielles (cadre de référence).

ANNEXE 2

FIGURE SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE CLINIQUE

EXTRAIT DU GUIDE D'UTILISATION DE L'INSTRUMENT SUR LA DÉTERMINATION ET LA CLASSIFICATION DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE - Page 13, figure 1 « Continuum de services »

Figure 1 CONTINUUM DE SERVICES

