

Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial

Cadre de référence

Octobre 2026

ÉDITION

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat – Ressources humaines et affaires gouvernementales en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-04582-8 (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, 2026

LISTE DES COLLABORATRICES ET DES COLLABORATEURS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la publication du présent Cadre de référence.

Nous remercions particulièrement les personnes et les groupes consultés, soit les usagers hébergés, les comités des usagers, le Collectif Ex-Placé DPJ, le Mouvement jeunes et santé mentale, les ressources, l'ensemble des établissements de Santé Québec, par programme-services, les associations et organismes représentatifs des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF), les représentants d'autres ministères, les directions cliniques, les directions Éthique et Qualité ainsi que les chercheurs spécifiques à certains programmes.

Le MSSS tient également à remercier les personnes suivantes qui ont mené les travaux relatifs à la révision du présent Cadre de référence.

Coordination des travaux et direction

- ▲ Clara HENRIQUEZ
Chargée de projet
Direction des programmes Déficiences, Santé Québec Montérégie-Ouest
- ▲ Julie DENIS (mai 2024 à septembre 2025)
Conseillère RI-RTF
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Sandra OUELLET (depuis septembre 2025)
Avocate et négociatrice principale
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Chantal CAMPEAU (mars à décembre 2024)
Directrice
Direction de la réadaptation, milieux de vie jeunesse et justice pénale pour adolescents, MSSS
- ▲ Nathalie BOUILLON (décembre 2024 à mars 2025)
Directrice
Direction des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Karl LÉGÈRE (depuis mars 2025)
Directeur adjoint par intérim
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS

Élaboration, rédaction et révision

- ▲ Clara HENRIQUEZ
Chargée de projet
Direction des programmes Déficiences, Santé Québec Montérégie-Ouest
- ▲ Julie DENIS (mai 2024 à septembre 2025)
Conseillère RI-RTF
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS

- ▲ Sandra OUELLET (depuis septembre 2025)
Avocate et négociatrice principale
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS

Comité de travail ministériel

- ▲ Nathalie ALLARD
Conseillère RI-RTF SAPA
Direction du continuum des services résidentiels et d'hébergement, MSSS
- ▲ Judith ARSENAULT
Conseillère en itinérance
Direction des services sociaux généraux, dépendance, itinérance et milieu carcéral, MSSS
- ▲ Julie GATIEN (depuis juillet 2025)
Agente de planification, de programmation et de recherche, Santé Québec
- ▲ Nadine LACROIX
Conseillère aux programmes
Déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme adulte et jeunesse
Direction des services à l'adulte, MSSS
- ▲ André LAVOIE
Consultant et négociateur
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Geneviève LESSARD
Conseillère en santé mentale
Services sociaux, santé mentale et réadaptation adulte, MSSS
- ▲ Violeta MAHU-POLEACOV
Conseillère aux programmes jeunesse
Services de protection de la jeunesse, de la diversité et des communautés des Premières Nations et Inuit, MSSS
- ▲ Yvena MURABEAU
Conseillère des milieux de vie jeunesse
Direction de la réadaptation, milieux de vie jeunesse et justice pénale pour adolescents, MSSS
- ▲ Mirajeta OMEROVIC
Conseillère aux services sociaux généraux
Direction des services sociaux généraux, dépendance, itinérance et milieu carcéral, MSSS
- ▲ Nancy ROUSSEL (avril à juillet 2025)
Agente de planification, de programmation et de recherche, Santé Québec

Collaboration spéciale

- ▲ Élie CHIHA
Avocat et négociateur principal
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Michel DUREAU
Négociateur
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Félix LAPOINTE
Conseiller aux normes en sécurité incendie
Direction générale de la sécurité incendie et des télécommunications d'urgence,
ministère de la Sécurité publique
- ▲ Sylvie LECLERC
Négociatrice principale
Architecte d'affaires – pilote d'orientation SIRTf
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Chantale PERRON
Négociatrice principale
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Véronique SIMARD
Négociatrice
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS

Mise en page

- ▲ France DÉRY
Agente administrative
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS
- ▲ Karine MILJOURS
Technicienne en administration
Direction adjointe des ressources intermédiaires et de type familial, MSSS

Révision linguistique

- ▲ Les Traducteurs Unis

MOT DU SOUS-MINISTRE

Partout au Québec, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) occupent une place essentielle dans le continuum d'hébergement et dans l'offre de services de soutien et d'assistance du réseau de la santé et des services sociaux.

Partenaires incontournables, elles contribuent à offrir une réponse adaptée aux besoins et aux réalités d'une grande diversité d'usagers : les jeunes en difficulté, les enfants et les adultes vivant avec une déficience intellectuelle ou physique, les personnes devant composer avec un trouble du spectre de l'autisme, un trouble de santé mentale ou une dépendance, ainsi que les adultes et les aînés en perte d'autonomie.

Avec plus de 41 000 places reconnues en 2025-2026 et un taux d'occupation de 96 %, leur apport au réseau de la santé et des services sociaux est considérable. Derrière ces chiffres se trouvent surtout des personnes engagées qui, chaque jour, contribuent à offrir des milieux de vie accueillants, sécuritaires et respectueux.

Aujourd'hui, nous sommes fiers de présenter un cadre de référence renouvelé, qui établit des assises communes et actualisées afin de permettre à Santé Québec et aux établissements publics de gérer et d'encadrer les RI-RTF, ainsi que d'en soutenir le développement, de manière cohérente et harmonisée. Les orientations ministérielles qu'il contient contribueront à faire évoluer les pratiques et à renforcer la cohérence de nos actions, dans le respect des rôles et des responsabilités établis par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux.

Ce cadre renouvelé nous offre une occasion privilégiée de réaffirmer avec conviction notre engagement collectif envers la qualité des services offerts aux personnes qui vivent dans une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial. Enfants, jeunes, adultes ou aînés, toutes ces personnes doivent pouvoir compter sur un milieu de vie adapté à leurs besoins.

Il nous appartient collectivement de faire vivre ces orientations et de veiller à ce qu'elles se traduisent concrètement dans les pratiques, au bénéfice des personnes hébergées et de leurs proches.

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué aux travaux de révision de ce cadre de référence. Elles sont nombreuses, et leur expertise ainsi que leur rigueur ont permis d'enrichir la réflexion et de renforcer les orientations qui y sont présentées.

Je souhaite également remercier toutes celles et tous ceux qui, au quotidien, assurent la qualité des services offerts au sein des RI-RTF. Par leur collaboration et leur engagement, ils contribuent à faire évoluer ce modèle essentiel et à offrir aux personnes hébergées des milieux de vie qui répondent à leurs besoins, dans le respect de leurs droits, de leur dignité et de leur autonomie.

Daniel Paré
Sous-ministre

MOT DE LA SOUS-MINISTRE ADJOINTE

C'est avec fierté que nous présentons cette nouvelle édition du Cadre de référence – Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, qui s'inscrit dans un contexte d'évolution importante du réseau de la santé et des services sociaux.

Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial jouent un rôle clé dans l'offre de services. Pour de nombreux enfants, jeunes, adultes et aînés, elles représentent bien plus qu'un lieu d'hébergement : elles constituent un véritable milieu de vie, un espace de stabilité, de soutien et d'accompagnement au quotidien.

Cette révision actualise les orientations ministérielles à la lumière du nouveau contexte de gouvernance et vise à soutenir Santé Québec et les établissements publics dans l'exercice de leurs responsabilités. Elle permet également de réaffirmer l'importance d'une vision commune, d'une gestion cohérente et de pratiques centrées sur les besoins des personnes hébergées ainsi que sur la qualité des services qui leur sont offerts.

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué aux travaux ayant mené à cette édition de 2026. La richesse des échanges, la qualité des réflexions et la contribution soutenue des personnes impliquées ont permis de réaliser un cadre de référence ancré dans les réalités actuelles du réseau.

J'invite l'ensemble des acteurs concernés à s'approprier ce cadre de référence et à en faire un véritable levier d'action pour soutenir des milieux de vie sécuritaires, bienveillants et adaptés, où les personnes hébergées peuvent recevoir des services de qualité qui répondent à leurs besoins, à leur condition et à leur projet de vie.

Caroline de Pokomandy-Morin

Sous-ministre adjointe

Ressources humaines et affaires gouvernementales

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES	3
1.1 SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	3
1.2 SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	4
1.3 RETRAIT DES RIMA DU CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF	5
2 PRÉSENTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE	7
2.1 PORTÉE DU CADRE DE RÉFÉRENCE.....	7
2.1.1 Lexique de base des termes utilisés.....	7
2.1.2 Limites du Cadre de référence	8
2.2 ASSISES DU CADRE DE RÉFÉRENCE	8
2.3 ORIENTATIONS ET PRINCIPES DIRECTEURS DU CADRE DE RÉFÉRENCE	9
2.4 OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE.....	13
3 RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL.....	15
3.1 RESSOURCES ET LEURS COMPOSANTES.....	15
3.2 TYPES DE RESSOURCES	16
3.3 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	16
3.4 TYPES D'ORGANISATIONS RÉSIDENTIELLES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	16
3.5 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	17
3.6 LIMITATIONS D'EXERCICE EN RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	19
3.7 RÉGIME DE REPRÉSENTATION DES RESSOURCES VISÉES	20
3.7.1 Ressources non représentées.....	21
3.8 RÉGIME DE REPRÉSENTATION DES RESSOURCES NON VISÉES OU DITES HORS RÉGIME	21
3.9 REPRÉSENTATION ASSOCIATIVE DES RESSOURCES HORS TERRITOIRE	21
4 DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION D'UN POSTULANT.....	24
4.1 VISION GLOBALE DE LA DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION	24
4.2 PROMOTION	26
4.3 RECRUTEMENT	27

4.3.1	Contexte du recrutement des ressources visées par la LRR	29
4.3.2	Contexte du recrutement des ressources non visées par la LRR	30
4.4	ÉVALUATION.....	32
4.4.1	Dimensions d'évaluation de l'établissement	34
4.5	DÉCISION DE CONCLURE UNE ENTENTE.....	40
4.6	CONCLUSION D'UNE ENTENTE	40
4.6.1	Entente spécifique (ressources visées par la LRR)	40
4.6.2	Entente particulière (ressources non visées par la LRR)	41
4.7	MODIFICATION D'UNE COMPOSANTE DE LA RESSOURCE OU D'UNE ENTENTE	41
4.8	FICHER DES RESSOURCES	42
5	RELATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE.....	44
5.1	RELATION INDIVIDUELLE ET RELATION COLLECTIVE	44
5.1.1	Relation individuelle	45
5.1.2	Relation collective	45
5.2	ÉTABLIR LA RELATION INDIVIDUELLE	46
5.3	MÉCANISMES DE COMMUNICATION ET DE CONCERTATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE	46
6	CRITÈRES GÉNÉRAUX DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE	49
6.1	VÉRIFICATION DE LA CONFORMITÉ AUX CRITÈRES GÉNÉRAUX DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE.....	49
6.1.1	Balises de vérification.....	50
6.1.2	Fréquence de vérification	50
6.1.3	Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant	50
6.1.4	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité auprès d'une ressource	50
6.2	CRITÈRES GÉNÉRAUX DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE	51
6.2.1	Critères liés à la personne responsable (1 à 8)	51
6.2.2	Critères liés au milieu de vie (9 à 12)	82
6.2.3	Critères liés au projet (13 à 15)	98
6.3	CLAUSES DÉROGATOIRES	103
7	SERVICES ATTENDUS DE LA PART D'UNE RESSOURCE.....	105
7.1	SERVICES DEVANT ÊTRE OFFERTS PAR UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE OU UNE RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL.....	105

7.1.1 Milieu de vie	105
7.1.2 Services de soutien ou d'assistance.....	105
7.1.3 Services de soutien ou d'assistance communs	106
7.1.4 Services de soutien ou d'assistance particuliers.....	108
7.1.5 Absence temporaire d'un usager confié à une ressource	109
7.1.6 Activités pouvant être exercées par une RI ou une RTF selon la Règle de soins nationale	110
7.2 ABSENCE TEMPORAIRE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA RESSOURCE	111
7.3 DÉCLARATION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS.....	111
7.4 PROTECTIONS ET DROIT DE POURSUIVRE	112
7.5 RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES.....	112
7.6 RECOURS AU PROTECTEUR DES USAGERS	112
7.7 LOI VISANT À LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ÂÎNÉS ET TOUTE AUTRE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ.....	113
7.7.1 Obligation de signaler dans certaines situations de maltraitance	113
7.8 LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	114
7.8.1 Obligation de signaler pour la protection des enfants	114
7.9 LEGS ET DONATION.....	115
7.10 CODE D'ÉTHIQUE	115
7.10.1 Pour la ressource intermédiaire	115
7.10.2 Pour la ressource de type familial	116
7.11 DOSSIER DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE	116
7.11.1 Constitution, contenu et tenue	116
7.11.2 Consultation.....	117
7.11.3 Fermeture	117
7.12 DOSSIER DE LA RESSOURCE DANS L'ÉTABLISSEMENT	117
7.12.1 Constitution et tenue	118
7.12.2 Contenu	118
7.12.3 Consultation.....	119
7.12.4 Droit de rectification	119
7.12.5 Fermeture et conservation	119
7.13 CESSATION DE LA PRESTATION DE SERVICES DE LA RESSOURCE	119
8 LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBEC.....	121

8.1	MODALITÉS, MÉCANISMES ET CRITÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES D'UNE RESSOURCE.....	121
8.1.1	Modalités d'accès.....	121
8.1.2	Mécanismes et critères d'accès	121
8.1.3	Profil de l'utilisateur à l'accueil.....	122
8.1.4	Caractéristiques du profil de l'utilisateur à l'accueil.....	122
8.1.5	Responsabilités structurantes	123
8.2	TYPES ET DURÉE DU PLACEMENT D'UN USAGER DANS UNE RESSOURCE ...	123
8.2.1	Placement urgent.....	123
8.3	CONSENTEMENT AUX SOINS ET AUX SERVICES.....	124
8.4	DOSSIER DE L'USAGER DANS L'ÉTABLISSEMENT	125
8.5	APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE.....	125
8.6	SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER CONFIE À UNE RESSOURCE	126
8.6.1	Vision globale.....	126
8.6.2	Usage expliqué de certains termes de cette section.....	127
8.6.3	Conditions de réussite des activités du suivi professionnel de l'utilisateur	127
8.7	ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER	130
8.7.1	Évaluation ou révision des besoins de l'utilisateur (activité n° 1).....	131
8.7.2	Élaboration ou révision du PI ou du PSI de l'utilisateur (activité n° 2)	131
8.7.3	Orientation de l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle adéquats (activité n° 3).....	133
8.7.4	Jumelage et pairage de l'utilisateur dans la ressource (activité n° 4)	135
8.7.5	Intégration de l'utilisateur dans la ressource (activité n° 5)	142
8.7.6	Détermination, dans l'IDC de l'utilisateur, des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui fournir (activité n° 6).....	143
8.7.7	Précision, dans l'IDC de l'utilisateur, s'il y a lieu, des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui fournir (activité n° 7).....	144
8.7.8	Mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur (activité n° 8).....	145
8.7.9	Départ de l'utilisateur de la ressource (activité n° 9)	145
8.7.10	Application du processus d'évaluation de la qualité (activité n° 10).....	147
9	SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL.....	156
9.1	CONTEXTE.....	156
9.2	UTILISATION DU SIRTf	156
9.3	UTILISATEURS DU SIRTf.....	158

CONCLUSION	159
ANNEXE 1 - MÉTHODOLOGIE ET CONCEPTION DU PROJET DE RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF	160
ANNEXE 2 - PRÉSENTATION DES ASSISES DU CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF ÉNONCÉES À LA FIGURE 1.....	161
ANNEXE 3 - CANEVAS DE L'OFFRE DE SERVICES DU POSTULANT	165
ANNEXE 4 - SCHÉMA DES PRINCIPALES COMPOSANTES D'UN DOSSIER D'APPEL D'OFFRES DANS LE CAS D'UN POSTULANT VISÉ PAR LA LCOP.....	166
ANNEXE 5 - ÉLÉMENTS POUVANT CONSTITUER LE DOSSIER DE LA RESSOURCE.....	167
ANNEXE 6 - RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT, DU POSTULANT ET DE LA RESSOURCE EN LIEN AVEC LE CRITÈRE 4 DÉTERMINÉ PAR LE MINISTRE...	171
BIBLIOGRAPHIE.....	187

LISTE DES ACRONYMES

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
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CQA	Conseil québécois d'agrément
DGSA	Direction générale des services à l'adulte
DGSJH	Direction générale des services à la jeunesse et hébergement
FA	Famille d'accueil
FAP	Famille d'accueil de proximité
LCOP	Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1)
LNT	Loi sur les normes du travail (RLRQ, chapitre N-1.1)
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1)
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 (RLRQ, chapitre R-24.0.2)
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, chapitre 1)
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre G-1.021)
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (RLRQ, chapitre S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisés
RA	Résidence d'accueil

RI	Ressource intermédiaire
RIMA	Ressource intermédiaire maison d'accueil
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services
SEAO	Système électronique d'appel d'offres
SIRTF	Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial
TAT	Tribunal administratif du travail

LISTE DES FIGURES

- Figure 1. Les assises du présent Cadre de référence
- Figure 2. Les trois composantes d'une ressource
- Figure 3. Les types d'organisations résidentielles
- Figure 4. Caractéristiques du projet de RTF
- Figure 5. Les RTF avec limitations d'exercice
- Figure 6. Résumé des responsabilités de Santé Québec, des établissements de Santé Québec et des postulants en lien avec la démarche de recrutement et d'évaluation
- Figure 7. Synthèse des étapes de la démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant
- Figure 8. Plan de recrutement
- Figure 9. Évaluation d'un postulant : critères et dimensions
- Figure 10. Dimensions d'évaluation de l'établissement
- Figure 11. Dimensions d'évaluation de l'établissement relatives au postulant
- Figure 12. Schématisation des étapes essentielles du processus de jumelage et de pairage de l'utilisateur avec une ressource

INTRODUCTION

Initialement publiées en 2014 et révisées pour la première fois en 2016, les orientations ministérielles constitutives du Cadre de référence requièrent une nouvelle mise à jour afin de considérer, notamment, les effets de l'évolution législative, administrative ainsi que des pratiques cliniques et professionnelles des dernières années sur les services d'hébergement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

La présente révision s'inscrit à la fois dans la continuité et dans une visée de simplification de certains concepts en vue de poursuivre et de faciliter son appropriation par le RSSS. Le Cadre de référence RI-RTF constitue, depuis 2014 et encore maintenant, l'élément central permettant d'orienter l'organisation, la gestion et la prestation de services en RI-RTF. Il s'adresse principalement à Santé Québec et à ses établissements publics concernés par les ressources intermédiaires ou les ressources de type familial ainsi que par les usagers confiés à ces ressources.

Des changements significatifs sont survenus depuis 2016, tant dans les sphères individuelle, collective que législative. La présente version du Cadre de référence propose de revisiter entre autres, les composantes qui suivent :

- les principes directeurs;
- les orientations ministérielles applicables à l'ensemble des programmes-services;
- les lignes directrices spécifiques à certains programmes-services, lorsqu'applicables;
- les critères généraux déterminés par le ministre;
- l'évaluation de la qualité des services offerts par la ressource et par les établissements.

Des ententes collectives et nationales conclues entre le gouvernement du Québec et les associations et organismes représentatifs des ressources font partie de l'environnement de ces dernières. 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 conditions d'exercice des ressources et les modalités de leur rétribution, en plus d'établir des mécanismes de règlement des difficultés qui pourraient survenir au cours de la relation d'affaires des parties.

Le Cadre de référence RI-RTF adopte une approche et une vision prônant l'accessibilité à des milieux d'hébergement capables de s'adapter aux besoins évolutifs — et parfois complexes — de l'utilisateur. À cette fin, les établissements et les RI-RTF doivent, à titre de partenaires, collaborer de bonne foi pour permettre aux usagers, qu'ils soient des enfants, des adolescents, des adultes ou des aînés, d'évoluer dans un milieu de vie accueillant et sécuritaire au sein duquel ils reçoivent des services de qualité.

APERÇU DE LA PREMIÈRE SECTION

AU PROGRAMME :

SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES

SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

RETRAIT DES RIMA DU CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF

1 SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES

1.1 SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

Les ressources de type familial (ci-après « RTF ») trouvent leurs racines dans l'histoire des communautés religieuses au Québec. Ce n'est qu'en 1921, par l'adoption de la Loi de l'assistance publique de Québec¹, qu'est accordé 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 est alors effectué par des agences de service social.

Le maintien de l'usager dans son milieu familial ou dans un milieu de vie s'en rapprochant le plus possible et la désinstitutionalisation sont des principes d'intervention reconnus visant non seulement l'intégration de l'usager dans la communauté, mais également la valorisation de sa participation sociale.

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 ressource repose sur son caractère familial, c'est-à-dire qu'on y trouve les principaux attributs de la famille québécoise d'alors.

Au cours de l'année 1979, une philosophie de placement pour de courtes périodes se développe pour l'enfance. En effet, l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection de la jeunesse² (ci-après la « 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 quand la sécurité et le développement de celui-ci ne sont plus compromis.

L'actualisation en 1991 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (ci-après la « LSSSS ») introduit, pour la première fois, l'appellation de ressources de type familial qui comporte deux entités distinctes, soit les familles d'accueil pour les 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.

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

En 2003, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux³ communément appelée la « Loi 7 ». Cette loi avait pour objet de préciser qu'une personne reconnue à titre de ressource intermédiaire ou de ressource 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 salariées au sens du Code du travail et des lois régissant certains

¹ S.Q. 1921, c. 79.

² L.Q. 1977, c. 20.

³ L.Q. 2003, c. 12.

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.

En 2008, à la suite de la contestation de certains syndicats, la Cour supérieure déclarait la Loi 7 inconstitutionnelle, invalide et inopérante⁴. La Cour supérieure appuyait sa décision sur deux volets : l'atteinte au droit d'association, protégé par les Chartes des droits et, surtout, la discrimination systémique à l'égard du travail effectué par les femmes dans le domaine des soins, le « *care* ». Par cette décision, le tribunal a ouvert la voie à la reconnaissance d'un régime de négociation collective pour les RI-RTF.

1.2 SURVOL HISTORIQUE DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

L'appellation « ressource intermédiaire » (ci-après « RI ») est un terme générique utilisé depuis trois décennies pour désigner des ressources de différentes natures et dont la croissance a été particulièrement marquée au cours des années 1980. Cependant, la LSSSS ne reconnaissait ni ne définissait ce type de ressource avant 1991⁵.

En décembre 1990, le dépôt du Livre blanc sur la santé et les services sociaux, intitulé « *Une réforme axée sur le citoyen* », est venu confirmer l'importance de ce réseau de ressources. Le Livre blanc affirmait, cependant, qu'une série de correctifs devait être apportée relativement à leur développement, leur fonctionnement et leur financement.

En 1992, des modifications législatives sont apportées à la LSSSS⁶; celles-ci ont introduit l'encadrement légal au sein duquel ces ressources doivent se développer et être utilisées.

En 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. Ces ressources devaient d'ailleurs héberger une clientèle nécessitant davantage de soutien et d'encadrement que celle confiée aux RTF.

Le 12 juin 2009, le législateur 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 concernant⁷ (ci-après la « LRR »), laquelle introduit des changements fort structurants. En effet, 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 et 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. Dans cette perspective, la loi énonce les modalités suivant lesquelles le ministre et les associations reconnues doivent entreprendre la négociation d'une entente ainsi que les éléments que cette dernière peut contenir.

Plus récemment, l'Assemblée nationale du Québec a adopté, en décembre 2023, la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux⁸ (ci-après la « LGSSSS »).

⁴ *Confédération des syndicats nationaux c. Québec* [Procureur général], 2008 QCCS 5076.

⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q. 1991, c. 42), art. 301 et suivants.

⁶ Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q. 1992, c. 21).

⁷ RLRQ, c. R-24.0.2.

⁸ RLRQ, c. G-1.021.

Cette loi modifie la gouvernance du système de santé et de services sociaux en séparant les fonctions stratégiques et les fonctions opérationnelles, confiées respectivement au MSSS et à la nouvelle société d'État, Santé Québec. Les objectifs sont notamment de faciliter l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, de renforcer la coordination des différentes composantes du système et de rapprocher des communautés, les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services.

1.3 RETRAIT DES RIMA DU CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF

Le Cadre de référence RI-RTF de 2016⁹ a introduit une distinction entre la RI Maison d'accueil (RIMA) et la RTF, tout en précisant que ce type d'organisation résidentielle présente les mêmes particularités administratives et vise l'offre des mêmes services que la RTF. À cette époque, il était précisé que la RIMA devait être utilisée uniquement en cas d'urgence. Dans le cadre du présent exercice de révision, la RIMA a été retirée du Cadre de référence. Toutefois, les ressources actives ayant le statut de RIMA inscrites au Système d'information sur les ressources de type familial et les ressources intermédiaires (SIRTF) pourront conserver cette appellation, sous réserve de respecter les mêmes conditions qu'une RTF. Il n'y aura cependant plus d'ententes spécifiques qui interviendront entre Santé Québec ou un de ses établissements et une ressource à ce titre.

⁹ À la p. 47.

APERÇU DE LA DEUXIÈME SECTION



AU PROGRAMME :

PRÉSENTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

PORTÉE DU CADRE DE RÉFÉRENCE

ASSISES DU CADRE DE RÉFÉRENCE

**ORIENTATIONS ET PRINCIPES DIRECTEURS DU CADRE DE
RÉFÉRENCE**

OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

2 PRÉSENTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

2.1 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 guide de pratiques cliniques et professionnelles.

Il concerne toutes les clientèles, toutes les ressources intermédiaires et les ressources de type familial et tous les types d'organisations résidentielles. Il s'applique à toutes les ressources, qu'elles soient visées ou non par la LRR¹⁰.

Enfin, le Cadre de référence institue les orientations ministérielles et repose sur des pratiques reconnues et, à ce titre, il constitue les règles de l'art de ce qui s'applique déjà relativement à l'organisation, la gestion et la prestation de services de qualité de même qu'aux activités entourant les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

2.1.1 Lexique de base des termes utilisés

2.1.1.1 Usager et personne hébergée

À chaque fois que l'on emploie le terme « usager » dans le présent Cadre de référence, on réfère au sens que lui donne la LGSSSS et le lecteur doit comprendre qu'on y inclut généralement sa famille, ses proches et toutes les personnes qui l'entourent et qui peuvent l'aider à s'épanouir. Son tuteur, le cas échéant, est aussi concerné, sauf lorsque le contexte ne le requiert pas.

Par les termes « personne hébergée », le lecteur doit saisir que cette appellation désigne un usager dont le milieu de vie est une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial.

Lorsque l'usager ou la personne hébergée est d'âge mineur, ces termes désignent également le jeune ou l'enfant.

2.1.1.2 Postulant

Le terme « postulant » réfère, dans le cadre d'une démarche de recrutement d'un établissement, à toute personne¹¹ qui lui présente sa candidature à titre de RI ou de RTF.

2.1.1.3 Ressource

Le terme « ressource » représente les trois composantes constitutives d'une ressource ayant conclu une entente spécifique ou particulière avec Santé Québec, soit la personne responsable de la ressource, le milieu de vie et le projet.

2.1.1.4 Ressource visée et ressource non visée par la LRR

Dans l'environnement des RI-RTF, les expressions « ressource visée et ressource non visée » sont fréquemment utilisées, d'où l'intérêt de préciser ce à quoi elles réfèrent.

Une ressource visée est une ressource à laquelle s'applique la LRR parce qu'elle satisfait aux critères de l'article 1 de cette loi. À l'inverse, on qualifie une ressource de non visée lorsqu'elle ne satisfait pas auxdits critères.

Critères de l'article 1 : pour être visée par la LRR, une ressource doit être :

- une RTF au sens de la LGSSSS ou de la LSSSS pour les Inuit et les Naskapis;

¹⁰ Les notions de « ressource visée et ressource non visée par la LRR » sont précisées au point 2.1.1.4.

¹¹ Selon le cas, il peut s'agir d'une personne physique, morale ou d'une société de personnes.

- une personne physique responsable d'une RI au sens de l'une ou l'autre de ces lois mais à la condition qu'elle satisfasse à toutes les exigences suivantes :
 - 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'usager, elle maintient son lieu principal de résidence pour être utilisé comme résidence de telles personnes.

Ainsi, une RTF et une RI au sens de l'une ou l'autre des lois susdites sont nécessairement visées par la LRR si elles répondent aux exigences de l'article 1.

À défaut, elles sont des ressources non visées, c'est-à-dire non assujetties à la LRR. Dans la presque totalité des cas, les RI se retrouvent dans cette catégorie.

2.1.1.5 Santé Québec et établissement

Dans le présent Cadre de référence, lorsque les mots « Santé Québec » sont employés, il est question de la société d'État instituée en vertu de l'article 23 de la LGSSSS et dont la mission première est d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires du Québec¹².

Lorsque le terme « établissement » est employé, il s'agit d'un établissement public de Santé Québec¹³, à moins qu'il soit qualifié autrement. En ce sens, Santé Québec constitue le siège social des établissements du RSSS.

2.1.2 Limites du Cadre de référence

Le Cadre de référence ne traite ni des modalités d'intervention ni de l'organisation des services relevant de l'autonomie de gestion des établissements. Il définit plutôt, à l'intention de Santé Québec et de ses établissements, des orientations propres au secteur des RI et des RTF visant à soutenir leurs activités, à favoriser l'harmonisation des pratiques et à améliorer le continuum d'hébergement du RSSS québécois.

2.2 ASSISES DU CADRE DE RÉFÉRENCE

La présente révision du Cadre de référence a conservé les assises légales, conceptuelles, administratives et contractuelles énoncées dans la précédente version de 2016, tout en considérant quelques assises cliniques. Une présentation plus détaillée se retrouve à l'Annexe 2.

¹² Art. 26, al. 1 LGSSSS.

¹³ *Ibid*, art. 42.

Figure 1. Les assises du présent Cadre de référence

ASSISES LÉGALES

- Lois et règlements

ASSISES CONCEPTUELLES

- Méthodologies

ASSISES ADMINISTRATIVES

- Référentiels, structures, mécanismes et responsabilités

ASSISES CLINIQUES

- Fondements professionnels en vue de soutenir les interventions cliniques

ASSISES CONTRACTUELLES

- Ententes collectives et nationales
- Ententes spécifiques et particulières

2.3 ORIENTATIONS ET PRINCIPES DIRECTEURS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans sa recherche d'une réponse adéquate et de qualité à l'ensemble des besoins et à la situation actuelle de l'utilisateur, l'établissement place ce dernier au centre de ses réflexions et de ses préoccupations.

L'établissement a notamment la responsabilité d'évaluer les besoins de l'utilisateur, de déterminer l'ensemble des services que nécessite sa condition et de l'orienter vers un milieu de vie approprié, conformément à la LGSSSS et aux autres lois applicables. Par ailleurs, l'établissement sollicite la participation et la collaboration de l'utilisateur aux différentes étapes de ces démarches.

La ressource doit donc fournir un milieu de vie à l'utilisateur qui lui est confié par l'établissement, lequel milieu de vie deviendra le « chez-soi » de l'utilisateur. Elle doit également lui offrir des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers requis par sa condition, conformément à la LGSSSS et au Règlement sur la classification¹⁴.

Les orientations du présent Cadre de référence donnent la direction; elles indiquent globalement les objectifs à atteindre alors que les principes directeurs ont pour but de guider l'établissement, plus concrètement, afin de s'assurer que l'ensemble des services offerts 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.

¹⁴ 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).

Enfin, dans l'actualisation des orientations et des principes directeurs du présent Cadre de référence, les actions quotidiennes que déploie l'établissement doivent, non seulement s'inscrire dans des pratiques reconnues et dans une démarche intégrée d'amélioration continue de la qualité, mais également – et surtout – constituer une réponse adéquate aux besoins diversifiés, et parfois complexes, des usagers.

ORIENTATION 1

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

L'organisation des services permet à l'utilisateur d'accéder à la ressource intermédiaire ou à la ressource de type familial la plus adéquate, compte tenu de ses besoins.

PRINCIPE DIRECTEUR

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

ORIENTATION 2

S'assurer de la qualité des services rendus

L'utilisateur a le droit de recevoir des services de qualité, soit des services adéquats, personnalisés et continus sur les plans à la fois scientifique, humain et social.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ L'engagement de l'établissement et de la ressource à respecter les droits et le projet de vie de l'utilisateur ainsi qu'à valoriser ses choix et à agir avec prudence et diligence à l'égard de son bien-être, son intégrité et sa dignité.
- ▲ L'engagement de l'établissement à s'assurer de la qualité des services qui sont effectivement rendus à l'utilisateur.
- ▲ L'imputabilité de l'établissement et de la ressource à l'égard de la qualité de l'ensemble des services rendus à l'utilisateur.
- ▲ L'engagement et l'imputabilité de l'établissement lorsqu'il s'agit de poser les actions nécessaires pour actualiser les activités du suivi professionnel auprès de l'utilisateur.
- ▲ L'engagement et 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 offerts à l'utilisateur.

ORIENTATION 3

Assurer la sécurité des usagers dans le milieu de vie

La sécurité physique, psychologique, affective, sexuelle et financière des usagers est assurée en tout temps.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ Le respect des orientations ministérielles et des critères généraux déterminés par le ministre.
- ▲ Le respect des lois et règlements en vigueur, notamment la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (RLRQ, chapitre L-6.3) ainsi que la LPJ et la LGSSSS.
- ▲ La mise en place de mécanismes de prévention, de suivi et de protection afin que soit assurée la sécurité des services qui sont offerts aux usagers et ainsi, prévenir les incidents et accidents évitables.

ORIENTATION 4

Assurer la stabilité de l'usager dans son milieu de vie ainsi que la continuité des services qui lui sont offerts

L'organisation des services et leur continuité visent à assurer à l'usager une stabilité dans son milieu de vie, tout en permettant l'adaptation des services à l'évolution de ses besoins.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ Le maintien et la stabilité de l'usager dans son milieu de vie, tout en considérant l'évolution de ses besoins et de son projet de vie ainsi que des risques qui y sont liés.
- ▲ L'adaptabilité des services en réponse à ses besoins évolutifs.
- ▲ La continuité et la complémentarité des interventions et des services fournis à la personne hébergée 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.).
- ▲ La création de relations significatives entre l'usager et le personnel de l'établissement.

ORIENTATION 5

Promouvoir entre l'établissement et la ressource intermédiaire ou la ressource de type familial des relations fondées sur la bonne foi, le respect, la transparence et la confiance mutuelle

L'établissement et la ressource, à titre de partenaires respectueux de leurs rôles et leurs responsabilités respectifs et mutuellement engagés à l'égard du bien-être de l'utilisateur, établissent une relation basée sur la confiance, ce qui contribue à mieux répondre aux besoins de l'utilisateur.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ La reconnaissance du bien-être de la personne hébergée comme étant au cœur de la relation entre l'établissement et la ressource.
- ▲ Le respect des engagements de l'établissement et de la ressource.
- ▲ La collaboration de l'établissement et de la ressource dans l'exercice de leurs rôles et leurs responsabilités.
- ▲ Le leadership déployé en vue de développer et d'entretenir des relations durables entre les partenaires, ce qui leur permet de se concerter et d'établir des consensus centrés sur le bien-être de l'utilisateur.

ORIENTATION 6

Favoriser l'intégration, la participation sociale et la réadaptation de l'utilisateur

L'une des finalités de l'orientation de l'utilisateur vers une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial vise l'intégration et la participation sociale de celui-ci, en plus de sa réadaptation, le cas échéant.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ La reconnaissance de la primauté de la personne et de ses besoins et une réponse individualisée aux besoins de chacune d'elles.
- ▲ Le soutien à l'utilisateur dans la réalisation de son projet de vie et de son potentiel.
- ▲ Le soutien à la participation sociale de l'utilisateur et à l'exercice de ses rôles sociaux, notamment de sa citoyenneté, et la valorisation de ces aspects.
- ▲ La reconnaissance de la contribution de la ressource agissant à titre de partenaire du réseau local et du réseau territorial de services de santé et de services sociaux qui offre un milieu de vie se rapprochant le plus possible d'un chez-soi et adapté au projet de vie de l'utilisateur.
- ▲ La reconnaissance de la contribution de la ressource à l'égard de l'intégration, de la participation sociale, du rétablissement ainsi que de la réadaptation de l'utilisateur, le cas échéant.

ORIENTATION 7

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

L'organisation des services vise à prévenir les situations indésirables, à améliorer continuellement la qualité des services et à répondre de façon efficace et efficiente aux besoins de tout usager.

L'organisation des services assure une fluidité efficace dans les communications avec la ressource et les processus décisionnels la concernant.

PRINCIPES DIRECTEURS

- ▲ L'organisation des services s'effectue conformément aux orientations ministérielles et aux balises définies dans le présent Cadre de référence.
- ▲ La flexibilité de l'organisation des services permet aux ressources existantes de s'ajuster aux besoins évolutifs des personnes hébergées.
- ▲ L'offre de service de formation et de soutien en continu à l'intention des intervenants et des ressources.
- ▲ Le maintien d'une culture de prévention et d'une gestion intégrée de la qualité dans l'organisation des services.
- ▲ Le développement de pratiques innovantes et le partage de ces pratiques avec les différents partenaires du RSSS.
- ▲ L'optimisation des ressources humaines, matérielles et financières tout en respectant les droits des usagers.

2.4 OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

- Énoncer les orientations, les principes directeurs et les fondements en vue de guider Santé Québec et ses établissements dans l'organisation, la gestion et la prestation des services offerts par les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.
- Favoriser l'harmonisation de l'organisation, la gestion et la prestation de services de qualité de même que des activités entourant les ressources intermédiaires et de type familial, tout en respectant les particularités régionales, les cultures et les besoins spécifiques des clientèles variées.
- Réaffirmer le caractère partenarial de la relation entre l'établissement et la ressource intermédiaire ou la ressource de type familial, fondée sur la bonne foi, la confiance mutuelle, la collaboration et la poursuite d'un objectif commun : le bien-être de l'usager, conformément aux orientations du présent Cadre de référence.
- Préciser les rôles et les responsabilités des établissements, des ressources intermédiaires et des ressources de type familial ainsi que les attentes respectives à l'égard de ces rôles et responsabilités.
- Fournir à Santé Québec et à ses établissements des balises visant à assurer le recrutement, le développement et la rétention de ressources intermédiaires et de ressources de type familial aptes à répondre aux besoins diversifiés et évolutifs des personnes hébergées.

APERÇU DE LA TROISIÈME SECTION



AU PROGRAMME :

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

RESSOURCES ET LEURS COMPOSANTES

TYPES DE RESSOURCES

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

TYPES D'ORGANISATIONS RÉSIDENTIELLES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

LIMITATIONS D'EXERCICE EN RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

RÉGIME DE REPRÉSENTATION DES RESSOURCES VISÉES

RÉGIME DE REPRÉSENTATION DES RESSOURCES NON VISÉES OU DITES HORS RÉGIME

REPRÉSENTATION ASSOCIATIVE DES RESSOURCES HORS TERRITOIRE

3 RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

3.1 RESSOURCES ET LEURS COMPOSANTES

Les RI et les RTF (ci-après « ressources ») sont des milieux de vie substituts ou complémentaires au milieu de vie naturel. Elles occupent une place essentielle au sein du continuum d'hébergement du réseau de la santé et des services sociaux. Par une réponse individualisée aux besoins diversifiés et évolutifs des usagers, elles contribuent à favoriser et à maintenir leur intégration, leur participation sociale, leur rétablissement au cœur de la communauté ainsi que leur réadaptation, lorsque cela est indiqué.

Les ressources deviennent le milieu de vie de ces personnes et s'assurent de respecter le projet de vie de chacune d'elles. Les offres de services des établissements et des ressources doivent être coordonnées dans un esprit de complémentarité et, pour être optimales, elles exigent une véritable collaboration entre ces partenaires.

La LGSSSS définit les RI et les RTF et détermine leurs principales caractéristiques. D'autres documents administratifs et contractuels, comme les ententes collectives et nationales, complètent l'environnement dans lequel évoluent les RI et les RTF, notamment en ce qui concerne leurs droits et leurs obligations.

Généralement, la compréhension dans le langage commun veut que la ressource soit souvent associée à la personne qui en est responsable. Dans la LGSSSS et le présent Cadre de référence, la notion de « ressource » se définit comme un tout formé de trois composantes.

Figure 2. Les trois composantes d'une ressource

1. La personne responsable	Il peut s'agir d'une personne physique, d'une personne morale ou d'une société de personnes; dans ce dernier cas, on réfère par exemple à des sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.
2. Le milieu de vie	Il peut s'agir du lieu principal de résidence de la personne responsable ou d'un lieu physique distinct.
3. Le projet	Il s'agit du type de ressource, du type d'organisation résidentielle ainsi que du type d'usager proposés par l'offre de services de la personne responsable.

Un postulant doit, pour acquérir le statut de ressource intermédiaire ou de ressource de type familial au sens de la LGSSSS, avoir conclu une entente spécifique ou une entente particulière avec Santé Québec. La conclusion d'une telle entente est une condition essentielle pour qu'une ressource puisse s'identifier et agir à ce titre.

Par le biais de l'une ou l'autre de ses composantes, la ressource est susceptible d'évoluer dans le temps. Cette évolution permet d'assurer, lorsque possible, la stabilité de l'usager dans son milieu de vie et son accès au type de ressource approprié en fonction de ses besoins.

3.2 TYPES DE RESSOURCES

La LGSSSS identifie deux types de ressources destinées à accueillir des usagers enfants et adultes : chaque type de ressource présente des caractéristiques distinctes, dispose de droits et d'obligations qui, bien que similaires, peuvent parfois être différents.

1. Les ressources intermédiaires

2. Les ressources de type familial

qui se déclinent en familles d'accueil pour les jeunes et les enfants et en résidences d'accueil pour les adultes, incluant les personnes âgées.

3.3 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

La LGSSSS édicte, à l'article 538, ce qu'est une ressource intermédiaire :

« Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome, par une personne morale ou par une société de personnes ayant conclu une entente avec Santé Québec pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services de l'un de ses établissements en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur fournissant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. »

Cette ressource pourra être exploitée par une personne physique, par une personne morale ou une société de personnes au sens du Code civil du Québec¹⁵ (société en nom collectif, société en commandite ou société en participation)¹⁶.

Le milieu de vie offert est un milieu de vie qui doit être adapté aux besoins de l'utilisateur et, 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 correspond à la définition prévue à l'article 538 de la LGSSSS et s'inscrit dans l'un des types d'organisations résidentielles énoncés ci-dessous et dont il doit respecter les caractéristiques.

3.4 TYPES D'ORGANISATIONS RÉSIDENTIELLES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Différents types d'organisations résidentielles viennent compléter l'identité d'une RI selon les particularités administratives qu'ils présentent de même que selon les services de soutien ou d'assistance offerts.

¹⁵ Art. 2186 C.c.Q.

¹⁶ *Ibid*, art. 2188.

Figure 3. Les types d'organisations résidentielles

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 pas. • Les services communs offerts sont ceux prévus à la section 1 de la partie 1 de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance apparaissant en annexe au 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 prévus à la section 2 de la partie 1 de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance apparaissant en annexe au Règlement sur la classification.
RI APPARTEMENT SUPERVISÉ
• Le milieu de vie est constitué d'un ou de plusieurs appartements où résident un ou plusieurs usagers. L'utilisateur n'est pas locataire de ce lieu. • Les services communs offerts sont ceux prévus à la section 2 de la partie 1 de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance apparaissant en annexe au Règlement sur la classification.

3.5 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

La LGSSSS, à l'article 552, définit les ressources de type familial comme suit :

« Les ressources de type familial sont les personnes recrutées à titre de famille d'accueil ou de résidence d'accueil.

Est une 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 de Santé Québec afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial et ayant conclu une entente avec Santé Québec.

Est une famille d'accueil de proximité une ou deux personnes qui ont fait l'objet d'une évaluation en application du troisième alinéa de l'article 536 et qui ont conclu une entente avec Santé Québec, après s'être vu confier, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, un enfant nommément désigné pour une durée déterminée. Dans le cadre de son évaluation, l'établissement prend notamment en considération le lien significatif qu'a l'enfant avec cette ou ces personnes.

« Est une résidence d'accueil une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes, incluant des personnes âgées, qui leur sont confiés par un établissement de Santé Québec afin de répondre à leurs besoins et leur

offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel et ayant conclu une entente avec Santé Québec. »

Il est important ici de retenir que seules une ou deux personnes physiques peuvent conclure une entente à titre de famille d'accueil ou de résidence d'accueil. Les personnes morales et les sociétés de personnes ne peuvent conclure une entente à ce titre. De plus, le milieu de vie offert doit impérativement être le lieu principal de résidence de ces personnes physiques¹⁷.

La notion de *lieu principal de résidence* n'est définie ni par la LGSSSS, ni par la LRR qui y fait par ailleurs référence¹⁸. La portée de la notion de « lieu principal de résidence » s'appuie sur la position administrative constante de Revenu Québec, laquelle a notamment été formulée dans le bulletin d'interprétation IMP. 489-1/R1 (31 mai 2005, retiré et archivé)¹⁹ et reprise explicitement dans des lettres d'interprétation subséquentes²⁰.

Ainsi, le « lieu principal de résidence » est largement reconnu comme « l'endroit où le particulier vit régulièrement, normalement ou habituellement ». La détermination du lieu principal de résidence s'effectue sur la base d'une analyse factuelle, c'est-à-dire qu'elle doit reposer sur des facteurs réels et 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 pas²¹.

Différents facteurs contribueront à établir le lieu principal de résidence d'une ou de deux personnes. Le ministère du Revenu en propose certains²² :

- 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.

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

Afin d'offrir à l'usager un milieu de vie se rapprochant le plus possible d'un milieu de vie naturel et ne pas avoir à inclure la rétribution reçue à titre de RTF au calcul de son revenu imposable, la ressource doit également respecter le critère du partage des pièces ou des espaces communs de la résidence avec les usagers qui lui sont confiés :

« La condition du « lieu principal de résidence » ne serait pas remplie lorsque le particulier et les bénéficiaires ne partagent pas les espaces communs d'une résidence. Ces espaces communs comprennent la cuisine, la salle de séjour, la salle à manger, la salle familiale et les entrées de la résidence. À titre d'exemple, la condition du « lieu principal de résidence » ne serait pas remplie par un particulier responsable d'une ressource d'hébergement dans la situation où ce particulier vit dans une unité d'un duplex et les bénéficiaires vivent dans l'autre²³. »

Si les milieux de vie offerts par l'ensemble des RTF doivent correspondre au lieu principal de résidence de ces personnes et assurer le partage des pièces communes, ce sont les

¹⁷ Art. 552 LGSSSS.

¹⁸ Art. 1 LRR.

¹⁹ Bulletin d'interprétation IMP. 489-1/R1, *Ressources d'hébergement non institutionnelles*, 31 mai 2005. En ligne : I3F489T1RABULB.

²⁰ Lettres n° 17-040065-001 (10 septembre 2018) et n° 17-037890-001 (9 octobre 2018).

²¹ C. HARVEY, *Société de l'assurance automobile du Québec*, 3310 QCCS, 2006.

²² *Supra*, note 19, par. 5.

²³ *Ibid.*

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.

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 conclure une entente spécifique et en tout temps au cours de cette entente.

Figure 4. Caractéristiques du projet de RTF

Les caractéristiques du projet de RTF sont les suivantes :

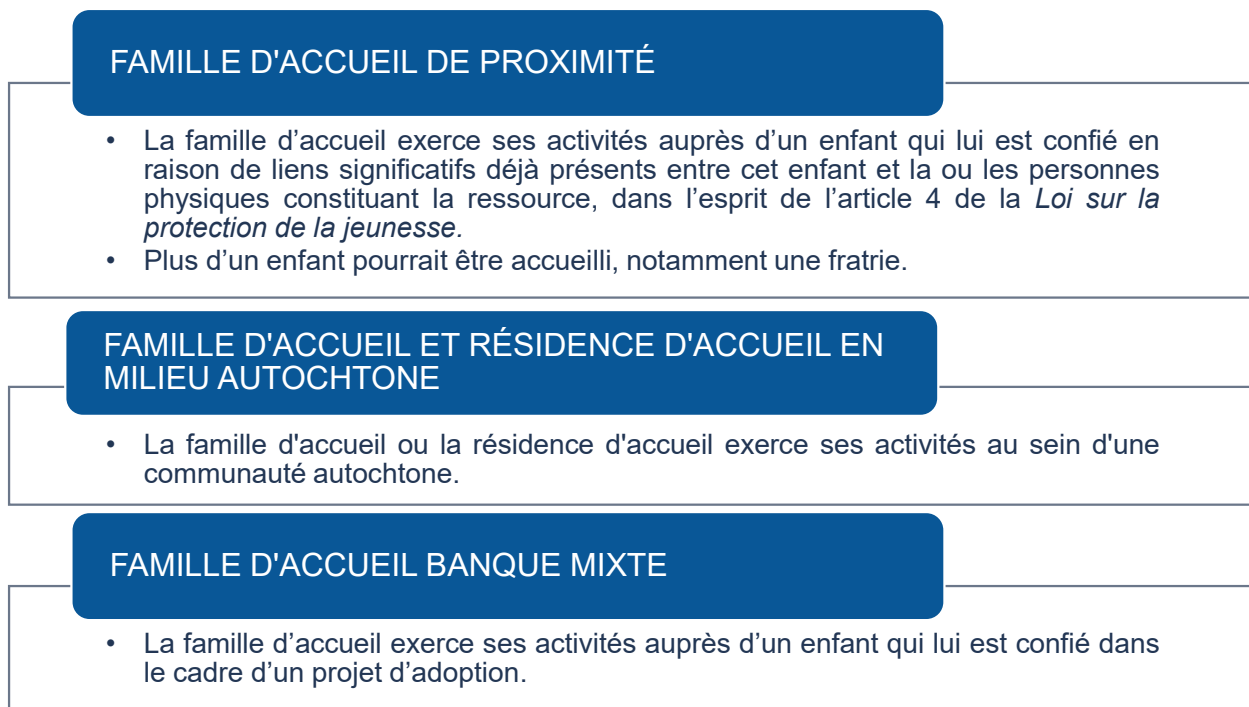
RTF FAMILLE D'ACCUEIL
• Le milieu de vie est le lieu principal de résidence d'une ou de deux personnes physiques qui accueillent au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement de Santé Québec en vue de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial. • Les services communs offerts sont ceux prévus à la section 1 de la partie 1 de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance apparaissant en annexe au Règlement sur la classification. • La famille d'accueil se distingue des ressources destinées à une clientèle adulte, notamment, par la dimension parentale de la relation à bâtir avec les enfants qu'elle accueille. Il importe de considérer cette dimension particulière dans les différents aspects traités ici.
RTF RÉSIDENCE D'ACCUEIL
• Le milieu de vie est le lieu principal de résidence d'une ou de deux personnes physiques qui accueillent au maximum neuf adultes, incluant des personnes âgées, qui leur sont confiés par un établissement de Santé Québec 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 de vie naturel. • Les services communs offerts sont ceux prévus à la section 1 de la partie 1 de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance apparaissant en annexe au Règlement sur la classification.

3.6 LIMITATIONS D'EXERCICE EN RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

En quelques occasions, le projet de la RTF est limité à certains usagers identifiés nommément. Ces limitations d'exercice ne modifient cependant pas le fait que ces ressources soient de véritables RTF au sens de la LGSSSS et qu'elles doivent répondre à toutes les exigences et caractéristiques énoncées précédemment.

Figure 5. Les RTF avec limitations d'exercice

Les RTF avec limitations d'exercice sont identifiées comme suit :



Le concept de limitation d'exercice a une portée particulière à l'égard du type de places reconnues à l'entente spécifique. En effet, cette limitation implique que l'entente spécifique qui intervient entre Santé Québec et la ressource ne prévoit que des places spécifiques, c'est-à-dire des places pour lesquelles des usagers sont explicitement identifiés, mais de manière confidentielle dans celles-ci. Ainsi, une telle entente spécifique viendra à échéance le jour du départ définitif de l'utilisateur²⁴ de sa famille d'accueil de proximité ou, s'il s'agit d'une famille d'accueil banque mixte, le jour du jugement d'adoption établissant la filiation adoptive entre l'enfant et ses nouveaux parents.

3.7 RÉGIME DE REPRÉSENTATION DES RESSOURCES VISÉES

L'introduction d'un régime de représentation des RTF et de certaines RI en 2009, résultant de l'adoption de la LRR, a été brièvement abordée à la section 1²⁵ ainsi que la distinction entre les ressources visées et les ressources non visées par la LRR. Les règles applicables à l'égard de la représentation sont également différentes pour les ressources visées et celles non visées.

Il n'est pas apparu nécessaire de reprendre ici l'exposé de l'ensemble des libellés des dispositions de la LRR, cette dernière étant maintenant en vigueur depuis plus de 15 ans. Toutefois, il peut être utile de rappeler que la LRR s'applique à toutes les RTF, qu'elles soient famille d'accueil ou résidence d'accueil²⁶, y compris celles qui ont une limitation d'exercice. Elle s'applique également aux RI qui rencontrent les conditions établies à l'article 1. Finalement, la LRR vise aussi les associations qui représentent ces ressources.

²⁴ S'il y a plus d'un usager, l'entente spécifique viendra à échéance le jour du départ définitif du dernier usager.

²⁵ *Supra*, note 7.

²⁶ Art. 1 LRR.

La LRR a institué, 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 régime^{27,28}.

3.7.1 Ressources non représentées

Bien que cela soit peu fréquent²⁹, il est possible que certaines ressources visées par la LRR ne soient pas représentées par une association 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 de ressources reconnue ou un groupement de telles associations, ce qui comprend la détermination de la rétribution applicable³⁰.

3.8 RÉGIME DE REPRÉSENTATION DES RESSOURCES NON VISÉES OU DITES HORS RÉGIME

Les ressources non visées par la LRR sont également désignées, dans le langage commun, comme les ressources « hors régime », ce qui correspond aux RI hors du régime de représentation des ressources visées par la LRR. Le régime de représentation des hors régime est prévu à la LGSSSS³¹.

3.9 REPRÉSENTATION ASSOCIATIVE DES RESSOURCES HORS TERRITOIRE

Avant le 1^{er} décembre 2024, de façon exceptionnelle, un établissement pouvait recruter et évaluer une ressource dont le milieu de vie proposé était situé à l'extérieur de sa région. La décision de conclure une entente avec cette ressource hors territoire appartenait à l'établissement. Jusqu'alors, les ressources hors territoire étaient représentées par l'association de ressources reconnue pour l'établissement public avec lequel elles avaient contracté, et ce, indépendamment de leur lieu de résidence.

Or, la LGSSSS est venue modifier les paramètres de la reconnaissance associative des ressources visées par l'insertion de l'article 4.1 à la LRR qui se lit comme suit :

« Le Tribunal administratif du travail ne peut reconnaître qu'une seule association de ressources par région sociosanitaire pour les familles d'accueil et les ressources intermédiaires destinées aux enfants et qu'une seule association de ressources pour les résidences d'accueil et les ressources intermédiaires destinées aux adultes. Pour l'application de la présente loi, le territoire visé à la partie IV.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) est considéré comme une région sociosanitaire. De plus, le territoire visé à la partie IV.3 de cette loi est considéré faire partie de la région sociosanitaire de laquelle il est contigu. »

De plus, l'article 1508 de la LGSSSS stipule qu'à compter du 1^{er} décembre 2024, une ressource devient, sans formalité, représentée par l'association de ressources reconnue dans la région sociosanitaire où elle est située. L'article 1238 de la LGSSSS introduit l'article 29.1 de la LRR, lequel stipule qu'une ressource dont le nouveau lieu de résidence est situé dans une région sociosanitaire différente de l'ancien, mais qui demeure liée au même établissement public,

²⁷ Art. 61 LRR.

²⁸ En ligne : Ententes collectives et nationales – Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux.

²⁹ Au 30 juin 2026, les ressources non représentées sont au nombre de 12 pour l'ensemble du Québec.

³⁰ Art. 64, al. 1 LRR.

³¹ Art. 541 et suivants.

devient, sans autre formalité, représentée par l'association de ressources reconnue dans la région sociosanitaire de son nouveau lieu de résidence. L'entrée en vigueur des articles 1238 et 1508 susdits a eu un effet significatif sur la représentation associative des ressources hors territoire, c'est-à-dire les ressources localisées sur un territoire autre que celui de l'établissement avec lequel elles ont conclu une entente spécifique.

Une ressource hors territoire est donc, depuis le 1^{er} décembre 2024, exclue de l'unité de représentation de la région sociosanitaire de l'établissement avec lequel elle est liée.

APERÇU DE LA QUATRIÈME SECTION



AU PROGRAMME :

DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION D'UN POSTULANT

VISION GLOBALE DE LA DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET
D'ÉVALUATION

PROMOTION

RECRUTEMENT

ÉVALUATION

DÉCISION DE CONCLURE UNE ENTENTE

CONCLUSION D'UNE ENTENTE

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

FICHIER DES RESSOURCES

4 DÉMARCHE DE RECRUTEMENT ET D'ÉVALUATION D'UN POSTULANT

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

Le recrutement et l'évaluation d'un postulant par un établissement de Santé Québec constituent la prémisse d'une relation d'affaires entre cet établissement et la ressource ainsi qu'une relation contractuelle entre Santé Québec, dûment représentée par cet établissement, et la ressource. Cette démarche 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 qu'il requiert. L'objectif de cette démarche est donc la conclusion d'une entente spécifique ou particulière.

La démarche globale de recrutement et d'évaluation d'un postulant est composée de cinq étapes séquentielles qui doivent être réalisées dans l'ordre, soit :

- la promotion;
- le recrutement;
- l'évaluation;
- la décision de conclure une entente;
- la conclusion d'une entente.

La réalisation de cette démarche ou de ce processus est obligatoire pour les deux types de ressources, les RI et les RTF, quel que soit leur type d'organisation résidentielle.

À chacune des étapes du processus, l'établissement de Santé Québec doit déterminer adéquatement les activités spécifiques à réaliser. Pour ce faire, il considérera les trois composantes d'une ressource telles qu'abordées à la section 3, à savoir : la ou les personnes responsables, le milieu de vie et le projet.

Observer une importante rigueur à chaque étape de la démarche contribue de façon significative à la sélection d'une ressource en mesure d'exercer positivement ses rôles et ses responsabilités. Santé Québec, par l'entremise de son établissement, est responsable et imputable de sa décision de conclure ou non une entente spécifique ou particulière avec un postulant.

Figure 6. Résumé des responsabilités de Santé Québec, des établissements de Santé Québec et des postulants en lien avec la démarche de recrutement et d'évaluation

RÉSUMÉ DES RESPONSABILITÉS	
Santé Québec	• Établir une procédure relative à la démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant selon les cinq étapes de la démarche en incluant, le cas échéant, une procédure de délégation de pouvoir de nature décisionnelle ou de délégation de signature seulement ou les deux, ci-après désignées par « procédure de délégation retenue ». • Décider de conclure ou non une entente spécifique ou particulière avec le postulant conformément à la procédure de délégation retenue. • Établir une procédure relative au renouvellement d'une entente spécifique ou particulière. • Établir un processus de contrôle visant à s'assurer du respect des règles contractuelles applicables aux ententes spécifiques ou particulières en vigueur.

RÉSUMÉ DES RESPONSABILITÉS	
Établissement de Santé Québec	• Élaborer un plan de recrutement et d'évaluation découlant de la procédure établie par Santé Québec relativement à la démarche de recrutement et d'évaluation. • Procéder à la démarche conformément au plan de recrutement et d'évaluation d'un postulant élaboré. • Décider de conclure ou non une entente spécifique ou particulière avec le postulant conformément à la procédure de délégation retenue.
Postulant	• Présenter à l'établissement un dossier de candidature à titre de postulant RI ou postulant RTF. • S'assurer de la conformité de sa candidature aux critères généraux déterminés par le ministre. • S'assurer de se conformer à la LCOP³², lorsque requis, notamment par l'obtention d'une autorisation de contracter de l'Autorité des marchés publics au moment de conclure l'entente et jusqu'à son terme. • Participer à l'évaluation effectuée par l'établissement. • Remplir les documents demandés dans les délais prescrits. • Décider de conclure ou non une entente spécifique ou particulière avec Santé Québec.

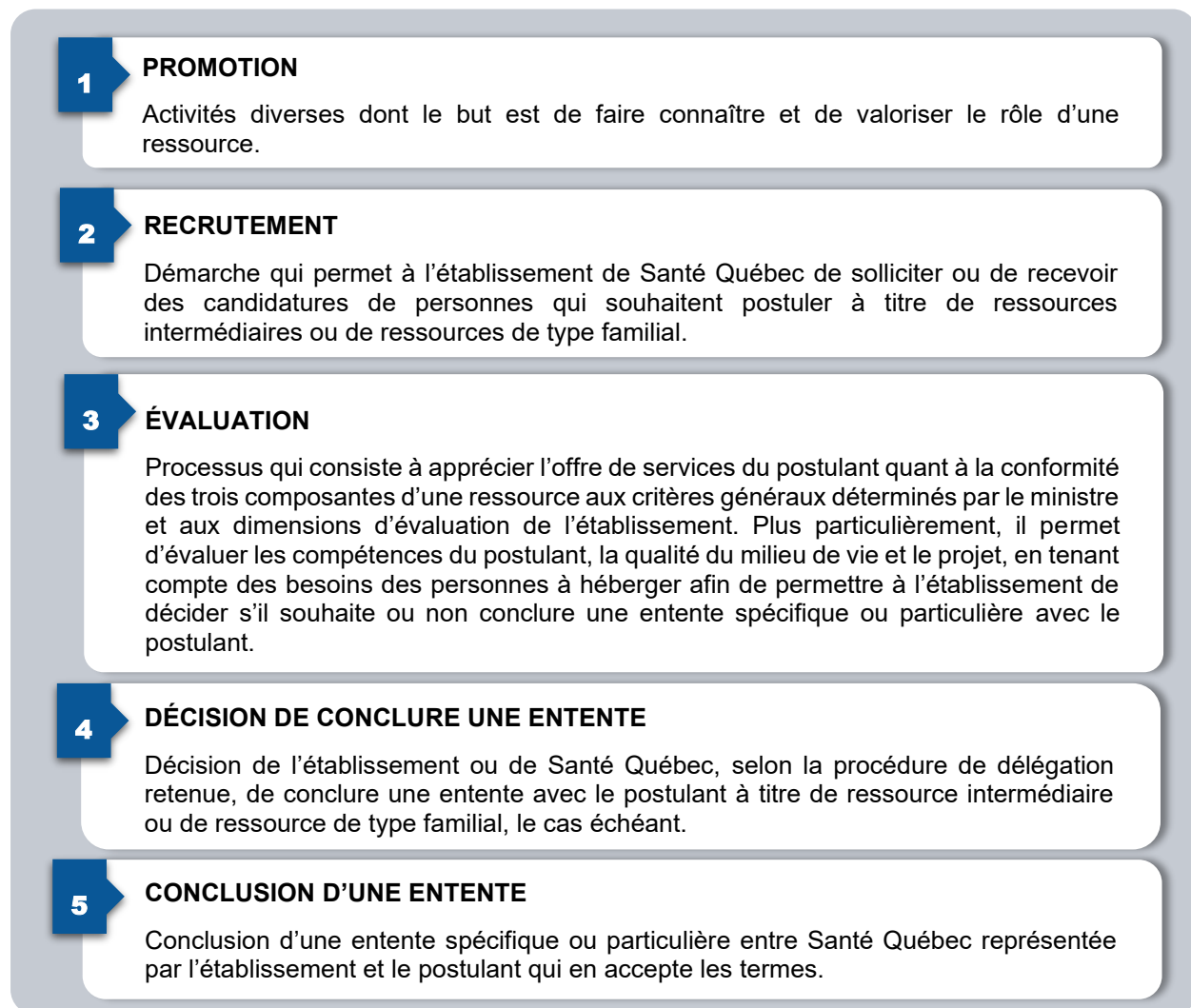
Enfin, des éléments cliniques, légaux, réglementaires et administratifs seront considérés par l'établissement dans le cadre de la démarche de recrutement et d'évaluation, à savoir :

- les chartes des droits et libertés de la personne;
- les besoins généraux et spécifiques des personnes à héberger;
- le cadre financier de l'établissement;
- l'utilisation optimale des ressources disponibles ayant déjà conclu une entente spécifique ou particulière;
- la répartition équitable des ressources au regard de chaque type d'usager;
- le développement et l'utilisation des ressources par l'établissement afin de remplir les missions ou les mandats qui lui ont été confiés par le ministre.

La synthèse qui suit illustre les étapes de la présente démarche.

³² Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, c. C-65.1).
En ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-65.1>

Figure 7. Synthèse des étapes de la démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant



4.2 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 et à diversifier les personnes susceptibles de s'investir à titre de RI ou de RTF.

Il est attendu des établissements qu'ils puissent mettre en œuvre les stratégies de communication nécessaires pour assurer, dans l'espace médiatique, la promotion des services des ressources. Les stratégies de promotion pourront être différentes et adaptées selon les programmes-services, le type de ressource et le type d'organisation résidentielle recherchés par l'établissement.

ASTUCE

Le bouche à oreille, une stratégie de promotion efficace

Une des stratégies de promotion les plus efficaces pour un établissement est le fait qu'une ressource active de sa région discute favorablement de son expérience de ressource avec des personnes de son entourage. Dès lors, il apparaît important de porter attention à la qualité de l'expérience vécue par les ressources et les usagers. Plus les relations qu'entretiennent l'établissement et les ressources sont positives, plus ces dernières seront enclines à susciter l'intérêt de leur entourage à l'égard de la fonction de ressource.

4.3 RECRUTEMENT

La démarche de recrutement permet à l'établissement de solliciter ou de recevoir des candidatures à titre de RI ou de RTF, tout comme elle permet à un éventuel postulant d'évaluer son intérêt et sa capacité à offrir un milieu de vie et des services de soutien ou d'assistance.

Il est attendu de l'établissement qu'il conçoive un plan de recrutement et d'évaluation d'un postulant découlant de la procédure établie par Santé Québec à cette fin. L'établissement utilise des outils de qualité et des stratégies éprouvées afin de joindre les personnes physiques, les personnes morales ou les sociétés de personnes potentiellement intéressées à devenir une ressource.

Figure 8. Plan de recrutement

Le plan de recrutement doit prévoir les conditions suivantes :

1. L'ÉTABLISSEMENT CONNAÎT SES BESOINS 🔍

- En fonction des orientations et projections ministérielles ainsi que de son parc de ressources actuel, l'établissement évalue rigoureusement ses besoins en matière de milieux de vie et de services de soutien ou d'assistance.
- Il détermine ensuite le type de ressource visé et le type d'organisation résidentielle susceptibles de répondre le plus adéquatement aux besoins qu'il a identifiés.

2. L'ÉTABLISSEMENT INFORME EFFICACEMENT LES POSTULANTS 🗣️

- Il met en place des mécanismes de communication adaptés afin d'informer les postulants potentiels :
 - de la démarche de recrutement et d'évaluation de l'établissement et des critères généraux déterminés par le ministre;
 - des objectifs de l'établissement ainsi que des cadres clinique, administratif, légal et réglementaire dans lesquels ils exerceront leurs rôles et leurs responsabilités à titre de ressources, le cas échéant.

3. L'ÉTABLISSEMENT INTERAGIT EFFICACEMENT 🤝

- Il remet aux postulants qui le requièrent tous les documents et les formulaires nécessaires pour la présentation de leur offre de services.
- Il s'assure du respect de la confidentialité des renseignements personnels et autres informations recueillis conformément aux lois en vigueur.

ASTUCE

La qualité de l'information comme élément contributif au succès de la démarche

L'établissement qui fournit aux postulants des informations justes et complètes accroît ses chances d'attirer des postulants susceptibles de répondre adéquatement à ses besoins. De la même façon, des postulants potentiels bien informés seront plus à même d'avancer avec confiance dans la démarche. À l'issue de cette démarche, la qualité de l'information favorisera de façon importante l'adéquation entre les besoins des usagers et la capacité des postulants à y répondre.

4.3.1 Contexte du recrutement des ressources visées par la LRR

Des postulants bien informés doivent avoir reçu minimalement des informations :

en lien avec l'établissement :

- une présentation de sa mission, ses valeurs, sa clientèle générale, son offre de services, le territoire desservi, etc.;
- une description de ses besoins en matière de ressources (le projet, les types de milieux et d'organisations résidentielles recherchés, le cas échéant, etc.);
- une description du ou des profils d'utilisateurs visés par le projet de recrutement de ressources;

en lien avec la démarche :

- une présentation des différentes étapes de la démarche d'évaluation d'un postulant;
- une présentation des critères généraux déterminés par le ministre, des dimensions et des facteurs d'évaluation de l'établissement et, dans le cas d'une démarche par appel d'offres public, des critères de qualité de l'établissement;

en lien avec la relation contractuelle :

- des précisions relatives aux rôles, responsabilités et obligations de l'établissement et de la ressource à l'égard des utilisateurs, de leur famille, des personnes ayant un lien significatif avec eux et des établissements ou autres organismes concernés, le cas échéant;
- des précisions relatives au présent Cadre de référence, aux activités du suivi professionnel, à l'Instrument de détermination des services et à son Guide d'utilisation, etc.;
- des informations relatives aux conditions de prestation de services d'une ressource, notamment la relation individuelle qui s'actualise par la conclusion d'une entente spécifique ou particulière ainsi que les relations collectives par le biais des ententes collectives ou nationales;
- des informations relatives à la représentation associative (associations et organismes).

Pour le recrutement de ressources visées par la LRR, l'établissement dispose d'une grande latitude dans l'élaboration de son plan de recrutement et d'évaluation d'un postulant pour déterminer le mode de recrutement qui lui paraît le plus approprié.

Différentes options sont possibles pour procéder à la démarche de recrutement, notamment :

- 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, etc.;
- une séance d'information avec les futurs postulants intéressés peut être un moyen efficace pour informer et répondre aux questions.

4.3.2 Contexte du recrutement des ressources non visées par la LRR

En ce qui a trait aux ressources non visées par la LRR, le plan de recrutement et d'évaluation de l'établissement doit être conforme à la LCOP et à sa réglementation, notamment le Règlement sur certains contrats de services des organismes publics³³.

Appel d'offres public

L'établissement doit procéder par appel d'offres public pour toute entente particulière dont le montant de la dépense est égal ou supérieur, y compris la valeur des options, le cas échéant, au seuil des accords gouvernementaux³⁴.

La valeur d'un contrat est définie comme étant la dépense qui sera engendrée par Santé Québec au cours de la relation contractuelle, en y incluant les options au contrat qui seront exercées.

La dépense engendrée par une entente particulière correspond aux coûts liés à toutes les composantes de la rétribution des services (par exemple : soutien et assistance et coûts d'opération) ainsi qu'aux coûts des autres allocations à verser à la RI pour fournir les services aux usagers.

Les options au contrat correspondent généralement aux coûts engendrés si l'option de renouvellement à l'entente particulière est exercée.

Le dossier d'appel d'offres est publié dans le Système électronique d'appel d'offres du gouvernement du Québec (SEAO)³⁵ et constitue la prise de contact avec le postulant.

Un établissement ne peut scinder une entente particulière, y apporter une modification ou répartir ses besoins dans le but d'éviter l'obligation de recourir à la procédure d'appel d'offres public ou de se soustraire à toute autre obligation découlant de la LCOP³⁶.

L'appel d'offres³⁷, ses annexes, ses addendas et tout autre document en découlant font partie intégrale de l'entente particulière. L'établissement ne peut ajouter ou diminuer les exigences

³³ Règlement sur certains contrats de services des organismes publics (RLRQ, c. C-65.1, r. 4). En ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/c-65.1,%20r.%204>

³⁴ *Supra*, note 32, art. 10. Les seuils des accords intergouvernementaux sont ajustés tous les deux ans en fonction soit de l'inflation ou du taux de change du dollar canadien. Voir le tableau intitulé : Accords de libéralisation des marchés publics seuils d'application sur le site du Secrétariat du Conseil du trésor pour le seuil applicable aux contrats de services en santé et services sociaux : <https://www.tresor.gouv.qc.ca/faire-affaire-avec-letat/cadre-normatif-de-la-gestion-contractuelle/accords-de-liberalisation/tableaux-syntheses>

³⁵ *Ibid*, art. 11.

³⁶ *Supra*, note 32, art. 12.

³⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020, 24 novembre). *Recrutement et vérification de la conformité aux critères généraux déterminés par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. En ligne : *Directives ministérielles et Manuel de gestion financière, Répertoire des directives ministérielles, G26, Dossier 2020-025, codification 02.02.43.14, 2020-11-24.*

prévues à l'appel d'offres, ni modifier les informations prévues au devis, comme la durée ou le nombre de places ou de renouvellements.

Dans le cadre de l'application de la LCOP, l'établissement a avantage à solliciter 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.

Contrat de gré à gré

Dans certaines situations exceptionnelles, l'établissement n'a pas à procéder par appel d'offres public, mais plutôt par contrat dit « de gré à gré » selon l'article 13 al. 1 de la LCOP^{38,39}.

Toutefois, l'établissement est responsable d'effectuer une démarche contractuelle conforme aux lois et règlements applicables, en tout temps. Il lui appartient alors de démontrer la nécessité de procéder au régime d'exception d'octroi d'un contrat de gré à gré. L'établissement qui se dote d'outils efficaces de planification et de suivi des renouvellements des ententes peut largement éviter l'utilisation de ce type de régime d'exception.

Autorisation de contracter de l'Autorité des marchés publics

Selon l'article 21.17 de la LCOP, une RI qui souhaite contracter avec un établissement de santé et de services sociaux doit obtenir l'autorisation préalable de l'Autorité des marchés publics (AMP) avant de conclure une entente particulière dont la dépense est égale ou supérieure à 1 000 000 \$ si toutes les options⁴⁰ de renouvellement du contrat étaient exercées. Cette autorisation est nécessaire peu importe le mode de sollicitation utilisé.

Conformément à l'article 21.18 de la LCOP, pour le mode par appel d'offres, l'autorisation préalable de contracter de l'AMP doit être obtenue au moment où la RI répond à l'appel d'offres de l'établissement dans le SEAO. Quant au mode par contrat de gré à gré, la RI doit avoir obtenu l'autorisation à la date de la conclusion de l'entente particulière.

La valeur de cette dépense a été établie à 1 000 000 \$ depuis le 2 novembre 2015, date d'entrée en vigueur du Décret 435-2015⁴¹. Selon ce décret, cette valeur établie à 1 000 000 \$ s'applique seulement aux ententes particulières dont le processus d'adjudication et d'attribution a débuté à compter du 2 novembre 2015.

L'autorisation de contracter de l'AMP est, depuis le 2 avril 2026, valide pour une durée indéterminée, mais doit faire l'objet d'une mise à jour annuelle pour que sa validité soit maintenue. Il est donc de la responsabilité de la ressource de procéder à la mise à jour annuelle requise.

L'établissement a également la responsabilité continue de s'assurer qu'il contracte avec des entreprises détenant cette autorisation⁴², en consultant le Registre des entreprises autorisées à contracter ou à sous-contracter⁴³ (REA).

³⁸ *Supra*, note 32.

³⁹ Des exceptions à la règle de procéder par appel d'offres sont aussi prévues à l'art. 42.2 du Règlement sur certains contrats de services des organismes publics.

⁴⁰ *Supra*, note 33, art. 4, al. 4.

⁴¹ *Décret 435-2015 concernant les contrats et sous-contrats de services comportant une dépense égale ou supérieure à 1 000 000 \$*, (2015) 147 G.O. II, 1627. En ligne : [Décret 435-2015, publié à la G.O. le 10 juin 2015](#)

⁴² Le SIRTf permet d'ailleurs de suivre les échéances des autorisations de contracter des RI. Voir aussi Autorité des marchés publics, *Recommandations formulées au dirigeant du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal concernant un contrat visant des services d'hébergement et de soins de longue durée*. Recommandation 2023-02, le 12 janvier 2023.

En ligne : https://www.amp.quebec/sites/default/files/2024-12/decision_2023-01-12_ciusss_coim.pdf

⁴³ En ligne : [Registre des entreprises autorisées \(REA\) | AMP](#)

En effet, la LCOP est une loi d'ordre public et les règles relatives à l'autorisation de contracter sont impératives. Les articles 1416 et 1417 du Code civil du Québec⁴⁴ prévoient d'ailleurs la nullité absolue d'un contrat qui n'est pas conforme aux conditions de formation qui s'imposent pour protéger le public.

Conformément à l'article 21.0.1. de la LCOP, Santé Québec doit désigner un responsable de l'application des règles contractuelles. Ce responsable doit, notamment, soutenir les établissements dans l'application de la LCOP dans le cadre d'ententes particulières avec des ressources intermédiaires.

L'Annexe 4 présente, à titre indicatif, les principales composantes d'un dossier d'appel d'offres dans le cas d'un postulant visé par la LCOP.

4.4 ÉVALUATION

Conformément à l'article 536 de la LGSSSS, un établissement de Santé Québec peut utiliser les services d'une ressource intermédiaire ou ceux d'une ressource de type familial. En plus de procéder lui-même au recrutement de ces ressources en fonction des besoins des usagers qu'il dessert, l'établissement voit aussi, dans le respect des critères généraux déterminés par le ministre, à l'évaluation de tout postulant qui aspire à devenir ressource. Il est également responsable de s'assurer du maintien de la conformité de ces critères tout au long du lien contractuel.

L'évaluation est un processus qui consiste à apprécier les compétences du postulant, la qualité du milieu de vie et du projet, en tenant compte des besoins des usagers à héberger et des critères généraux déterminés par le ministre afin de permettre à l'établissement de décider s'il souhaite ou non conclure une entente spécifique ou particulière avec le postulant.

En tout temps, l'établissement peut, sous réserve des lois et des règles applicables, mettre un terme au processus d'évaluation, auquel cas il en informe le postulant. Il en est de même pour un postulant qui souhaite se retirer du processus d'évaluation. Dans ces circonstances, l'établissement met fin au processus d'évaluation en cours.

L'évaluation du postulant doit être réalisée conformément aux critères généraux déterminés par le ministre ainsi qu'aux dimensions et facteurs d'évaluation de l'établissement.

Aux fins de l'évaluation d'un postulant, l'établissement peut prévoir des facteurs d'évaluation supplémentaires à ceux présentés dans le présent Cadre de référence. De tels ajouts sont possibles dans la mesure où ils sont nécessaires et qu'ils ne contreviennent pas aux critères généraux déterminés par le ministre, ni à la définition de ressource intermédiaire ou à celle de ressource de type familial et finalement, ni au contenu des ententes collectives ou nationales⁴⁵. Ces ajouts ne peuvent faire l'objet d'une application systématique et chaque facteur supplémentaire doit être analysé spécifiquement pour chacune des situations dans une perspective clinique propre aux usagers visés par l'intégration dans le milieu de vie.

L'analyse de la nécessité de tels ajouts s'appuie entre autres sur :

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

⁴⁴ RLRQ, c. CCQ-1991.

⁴⁵ Le respect des lois et règlements en vigueur est également requis, notamment le Règlement sur la classification des services.

- les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers, tels qu'ils sont prévus au Règlement sur la classification⁴⁶ et dans le Guide d'utilisation de l'Instrument⁴⁷.

En tout temps, l'établissement doit s'assurer du respect des droits et libertés du postulant, tels qu'ils sont protégés par les Chartes québécoise et canadienne ainsi que du traitement équitable de sa candidature.

L'évaluation d'un postulant requiert une expertise clinique et pourrait, pour certains aspects, nécessiter une expertise professionnelle plus spécifique⁴⁸. Cette évaluation s'effectue par le biais de différentes activités cliniques, professionnelles et administratives choisies par l'établissement.

ASTUCE

Quelques moyens pour favoriser un processus d'évaluation objectif

- Mettre en place une stratégie multi-méthodes (par exemple : entrevues, questionnaires, documents, observations) et multi-sources, c'est-à-dire plusieurs personnes à qui des informations sont demandées, notamment lors de la prise de références.
- Se doter d'outils standardisés permettant de maintenir des principes d'objectivité et de rigueur lors de la réalisation des évaluations, de même que lors de l'interprétation des données recueillies.
- Déterminer un processus d'analyse précis pour traiter rigoureusement l'ensemble des informations recueillies.

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.

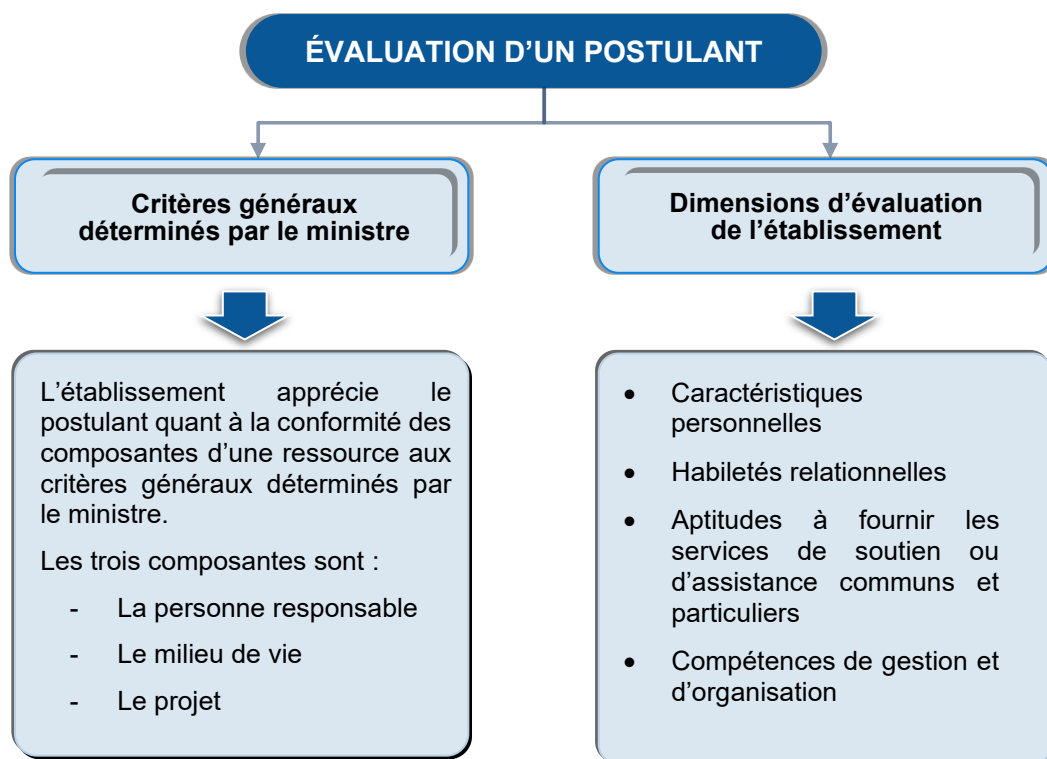
Il est essentiel de documenter les informations relatives à la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant dans le dossier de celui-ci, conformément aux lois en vigueur et dans le but d'assurer la traçabilité du processus.

⁴⁶ *Supra*, note 14.

⁴⁷ En ligne : *Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance - Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux.*

⁴⁸ Lorsque le terme « professionnel » est utilisé dans le présent document, entre autres, dans l'expression « Suivi professionnel de l'usager », il désigne un suivi effectué par tout intervenant qui possède les aptitudes, habiletés et connaissances nécessaires pour réaliser une action en lien avec l'une ou l'autre des activités de ce suivi professionnel. Le terme « *professionnel* » n'a pas ici la même signification que celle que lui attribue l'art. 1 du Code des professions (RLRQ, c. C-26).

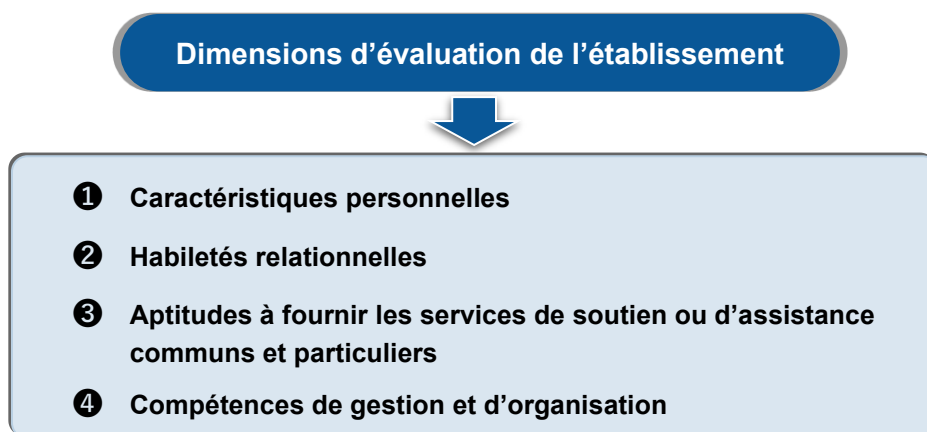
Figure 9. Évaluation d'un postulant : critères et dimensions



4.4.1 Dimensions d'évaluation de l'établissement

Les dimensions d'évaluation permettent à l'établissement d'effectuer une appréciation plus globale de la candidature du postulant à l'égard des caractéristiques recherchées pour devenir une ressource, mais aussi des compétences nécessaires à la prestation de services de soutien ou d'assistance communs et particuliers de qualité auprès des usagers. À cet effet, les quatre dimensions indiquées ci-après sont privilégiées, mais d'autres pourraient également être considérées.

Figure 10. Dimensions d'évaluation de l'établissement



Dans le cas d'un postulant personne physique ou d'une société de personnes dont le projet est une RTF, 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, l'établissement doit choisir s'il considère ou non dans son évaluation les caractéristiques personnelles requises (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 leur candidature portera principalement sur leurs aptitudes à fournir les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers (dimension 3) et sur leurs compétences de gestion et d'organisation (dimension 4).

L'évaluation des aptitudes à fournir 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 sont effectuées en tenant compte des caractéristiques propres à l'organisation de services du postulant (responsable de la ressource, personnel de la ressource, stagiaire, bénévole, etc.).

Figure 11. Dimensions d'évaluation de l'établissement relatives au postulant

DIMENSION 1 – CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Cette dimension d'évaluation s'intéresse au caractère du postulant qui souhaite devenir une ressource.

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

- Motivation à s'engager dans un projet de ressource auprès de personnes vulnérables;
- Intégrité;
- Empathie;
- Équilibre émotif, personnel et familial;
- Degré de maturité;
- Honnêteté;
- Estime de soi;
- Qualité du jugement;
- Adaptation, souplesse, tolérance;
- Ouverture et limites face à la différence;
- Constance et cohérence entre les discours, les attitudes et les comportements;
- Résistance au stress et aux frustrations (sécurité personnelle);
- Capacité à reconnaître ses limites, à les nommer et à solliciter le soutien nécessaire.

DIMENSION 2 – HABILETÉS RELATIONNELLES

Cette dimension d'évaluation concerne les habiletés du postulant à interagir avec son environnement.

Les facteurs d'évaluation suivants permettent d'apprécier 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 :
 - o une stabilité relationnelle;
 - o une saine communication;
 - o une complicité;
 - o un soutien mutuel;
 - o une pudeur relative aux rapports intimes*;
 - o des valeurs familiales;
 - o une stabilité du fonctionnement familial;
 - o un 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 relationnelle avec autrui et avec l'autorité;
- Habileté parentale : protection, éducation, affection, identification et encadrement;
- Habileté du postulant à développer et à 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;
- Habileté du postulant à respecter les relations entre l'utilisateur et sa famille et les personnes ayant un lien significatif avec lui;
- Habileté du postulant à interagir avec l'utilisateur et sa famille et les personnes significatives pour lui;
- Habileté du postulant à collaborer et à maintenir une relation respectueuse avec les proches de l'utilisateur et sa famille.

*On définit généralement la pudeur comme étant une attitude empreinte de retenue ou de réserve face à ce qui est lié à l'intimité, à la nudité ou à la sexualité visant à protéger sa dignité ou celle d'autrui. Elle se manifeste par la discrétion et la volonté de préserver des aspects personnels et privés.

DIMENSION 3 – APTITUDES À FOURNIR LES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE COMMUNS ET PARTICULIERS

Cette dimension d'évaluation fait référence aux compétences du postulant à fournir à l'utilisateur les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers comme ils sont prévus au Règlement sur la classification.

Les facteurs d'évaluation suivants permettent d'apprécier le niveau de compétence du postulant à fournir à l'utilisateur les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers :

- Aptitude à fournir adéquatement les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers, comme ils sont précisés dans l'Instrument de chaque usager, ce qui comprend le transport de l'utilisateur lorsque requis, en s'assurant de respecter les besoins de chaque personne et d'effectuer les ajustements nécessaires;
- 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 l'utilisateur;
- 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 utilisateurs ayant des problématiques complexes;
- Aptitude à respecter les personnes véhiculant une culture, des valeurs, des croyances et des habitudes de vie différentes;
- Aptitude à s'adapter au rythme de communication et d'exécution de l'utilisateur, particulièrement dans les situations où une limitation physique ou cognitive rend cette adaptation plus difficile;
- Aptitude à s'adapter au processus dégénératif de l'utilisateur;
- Aptitude à soutenir l'utilisateur dans ses deuils, si cela est requis;
- Aptitude à faire face, ultimement, à une fin de vie de l'utilisateur;
- Aptitude à soutenir l'utilisateur dans ses relations avec les personnes significatives pour lui, en fonction de ses besoins et de son projet de vie;
- Aptitude à intégrer un utilisateur dans la ressource, tout en lui offrant un milieu stable, sécurisant et sécuritaire;
- Aptitude à soutenir l'utilisateur dans son développement ou son évolution au regard des sept dimensions reconnues comme étant contributives à son bien-être, à savoir : santé, éducation, développement affectif et comportemental, identité, relations familiales et sociales, présentation de soi, habiletés à prendre soin de soi;
- Aptitude du postulant à offrir un équilibre entre « l'encadrement et la discipline » et « la chaleur, le soutien et les encouragements ».

En ajout aux facteurs d'évaluation apparaissant ci-haut, certains autres peuvent être pertinents à considérer dans l'évaluation du postulant qui désire accueillir des enfants et des jeunes.

- Sensibilité du postulant aux besoins développementaux de l'enfant en interagissant avec lui avec chaleur, cohérence et prévisibilité;
- Capacité d'engagement auprès de l'enfant, c'est-à-dire être conscient de son influence envers l'enfant et établir un lien privilégié avec lui;
- Aptitude du postulant à offrir un encadrement répondant aux besoins de l'enfant;
- Aptitude du postulant à appuyer l'enfant dans ses liens avec son milieu d'origine et, dans le cas où les contacts ne sont pas maintenus, de l'accompagner dans son acceptation de la situation familiale;
- Reconnaissance des droits et des responsabilités des parents;
- 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 à exprimer à l'enfant l'acceptation et l'affection qu'il a pour lui, de façon concrète et sentie;
- Aptitude à respecter le rythme et les besoins de l'enfant;
- Disponibilité pour offrir les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers à un enfant ou à un jeune lorsque le postulant travaille à l'extérieur.

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.

Les facteurs d'évaluation suivants permettent d'apprécier le niveau de compétence du postulant en matière 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 à mettre en place, à maintenir et à évaluer les actions nécessaires afin d'assurer la qualité des services à offrir 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 dont il retient les services pour intervenir 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 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-même ainsi que par toute personne dont il retient les services pour le remplacer ou l'assister auprès des usagers;
- 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.

4.5 DÉCISION DE CONCLURE UNE ENTENTE

À la suite de l'évaluation du dossier du postulant, l'établissement ou Santé Québec, selon la procédure de délégation retenue, prend la décision de conclure ou non une entente spécifique ou particulière avec lui. L'établissement doit alors transmettre par écrit le résultat de sa démarche d'évaluation au postulant dans les meilleurs délais.

Si l'établissement évalue que le postulant n'est pas en conformité avec certains critères généraux déterminés par le ministre ou certaines de ses dimensions d'évaluation, il peut convenir avec le postulant de procéder à des ajustements afin que celui-ci puisse s'y conformer. Ceci sera abordé de façon plus approfondie à la fin de la section 6.

4.6 CONCLUSION D'UNE ENTENTE

L'entente que signent l'établissement de Santé Québec, conformément à la procédure de délégation retenue, et le postulant est l'acte matériel qui crée le lien contractuel entre ceux-ci et, dès lors, le postulant acquiert le statut de ressource.

Lorsqu'il s'agit d'une ressource visée par la LRR, l'entente qui intervient se nomme *entente spécifique*, alors que lorsqu'il s'agit d'une ressource non visée par la LRR, l'entente conclue se nomme *entente particulière*.

D'un point de vue des relations collectives, les ressources visées par la LRR sont concernées par l'une ou l'autre des ententes collectives, alors que les ressources non visées par la LRR le sont par l'une ou l'autre des ententes nationales⁴⁹.

4.6.1 Entente spécifique (ressources visées par la LRR)

La conclusion d'une entente spécifique permet à l'établissement de confier un ou plusieurs usagers à la ressource et permet à la ressource d'offrir à cet ou à ces usagers un milieu de vie de même que les services de soutien ou d'assistance requis par sa ou leur 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 applicable⁵⁰.

4.6.1.1 Parties concernées

Les parties concernées par l'entente spécifique sont l'établissement ou Santé Québec, selon la procédure de délégation retenue, et la ou les personnes physiques responsables de la ressource.

4.6.1.2 Contenu de l'entente spécifique

La LRR⁵¹ prévoit les quatre éléments exclusifs sur lesquels une entente spécifique doit porter, à savoir :

- le nombre de places reconnues à la ressource;
- les types d'usagers pouvant lui être confiés;
- l'identification des répondants des parties aux fins de leurs relations d'affaires;
- sa durée.

De plus, une entente spécifique ne peut, d'aucune façon, contrevenir aux dispositions de l'entente collective applicable.

⁴⁹ *Supra*, note 28.

⁵⁰ Chaque entente collective dispose d'un canevas d'entente spécifique lié à la Lettre d'entente B, lequel doit être utilisé intégralement.

⁵¹ Art. 55.

4.6.2 Entente particulière (ressources non visées par la LRR)

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

Avant de conclure une entente particulière, l'établissement doit s'enquérir des modalités liées à celle-ci qui peuvent être prévues dans l'entente nationale applicable⁵².

4.6.2.1 Parties concernées

Les parties concernées par l'entente particulière sont l'établissement ou Santé Québec, selon le cadre retenu quant à la délégation de signature, et la personne physique, le dirigeant ou l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désire exploiter une ressource.

4.6.2.2 Contenu de l'entente particulière

La LGSSSS ne prescrit pas le contenu de l'entente particulière. L'établissement doit donc s'assurer de consulter l'entente nationale applicable à ce sujet.

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

La ressource est susceptible d'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. Selon le projet de vie de l'enfant et de la ressource, une démarche de tutelle ou d'adoption pourrait être entreprise. 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, certaines matières de l'entente spécifique ou particulière intervenue peuvent faire l'objet de modifications. Ces dernières peuvent survenir à la demande de la ressource ou en fonction des besoins exprimés par l'établissement. Par exemple, le nombre de places dans la ressource peut être amené à augmenter ou à diminuer et les types d'usagers peuvent varier.

Dans toutes ces circonstances, l'accord de l'établissement ou de Santé Québec est requis pour apporter des modifications à l'une ou l'autre des composantes de la ressource ou pour modifier l'entente spécifique ou particulière.

Cependant, avant toute modification aux composantes ou aux ententes, quelle qu'elle soit, la situation doit faire l'objet d'une analyse très attentive de la part de l'établissement.

Par exemple, les éléments suivants seront considérés :

- l'évaluation des effets possibles de la modification pour les usagers qui y sont hébergés;
- l'occasion de procéder à l'évaluation des dimensions affectées par la modification envisagée;
- la révision récente du processus d'appréciation de la qualité entourant la ressource;
- la nécessité de modifier l'entente spécifique ou particulière, ou encore d'utiliser l'addenda à cette fin.

⁵² Les ententes nationales ARIHQ et FRIJQ prévoient des modèles d'ententes particulières, respectivement à leur Annexe 1.

4.8 FICHIER DES RESSOURCES

Chaque établissement maintient un fichier des ressources avec lesquelles lui-même ou Santé Québec a conclu une entente. Ce fichier doit contenir toutes les ressources signataires d'une entente spécifique ou d'une entente particulière par type de clientèle ainsi que la durée de cette entente, la date à laquelle elle vient à échéance et le nombre de renouvellements convenu, le cas échéant.

APERÇU DE LA CINQUIÈME SECTION



AU PROGRAMME :

RELATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE

RELATION INDIVIDUELLE ET RELATION COLLECTIVE

ÉTABLIR LA RELATION INDIVIDUELLE

**MÉCANISMES DE COMMUNICATION ET DE CONCERTATION
ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE**

5 RELATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE

5.1 RELATION INDIVIDUELLE ET RELATION COLLECTIVE

La relation entre l'établissement et la ressource constitue un pilier essentiel à la qualité de la prestation de services aux usagers confiés à une RI ou à une RTF. Les modifications législatives des dernières années, conjuguées aux évolutions observées dans les textes des ententes collectives et nationales, invitent, les uns et les autres, à se familiariser de nouveau avec leurs rôles, leurs responsabilités et les modalités de collaboration devant prévaloir entre eux.

La LGSSSS a introduit de nouvelles dispositions susceptibles d'affecter la relation entre l'établissement et la ressource visée par la LRR et dite hors territoire⁵³. Comme il a déjà été abordé à la section 3, depuis le 1^{er} décembre 2024, l'article 1508⁵⁴ fait en sorte que la ressource, est représentée par l'association de ressources reconnue dans la région sociosanitaire où elle est située, et ce, indépendamment de l'établissement avec lequel elle est liée. Cela signifie qu'une telle ressource sera assujettie à l'entente collective conclue par l'association reconnue dans sa région sociosanitaire.

De ce fait, il est possible que la relation de la ressource et de l'établissement soit touchée puisque l'établissement avec lequel elle est liée doit, dans le cadre de leur relation contractuelle, appliquer une entente collective qui n'est pas nécessairement celle qui s'appliquait avant le 1^{er} décembre 2024.

De plus, une ressource qui envisage de déménager dans une autre région sociosanitaire devrait considérer le nouvel article 29.1 de la LRR⁵⁵ afin d'en connaître les possibles effets. Cette ressource devra également discuter de son projet avec l'établissement de Santé Québec avec lequel elle a contracté, puisque celui-ci n'est nullement tenu de l'accepter.

La relation entre l'établissement et la ressource s'amorce dès le début du processus de recrutement et se poursuit tant que le lien contractuel perdure entre eux. Elle repose sur une vision commune : offrir à chaque usager des services de qualité en fonction de sa condition ainsi que de ses besoins spécifiques, dans un environnement de vie respectueux, sécuritaire et stimulant et en tenant compte de son autonomie, de son parcours et de son projet de vie.

Cette relation se manifeste par des interactions continues, fondées sur la bonne foi, le respect, la transparence, la confiance mutuelle et la communication. Elle favorise la co-construction de solutions adaptées, dans une perspective de partenariat équitable qui exclut tout lien de subordination juridique entre l'établissement et la ressource⁵⁶.

Enfin, la relation entre l'établissement et la ressource doit s'actualiser conformément aux assises, aux orientations, aux principes directeurs du présent Cadre de référence ainsi qu'aux principes fondamentaux des ententes collectives et nationales. Elle doit aussi être empreinte des valeurs contemporaines reconnues, notamment l'inclusion, l'équité, la sécurité, l'empathie, la bientraitance et la justice.

⁵³ Une ressource hors territoire est une ressource localisée sur un territoire autre que celui de l'établissement avec lequel elle a conclu une entente spécifique.

⁵⁴ **1508.** À compter du jour de la fusion, une ressource visée par 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 (chapitre R-24.0.2) et qui est membre d'une association de ressources reconnue dans une autre région sociosanitaire que celle où elle est située devient, sans formalité, représentée par l'association de ressources reconnue dans la région sociosanitaire où la ressource est située.

⁵⁵ **29.1.** Une ressource dont le nouveau lieu de résidence est situé dans une région sociosanitaire différente de l'ancien, mais qui demeure liée au même établissement public, devient, sans autre formalité, représentée par l'association de ressources reconnue dans la région sociosanitaire de son nouveau lieu de résidence.

⁵⁶ Art. 63, al. 2 LRR.

5.1.1 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 accueillir ce dernier 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 elle 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 et la visée qu'ils partagent est celle d'offrir des services et un milieu de vie adaptés aux véritables besoins des usagers hébergés.

La relation individuelle entre l'établissement et la ressource est donc également une relation humaine dans laquelle l'écoute de l'autre et la considération de ses perspectives sont d'une très grande importance.

L'établissement et la ressource sont appelés à collaborer lorsqu'ils agissent dans le cadre du champ d'action qui est le leur. 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 s'inscrit dans un continuum de collaboration et d'amélioration continue. Par exemple, lorsque l'établissement ou la ressource constate qu'un service est manquant, inadéquat ou, au contraire, qu'il permet d'améliorer la condition de l'usager selon son projet de vie et selon ses besoins, il est essentiel que l'établissement et la ressource puissent en discuter. Ces échanges doivent être empreints d'humanisme et de respect.

5.1.2 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 sociaux⁵⁷ et les associations ou organismes représentatifs. Ces ententes définissent, entre autres, les conditions de prestation de services, les modalités de rétribution, les mécanismes de concertation, les modalités de formation continue et de perfectionnement 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 se doivent de 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.

Il est essentiel de noter que lorsqu'il est question de la relation collective, celle-ci ne relève plus du cadre de la relation individuelle. La relation collective s'inscrit plutôt dans une dynamique structurée par les droits d'association, de représentation et de négociation collective, et repose sur des ententes conclues à l'échelle nationale.

⁵⁷ Les ententes conclues depuis 2025, le sont avec le gouvernement du Québec, représenté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (ministre responsable des Services sociaux et de la Lutte contre l'itinérance) et le Bureau de la négociation gouvernementale (le Secrétariat du Conseil du trésor).

5.2 ÉTABLIR LA RELATION INDIVIDUELLE

La qualité de la relation entre l'établissement et la ressource aura indéniablement un effet positif sur la qualité des services offerts à l'utilisateur. Développer et maintenir une relation de qualité imposent une prise de décision en ce sens et une volonté commune de bâtir une relation positive mettant à contribution le savoir-être et le savoir-faire de chacun. Le savoir-être correspond d'abord aux qualités personnelles des individus et à leurs compétences comportementales et relationnelles qui permettent de s'adapter positivement à un nouveau contexte, de bien s'intégrer dans une équipe, de communiquer efficacement, de faire preuve d'initiative ou d'empathie.

Le respect mutuel, l'authenticité, l'ouverture d'esprit, la diplomatie, la souplesse, la reconnaissance de ses limites et la capacité à demander du soutien lorsque requis représentent des qualités hautement contributives au développement et au maintien d'une relation saine dont la personne hébergée pourra grandement bénéficier.

Le savoir-faire désigne les compétences techniques, la connaissance de moyens et les compétences acquises par l'expérience qui permettent l'accomplissement d'une tâche. Le savoir-faire se développe par la formation (acquisition de connaissances théoriques) et par l'expérimentation (développement de compétences, de la capacité à mettre en œuvre).

À ce titre, il est impératif que les intervenants et les gestionnaires des établissements, le répondant et le personnel de la ressource prennent connaissance des écrits (les lois, règlements, politiques et procédures, les guides, le présent Cadre de référence, les 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. De plus, le gestionnaire est responsable de l'évaluation du savoir-faire des membres de son équipe et doit s'assurer de leur mise à niveau lorsque nécessaire.

5.3 MÉCANISMES DE COMMUNICATION ET DE CONCERTATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LA RESSOURCE

Pour favoriser les relations individuelle et collective, l'établissement doit mettre en place différents mécanismes favorisant 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 au quotidien. Il est par ailleurs essentiel, dès la signature de son entente spécifique ou particulière, que la ressource soit informée de l'existence et du fonctionnement de tels mécanismes.

La communication se développe lorsque les acteurs concernés exercent des responsabilités mutuelles. La réussite des activités menées dans le cadre 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.

L'efficacité de la communication et de la concertation est conditionnelle à la transmission d'une information adéquate entre les parties. Par exemple, l'établissement fait connaître aux ressources ses politiques, ses procédures ainsi que son code d'éthique, les modalités de recrutement et d'évaluation des ressources, le processus de sélection des nouvelles ressources, les mécanismes d'accès aux ressources, les modalités du suivi professionnel de l'utilisateur et les modalités d'évaluation de la qualité des services, etc.

La communication est essentielle pour soutenir l'adaptation nécessaire des services offerts autant par la ressource que par l'établissement. Dans certaines situations, les parties doivent rapidement se transmettre des informations, notamment dès que survient un changement dans la condition

de l'utilisateur, une situation particulière susceptible d'affecter son bien-être ou son projet de vie, ou encore toute autre information ayant une incidence sur lui.

Le développement d'une relation harmonieuse entre l'établissement et la ressource implique, pour chacune des parties, la volonté de créer des conditions favorables à l'épanouissement d'une culture de collaboration et de concertation dans le respect de leurs responsabilités et de leur autonomie. Une telle attitude favorisera la réussite de leur mission et contribuera à une offre de services de qualité aux usagers.

APERÇU DE LA SIXIÈME SECTION



AU PROGRAMME :

CRITÈRES GÉNÉRAUX DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE

VÉRIFICATION DE LA CONFORMITÉ AUX CRITÈRES GÉNÉRAUX
DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE

CRITÈRES GÉNÉRAUX DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE

CLAUSES DÉROGATOIRES

6 CRITÈRES GÉNÉRAUX DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE

6.1 VÉRIFICATION DE LA CONFORMITÉ AUX CRITÈRES GÉNÉRAUX DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE

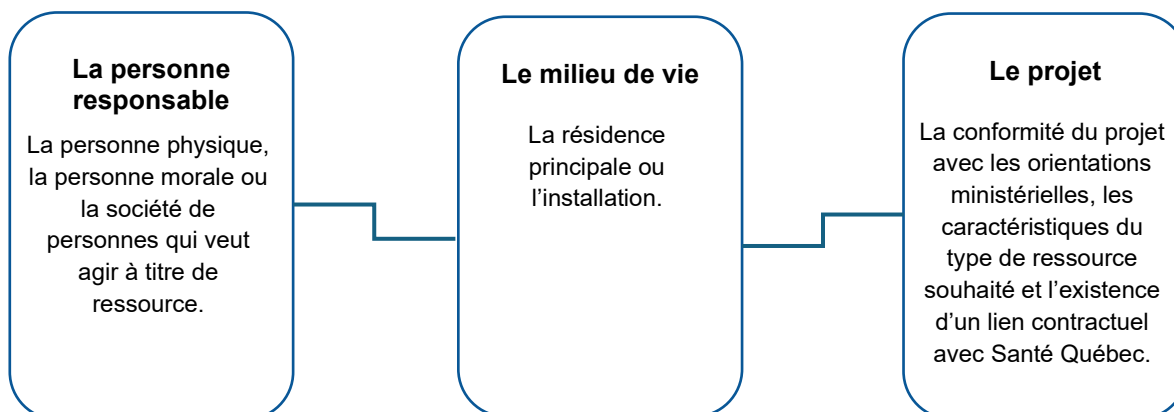
Toute ressource, qu'elle soit une RI ou une RTF avec ou sans limitations d'exercice, doit, pour légitimement s'identifier et agir à ce titre, être partie à une entente spécifique ou particulière conclue avec Santé Québec, représentée par un de ses établissements, comme il est prévu par la LGSSSS.

Pour ce faire, elle doit minimalement répondre aux critères généraux déterminés par le ministre qui seront pris en compte lors de la démarche de recrutement et d'évaluation décrite à la section 4 du présent Cadre de référence.

Les critères généraux du ministre :

- sont observables et universels, dans le sens où ils concernent toutes les ressources et tous les programmes-services, bien que certains pourront s'appliquer différemment en raison du type d'organisation résidentielle visée;
- constituent les exigences qui permettront l'accès à la conclusion d'une entente;
- doivent être applicables par le postulant ou la ressource, le cas échéant;
- ne sont pas confondus avec les moyens qui seront utilisés par l'établissement en vue de procéder à leur vérification (déclarations, références, documents, etc.);
- ont pour objectif de permettre un milieu de vie de qualité et sécuritaire aux usagers hébergés.

De plus, les composantes de la ressource ont toutes été considérées pour s'assurer du respect de ces critères généraux déterminés par le ministre, lesquels constituent les éléments minimaux visant à garantir la qualité des services offerts. Les trois composantes d'une ressource sont les suivantes :



Certains critères s'adressent aux deux types de ressources, les RI et les RTF, tandis que d'autres sont particuliers à l'un ou à l'autre. Par ailleurs, les ressources de type familial faisant l'objet d'une limitation d'exercice seront exemptées de l'application de certains critères, selon la nature de cette limitation.

6.1.1 Balises de vérification

Afin de mieux encadrer la vérification de la conformité aux critères généraux déterminés par le ministre, des éléments de validation ont été définis pour chacun d'eux. Ces éléments sont proposés en vue de faciliter la mise en œuvre de la démarche. Toutefois, il sera loisible à Santé Québec de les adapter selon les besoins et l'évolution conjoncturelle du secteur des RI-RTF.

6.1.2 Fréquence de vérification

La fréquence de vérification de la conformité aux critères généraux déterminés par le ministre varie selon la nature desdits critères. Elle vise essentiellement à s'assurer, dans le temps, du maintien par la ressource de sa conformité aux critères généraux déterminés par le ministre.

La démarche d'évaluation est effectuée par les établissements, conformément à leur plan de recrutement et d'évaluation⁵⁸, en vue de s'assurer de la conformité de l'offre de services présentée par un postulant, ou encore de vérifier le maintien de la conformité d'une ressource déjà en exercice aux critères généraux déterminés par le ministre. Cette démarche s'appuie sur les principes suivants :

- Le postulant ou la ressource sont les premiers responsables de la conformité aux critères généraux déterminés par le ministre ou de son maintien dans le temps.
- L'établissement est responsable de l'évaluation de la conformité des composantes de la ressource aux critères généraux déterminés par le ministre.
- L'établissement est responsable de mettre en œuvre une procédure permettant la vérification du maintien de la conformité des composantes de la ressource aux critères généraux et de l'informer de cette procédure.
- L'établissement est imputable de sa décision quant à l'appréciation de la conformité des composantes de la ressource aux critères généraux.

La directive ministérielle⁵⁹ portant sur le recrutement et la vérification de la conformité aux critères généraux déterminés par le ministre pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial contient des informations pouvant être très utiles au travail de vérification, en plus de rendre disponibles des formulaires dont l'utilisation est fortement recommandée.

6.1.3 Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant

Les critères généraux déterminés par le ministre sont les critères minimaux obligatoires que Santé Québec et ses établissements doivent considérer et forcément appliquer dans leur démarche. Ces critères sont complémentaires aux lois et règlements applicables, comme la Loi sur le bâtiment⁶⁰, la Loi sur la sécurité incendie⁶¹ et les règlements municipaux.

Par ailleurs, sur la base de ces critères et de ses propres exigences, l'établissement doit produire un formulaire d'offre de services dont la complétion repose essentiellement sur la bonne foi, puis le remettre au postulant. Ce dernier est donc responsable de la qualité, de l'exhaustivité et de la véracité des renseignements qu'il fournit.

6.1.4 Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité auprès d'une ressource

Il est de la responsabilité de Santé Québec d'établir les modalités de vérification quant au maintien de la conformité aux critères généraux déterminés par le ministre. Pour ce faire, l'établissement

⁵⁸ Figure 8.

⁵⁹ *Supra*, note 37. Cette directive est ci-après désignée sous l'appellation « Dir.G26 ».

⁶⁰ RLRQ, c. B-1.1.

⁶¹ RLRQ, c. S-3.4.

détermine la démarche qu'il entend utiliser pour s'assurer que les ressources maintiennent, dans le temps, leur conformité aux critères généraux. Ces dernières doivent être informées de la démarche et invitées à contribuer à sa réalisation.

Lorsque survient un changement dans la situation de la ressource qui a une incidence sur la conformité à un ou plusieurs critères généraux déterminés par le ministre, les personnes physiques ou morales avec lesquelles l'entente a été conclue ont la responsabilité d'en informer l'établissement. Ce dernier analysera la situation et effectuera, le cas échéant, une nouvelle vérification de conformité aux critères en question. Si le changement survenu est lié aux antécédents judiciaires, l'analyse et la vérification doivent être effectuées systématiquement selon la démarche décrite ci-après au critère 4.

6.2 CRITÈRES GÉNÉRAUX DÉTERMINÉS PAR LE MINISTRE

6.2.1 Critères liés à la personne responsable (1 à 8)

Les critères liés à la personne responsable concernent certaines caractéristiques qui lui sont propres. C'est pourquoi certains d'entre eux sont modulés différemment en fonction, notamment, du type de ressource et de la personnalité juridique du postulant (personne physique, personne morale ou société de personnes).

CRITÈRE 1 – MAJORITÉ

Ce critère vise à s'assurer que la personne possède l'âge légal de la majorité lui permettant d'exercer l'ensemble de ses droits civils, notamment celui de signer un contrat.

Milieu	Modalités
RI	La personne physique, le dirigeant ou l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désire exploiter une ressource intermédiaire est majeur.
RTF	La personne physique qui désire accueillir des usagers est majeure.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exception
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Vérifier que le postulant est majeur sur présentation d'une carte d'identité officielle avec photo (par exemple : carte d'assurance maladie, permis de conduire, passeport).	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Lorsqu'un responsable doit être ajouté à l'entente, il importe de s'assurer que la personne proposée est majeure, sur présentation d'une pièce d'identité officielle avec photo (par exemple : carte d'assurance maladie, permis de conduire, passeport).	Aucune.

CRITÈRE 2 – CITOYENNETÉ

Ce critère vise à s'assurer que la personne a le droit de vivre sur le territoire canadien.

Milieu	Modalités
RI et RTF	Pour remplir l'exigence de ce critère, tout postulant ou répondant d'une RI ou d'une RTF, doit détenir l'un ou l'autre des statuts suivants : La citoyenneté canadienne Un citoyen canadien est une personne canadienne de naissance ou une personne qui, après avoir demandé la citoyenneté canadienne à Immigration et Citoyenneté Canada, a reçu son certificat de citoyenneté⁶². La résidence permanente Un résident permanent n'est pas un citoyen canadien, mais a le droit d'entrer au pays et d'y demeurer. Un résident permanent doit vivre au Canada pendant deux années pour chaque période de cinq ans, sans quoi il risque de perdre son statut de résident permanent⁶³.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exception
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Le citoyen canadien : un certificat de citoyenneté ou tout document officiel qui prouve la citoyenneté canadienne (par exemple : le passeport canadien). Le résident permanent : les documents suivants sont des attestations officielles du statut de résident permanent au Canada : la fiche relative au droit d'établissement (émise avant 2002), la confirmation de résidence permanente ou la carte de résident permanent. Dans ces deux cas, <u>il est essentiel de verser une copie du document au dossier du postulant au SIRTf.</u> Le travailleur étranger temporaire : un permis de travail valide délivré par le gouvernement du Canada.	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Le citoyen canadien : aucune vérification n'est requise lors de la vérification du maintien de la conformité pour les ressources actives. Le résident permanent : les documents suivants sont des attestations officielles du statut de résident permanent au Canada : la fiche relative au droit d'établissement (émise avant 2002), la confirmation de résidence permanente ou la carte de résident permanent. <u>Il est important de verser une copie du document au dossier de la ressource au SIRTf.</u>	À l'égard du travailleur étranger temporaire Le travailleur étranger temporaire a la possibilité de présenter une offre de services comme postulant, <u>mais uniquement</u> si son objectif est de devenir une famille d'accueil de proximité (FAP).

⁶² GOUVERNEMENT DU CANADA, Immigration et citoyenneté. En ligne : [Citoyennete canadienne - Canada.ca](http://Citoyennete.canada.ca).

⁶³ GOUVERNEMENT DU CANADA, Immigration et citoyenneté. En ligne : [Vivre au Canada de façon permanente - Canada.ca](http://VivreauCanada.ca).

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exception
Un travailleur étranger doit détenir un permis de travail temporaire délivré par Emploi et Développement social Canada préalablement au processus d'évaluation. Dans ce cas, le postulant s'engage à faire les démarches nécessaires pour demeurer au Québec. Il est donc important qu'une analyse soit préalablement effectuée selon la volonté du postulant, le profil clinique de l'enfant et son projet de vie. Nous nous référons ici aux articles 3 et 4 de la LPJ⁶⁴. <u>Il est essentiel de verser une copie du permis de travail valide au dossier du postulant au SIRTf.</u>	Fréquence : La vérification doit être effectuée lors du renouvellement ou de la signature de l'entente, à l'expiration de la carte de résident permanent ou lorsque l'établissement a des raisons de croire que cette démarche de vérification est nécessaire. • Le travailleur étranger temporaire : un permis de travail valide délivré par le gouvernement du Canada. Fréquence : Bien que l'entente spécifique d'une famille d'accueil de proximité ne prévoie que des places spécifiques et ne puisse, par conséquent, faire l'objet d'un renouvellement, la vérification doit être réalisée dans le cas d'un travailleur étranger temporaire, <u>avant la date d'échéance</u> de son permis de travail. <u>Il est essentiel de verser une copie du permis de travail valide au dossier de la ressource au SIRTf.</u>	

⁶⁴ LPJ, **art. 3.** L'intérêt de l'enfant est la considération primordiale dans l'application de la présente loi. Les décisions prises en vertu de celle-ci doivent l'être dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits. Sont pris en considération, outre les besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial incluant les conditions socioéconomiques dans lesquelles il vit, et les autres aspects de sa situation.

art. 4. Toute décision prise en vertu de la présente loi doit viser la continuité des soins ainsi que la stabilité des liens d'un enfant et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge. En conséquence, le maintien de l'enfant dans son milieu familial doit être privilégié à condition qu'il soit dans l'intérêt de cet enfant. Lorsque le maintien de l'enfant dans son milieu familial n'est pas dans son intérêt, l'enfant doit être confié en priorité à des personnes qui lui sont les plus significatives, notamment les grands-parents et les autres membres de la famille élargie. Lorsqu'il n'est pas dans l'intérêt de l'enfant qu'il soit confié à ces personnes, l'enfant doit alors être confié à un milieu de vie se rapprochant le plus d'un milieu familial. Lorsque le retour de l'enfant dans son milieu familial n'est pas dans son intérêt, la décision doit, de façon permanente, assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge.

CRITÈRE 3 – ABSENCE DE FIN D'ENTENTE D'HÉBERGEMENT ANTÉRIEURE AVEC UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ LIÉE À DES MOTIFS INCOMPATIBLES AVEC LA FONCTION

Ce critère vise à s'assurer que le postulant ou la ressource en exercice n'a pas fait l'objet d'une fin d'entente (par exemple : une résiliation) effectuée par un autre établissement public ou privé pour toute situation d'abus ou pour motif sérieux.

Milieu	Modalités
RI et RTF	La personne physique, le dirigeant, les actionnaires, l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désirent exploiter une ressource intermédiaire, et la personne physique qui désire opérer une ressource de type familial n'ont pas fait l'objet d'une fin d'entente pour toute situation d'abus (par exemple : abus sexuel, physique, financier, mauvais traitements psychologiques, auteur de violence conjugale ou de négligence grave). OU La personne physique, le dirigeant, les actionnaires, l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désirent exploiter une ressource intermédiaire, et la personne physique qui désire opérer une ressource de type familial n'ont pas fait l'objet d'une fin d'entente, notamment pour des motifs sérieux. Cela pourrait impliquer que la ressource n'ait pas assuré, entre autres, la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs usagers.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Important
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Les vérifications qui suivent nécessitent une analyse exhaustive et spécifique de la situation de chaque postulant. Vérifier l'existence d'une entente antérieure au SIRTF. Se référer également au Guide d'utilisateur – Vérification du postulant⁶⁵. Vérifier les informations apparaissant au formulaire : <i>Déclaration et engagement du postulant</i>, lequel se trouve en	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Vérifier les informations apparaissant au formulaire : <i>Déclaration et engagement de la RI-RTF</i>, lequel se trouve en annexe à la directive ministérielle G26 mentionnée précédemment « Dir.G26. » Le formulaire comprend, notamment, une déclaration selon laquelle la RI ou la RTF n'a jamais fait l'objet d'une fin d'entente pour motif sérieux ou toute situation d'abus au Québec ou ailleurs.	Des balises spécifiquement applicables à la clientèle jeunesse de tous les programmes-services sont présentées à la page 57.

⁶⁵ *Guide de l'utilisateur – Vérification du postulant*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, 16 pages.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Important
annexe à la directive dont la codification permanente est 02.02.43.14. au Répertoire des directives ministérielles⁶⁶. Le formulaire comprend, notamment, une déclaration selon laquelle le postulant n'a jamais fait l'objet d'une fin d'entente pour motif sérieux ou toute situation d'abus au Québec ou ailleurs. Dans le cas où un postulant aurait déjà conclu une entente avec un établissement et que cette dernière aurait pris fin, la vérification de ce critère permet de recueillir des informations sur les raisons qui ont conduit à la fin de cette entente. Il est important que l'établissement connaisse précisément les raisons qui ont conduit à une fin d'entente pour vérifier si des motifs sérieux ou une situation d'abus en étaient la cause, le cas échéant. Dans la négative, il faudra évaluer si les raisons rendent le postulant inapte à agir de nouveau à titre de RI ou de RTF et inapte à offrir un milieu sécuritaire aux usagers. Des démarches peuvent être nécessaires afin de vérifier les ententes antérieures avec d'autres établissements. Dans de telles situations, une autorisation d'échanges d'informations entre les établissements et Santé Québec est requise. Si le postulant a fait l'objet d'une fin d'entente pour motifs sérieux ou pour une situation d'abus, l'établissement ne pourra conclure une entente avec lui, quel que soit le délai écoulé depuis cette fin d'entente. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>	Dans les cas des RI : Lors du renouvellement d'une entente ou en cours d'entente, si l'établissement reçoit des informations concernant la résiliation d'une autre entente particulière en raison de situations d'abus ou de motifs sérieux liés à une autre RI dont le promoteur est responsable, l'individualité de chacune des RI doit être prise en compte. Chaque milieu doit être analysé comme un projet distinct. Cependant, l'établissement demeure responsable de vérifier et de s'assurer de la qualité de la prestation des services. Il importe de connaître précisément les motifs qui ont engendré une fin d'entente pour motifs sérieux ou pour toute situation d'abus, puisque cela peut renvoyer à différentes situations. Il faut évaluer si ces motifs rendent la ressource actuelle inapte à agir à titre de RI et inapte à offrir un milieu sécuritaire aux usagers. Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement ou de la signature de l'entente; • lors de toute nouvelle information portée à l'attention de l'établissement relativement à une fin d'entente avec un autre établissement. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf.</u>	

⁶⁶ Dir.G26.

Les balises ci-dessous sont spécifiquement applicables lorsqu'il s'agit de la clientèle jeunesse de tous les programmes-services.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Le postulant ne doit pas avoir fait l'objet d'un suivi au cours des cinq dernières années dans le cadre de l'application de la LPJ à la suite d'un signalement retenu ou dans le cadre de l'application de la LGSSSS. Toute situation impliquant un suivi en vertu de la LPJ et de la LGSSSS pour une situation familiale, sans égard au motif et à la durée du suivi, doit faire l'objet d'une analyse clinique rigoureuse afin que l'établissement se positionne sur la recevabilité du projet du postulant. L'établissement doit exiger du postulant un formulaire d'engagement et l'autorisation de vérification auprès de la Direction de la protection de la jeunesse. <u>Il est important de verser une note évolutive ainsi que le formulaire d'engagement et l'autorisation de vérification au dossier du postulant au SIRTf.</u> [Programme JED seulement : une fois l'analyse clinique rigoureuse effectuée, les situations doivent être portées à l'attention du DPJ qui se positionnera sur la viabilité du projet du postulant.]	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Si, en cours d'entente, le responsable de la ressource fait l'objet d'un signalement retenu dans le cadre de l'application de la LPJ ou d'un suivi dans le cadre de la LGSSSS en lien avec une situation familiale (peu importe le motif ou la durée du suivi), une analyse clinique rigoureuse et collaborative devient impérative. Cette analyse vise à évaluer les effets sur les enfants hébergés et à déterminer si les circonstances rendent le responsable inapte à poursuivre son projet. Toutes les situations impliquant un suivi en vertu de la LPJ ou de la LGSSSS doivent faire l'objet d'une analyse rigoureuse et approfondie, sans exclusion systématique. Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement ou de la signature de l'entente; • lors de toute nouvelle information portée à l'attention de l'établissement concernant un signalement retenu dans le cadre de la LPJ ou d'un suivi dans le cadre de la LGSSSS en lien avec une situation familiale. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf.</u>

CRITÈRE 4 – ABSENCE D'ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES EN LIEN AVEC LA FONCTION

Ce critère vise à assurer la protection et la sécurité des usagers en procédant à une démarche de vérification et d'analyse rigoureuse tout en évitant de porter préjudice au postulant ou à la ressource ainsi qu'aux personnes visées par les vérifications.

Milieu	Modalités	
RI et RTF	La personne physique qui désire opérer une ressource de type familial ou la personne physique, le dirigeant ou l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désire exploiter une ressource intermédiaire n'a pas d'antécédent judiciaire en lien avec les aptitudes requises et la conduite nécessaire à la fonction de ressource. Toute personne majeure, autre qu'un usager, vivant dans la ressource, en permanence ou en intermittence, n'a pas d'antécédent judiciaire qui pourrait compromettre la santé ou la sécurité des usagers hébergés. La ressource n'est pas légalement tenue de fournir à l'établissement les formulaires relatifs aux antécédents judiciaires de ses propres employés, et ce, tant pour les RI que pour les RTF. Cependant, la ressource est responsable de procéder à la vérification de leurs antécédents judiciaires pour assurer la sécurité de son milieu⁶⁷. Une personne est considérée avoir un antécédent judiciaire si : • elle a fait l'objet d'une déclaration de culpabilité pour une infraction criminelle ou pénale, commise au Canada ou à l'étranger, sauf si un pardon a été obtenu pour cette infraction; • elle fait l'objet d'une accusation toujours en cours pour une infraction criminelle ou pénale, commise au Canada ou à l'étranger; • une ordonnance judiciaire subsiste contre elle au Canada ou à l'étranger.	
1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Le postulant doit s'engager à s'assurer qu'en tout temps, toute personne requise pour agir auprès des usagers n'a pas d'antécédent judiciaire en lien avec la fonction.	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : La ressource doit s'assurer qu'en tout temps, toute personne requise pour agir auprès des usagers n'a pas d'antécédent judiciaire en lien avec la fonction.	Famille d'accueil de proximité (FAP) Une exemption peut s'appliquer uniquement lorsqu'une ordonnance est rendue par la Chambre de la jeunesse de la Cour du

⁶⁷ Dir.G26.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Les formulaires <i>Déclaration et engagement du postulant</i> et <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i> sont disponibles en annexe à la directive ministérielle G26 mentionnée précédemment⁶⁸. L'établissement doit effectuer les vérifications concernant le postulant. À cet effet, ce dernier doit transmettre à l'établissement les renseignements exigés le concernant et permettre les vérifications requises faisant foi du respect des critères généraux déterminés par le ministre. Cette procédure est également applicable pour les personnes majeures vivant dans le milieu de vie du postulant, puisque ces personnes font partie de l'entité que constitue la ressource. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>	À l'égard des personnes qu'elle embauche, la ressource est, par conséquent, en droit d'exiger de ces personnes qu'elles déclarent leurs antécédents judiciaires et consentent à la vérification de ceux-ci. Toutefois, la ressource ne peut transmettre ces renseignements à l'établissement sans avoir préalablement obtenu le consentement de la personne visée. Les formulaires <i>Déclaration et engagement de la RI-RTF</i> et <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i> sont disponibles en annexe à la directive ministérielle G26⁶⁹. L'établissement doit effectuer les vérifications concernant la ressource. Ainsi, la ressource transmet à l'établissement les renseignements lui permettant d'effectuer les vérifications requises faisant foi du respect des critères généraux déterminés par le ministre. Cette procédure est également applicable aux personnes majeures vivant dans le milieu de vie du responsable de la ressource, hormis les usagers, puisque ces personnes font partie de l'entité que constitue la ressource. Tant que l'entente est maintenue entre l'établissement et la ressource, la conformité de la ressource à ce critère doit être maintenue, et ce, pour toutes les personnes physiques ou morales concernées ou celles requises pour agir auprès de l'utilisateur.	Québec, compte tenu du contexte particulier de ces milieux de vie que sont les FAP et qui s'inscrit dans l'esprit de l'article 4 LPJ⁷⁰.

⁶⁸ Dir. G26.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
	Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement ou de la signature de l'entente; • lorsque l'établissement a des raisons de croire que cette démarche est nécessaire. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf, ainsi que la preuve de vérification d'antécédents judiciaires en lien avec la fonction.</u>	
!! ATTENTION À L'EFFET DU TEMPS !! Temps écoulé depuis la connaissance de l'antécédent judiciaire en lien avec la fonction : La conformité des critères généraux doit être maintenue dans le temps. Ainsi, une fois l'entente spécifique ou particulière conclue, si l'établissement apprend l'existence d'un antécédent judiciaire en lien avec la fonction d'une personne visée par le critère 4, il doit agir <u>promptement</u>. En effet, si le temps écoulé entre le moment de la connaissance de cet antécédent judiciaire et celui de la réaction est trop long, il pourrait être difficile de faire la démonstration que cet antécédent judiciaire en lien avec la fonction rend la ressource inapte à exercer, puisque même après avoir eu connaissance d'un tel antécédent, l'établissement aurait maintenu les usagers dans cette ressource.		

3

Balises de vérification

Quels documents permettent de procéder à la vérification ?

Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant **ET** lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice :

- Le Rapport de vérification des antécédents judiciaires rempli par le corps de police ou un service de vérification privé relativement au postulant ou à la ressource.

Un corps policier ou un service de vérification privé pourrait utiliser son propre formulaire de vérification des antécédents judiciaires dans la mesure où les mêmes renseignements y seraient consignés.

- La VAE : la vérification d'absence d'empêchement est une mesure fort importante pour le MSSS. Toutefois, au moment de la révision actuelle du présent Cadre de référence, les textes législatif et réglementaire ne permettent pas encore de la rendre obligatoire.

En effet, l'article 39 de la Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui (2026, chapitre 19), sanctionnée le 12 juin 2026, introduit dans la LGSSSS une nouvelle section imposant à tout établissement de Santé Québec de s'assurer, pour l'utilisation des services d'une RI ou d'une RTF offrant de l'hébergement à des enfants en situation de vulnérabilité au sens de la LGSSSS, que les personnes visées soient titulaires d'une attestation d'absence d'empêchement valide. Cette nouvelle section prévoit également que le gouvernement peut édicter un règlement précisant le cadre et les modalités applicables à cette vérification.

Cependant, selon les termes de l'article 88 de cette même loi, l'article 39 n'entre en vigueur qu'à une date déterminée par le gouvernement. Ce n'est donc qu'à la suite de la prise d'un décret que cette section de la LGSSSS entrera en vigueur et permettra l'adoption du règlement attendu.

Ainsi, la VAE sera obligatoire, telle qu'encadrée par règlement, à compter de la date fixée dans un décret que prendra le gouvernement à cet égard.

Dans l'intervalle, il est recommandé de poursuivre la démarche de vérification avec le service déjà accessible dans chacune des régions sociosanitaires.

3

Balises de vérification

Quel type d'analyse est-il recommandé de privilégier lors d'une démarche de vérification des antécédents judiciaires en lien avec la fonction ?

L'appréciation de ce critère exige une analyse prudente et avisée. Elle doit conduire à ne disqualifier que le postulant inapte à remplir la fonction de ressource, en raison d'un antécédent judiciaire qui lui est propre ou ayant une incidence sur sa prestation de services.

L'appréciation du lien entre l'antécédent judiciaire et la fonction repose notamment sur le fait que les tâches :

- placent la personne en lien direct et fréquent avec les personnes hébergées;
- font appel à un haut niveau de responsabilité.

Ce critère n'exclut pas automatiquement un postulant, qu'il soit une personne physique, le dirigeant ou l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désire exploiter une ressource, sur la seule base d'une accusation ou d'un délit de nature pénale ou criminelle, à l'exception de certains délits contre la personne (agression sexuelle, voie de fait grave, agression armée, etc.).

Seul un antécédent judiciaire pouvant avoir une incidence sur « les aptitudes requises et la conduite nécessaire à l'exercice de la fonction de ressource » doit être pris en considération. L'objectif d'assurer la protection et la sécurité de l'usager doit être réalisé dans le respect des droits de la personne faisant l'objet d'une vérification.

Au moment de son analyse, l'établissement doit tenir compte de la fonction exercée par la personne faisant l'objet d'une vérification afin de rendre sa décision. Une fois la décision prise, il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant ou au dossier de la ressource au SIRTE.

3

Balises de vérification

CLIENTÈLE VULNÉRABLE

Vérification des antécédents judiciaires des personnes œuvrant auprès d'une clientèle vulnérable effectuée par la Sûreté du Québec⁷¹ :

Ce type de vérification concerne des personnes œuvrant au sein de milieux qui accueillent une clientèle vulnérable. L'article 6.3 (1) de la Loi sur le casier judiciaire (titre abrégé)⁷² définit la notion de personne vulnérable en ces termes :

« Au présent article, **personne vulnérable** s'entend d'une personne qui, en raison de son âge, d'une déficience ou d'autres circonstances temporaires ou permanentes :

- a) soit est en position de dépendance par rapport à d'autres personnes;
- b) soit court un risque d'abus ou d'agression plus élevé que la population en général de la part d'une personne en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis d'elle. »

Si la vérification des antécédents judiciaires révèle un antécédent judiciaire, une analyse de la situation est nécessaire.

Cette analyse doit conduire à n'écarter que la ressource inapte à remplir la fonction de ressource, en raison d'un antécédent judiciaire qui lui est propre ou ayant une incidence sur sa prestation de services.

Il est recommandé de mettre en place un comité d'examen des antécédents afin d'étudier les situations litigieuses. Après avoir examiné les renseignements qui sont fournis, le comité donne son avis quant à la possibilité ou non d'exercer la fonction.

⁷¹ En ligne : *Procédure de vérification des antécédents judiciaires des personnes œuvrant auprès d'une clientèle vulnérable*, Sûreté du Québec (consultée le 5 mai 2026).

⁷² En ligne : *L.R.C., 1985, ch. C-47*.

Portée du critère 4 concernant la vérification des antécédents judiciaires en lien avec la fonction :

- ne vise pas seulement le postulant lui-même ou la ressource;
- implique une démarche de la part de l'établissement et du postulant ou de la ressource;
- doit être mis à jour selon les indications inscrites dans les fréquences;
- doit être abordé avec une grande rigueur afin d'assurer la protection et la sécurité des usagers et d'éviter de porter préjudice au postulant ou à la ressource ainsi qu'aux autres personnes visées par la vérification;
- repose sur la collaboration des corps policiers ou d'un service de vérification privé.

Frais engagés

L'utilisation de l'un ou l'autre des services entraîne des coûts qui sont, dans tous les cas, à la charge du postulant ou de la ressource.

Délai de traitement

Le postulant ou la ressource et l'établissement devront tenir compte du délai de traitement des demandes de vérification qui peut varier en fonction du service.

Résultats du rapport de vérification

Il est de la responsabilité de l'établissement de désigner une personne responsable du processus de vérification qui reçoit les formulaires du postulant et de la ressource, et en fait l'analyse.

À la suite de cette analyse, six scénarios peuvent se présenter.

L'établissement doit alors établir le niveau d'information qu'il entend recevoir en fonction de chacun de ces scénarios.

Scénarios possibles selon les résultats des rapports de vérification des antécédents judiciaires		
SCÉNARIOS	PRÉCISIONS	POURSUITE OU NON DE L'ÉVALUATION
Scénario 1 Aucun antécédent judiciaire	Le rapport de vérification relatif au postulant ne fait mention d'aucun antécédent judiciaire.	L'établissement poursuit le processus d'évaluation du postulant.
Scénario 2 Présence d'un antécédent judiciaire sans lien avec la fonction	Le rapport de vérification relatif au postulant révèle la présence d'un antécédent judiciaire. Après analyse, l'établissement estime que l'antécédent judiciaire ne met clairement pas en cause la capacité du postulant à agir à titre de ressource, puisque cet antécédent n'est pas lié à la fonction.	L'établissement poursuit le processus d'évaluation du postulant.

Scénarios possibles selon les résultats des rapports de vérification des antécédents judiciaires		
SCÉNARIOS	PRÉCISIONS	POURSUITE OU NON DE L'ÉVALUATION
Scénario 3 Présence d'un antécédent judiciaire <u>en lien</u> avec la fonction	Le rapport de vérification relatif au postulant révèle la présence d'un antécédent judiciaire. Après analyse, l'établissement estime que l'antécédent judiciaire met clairement en cause la capacité du postulant à agir à titre de ressource, puisqu'il est lié à la fonction.	L'établissement met fin au processus d'évaluation du postulant.
Scénario 4 Présence d'un antécédent judiciaire requérant une <u>analyse approfondie</u>	Le rapport de vérification relatif au postulant révèle la présence d'un antécédent judiciaire et, après analyse, l'établissement n'est pas en mesure de déterminer clairement si cet antécédent est ou n'est pas en lien avec la fonction de ressource.	La situation demande un niveau plus approfondi d'analyse. L'établissement s'adresse alors au comité d'examen des antécédents ou à l'instance que l'établissement a mis en place pour procéder à ces analyses.
Scénario 5 Présence d'un antécédent judiciaire chez <u>une personne majeure autre que l'usager</u> qui vit dans la ressource, de façon permanente ou intermittente, lequel antécédent ne pourrait compromettre la santé ou la sécurité des personnes hébergées	Le rapport de vérification révèle la présence d'un antécédent judiciaire pour une personne majeure autre que l'usager et vivant au sein de la ressource. Après analyse, l'établissement estime que l'antécédent judiciaire ne pourrait, clairement pas, compromettre la santé ou la sécurité des usagers hébergés.	L'établissement poursuit le processus d'évaluation du postulant.
Scénario 6 Présence d'un antécédent judiciaire chez <u>une personne majeure autre que l'usager</u> qui vit dans la ressource, de façon permanente ou intermittente, lequel antécédent pourrait compromettre la santé ou la sécurité des personnes hébergées	Le rapport de vérification révèle la présence d'un antécédent judiciaire pour une personne majeure autre que l'usager et vivant au sein de la ressource. Après analyse, l'établissement estime que l'antécédent judiciaire pourrait clairement compromettre la santé ou la sécurité des usagers hébergés.	L'établissement doit évaluer avec le postulant les solutions possibles.

Procédure dans le cas d'un antécédent judiciaire requérant une analyse approfondie (scénario 4)

Modalités

L'analyse des situations touchant les personnes ayant des antécédents judiciaires est une opération délicate et susceptible d'avoir une incidence importante sur celles-ci. La mise en place d'un mécanisme de traitement par l'établissement, comme un comité d'examen des antécédents, est fortement recommandée pour analyser les situations plus complexes pour lesquelles la personne responsable n'est pas en mesure de prendre une décision.

Ce mécanisme permet une analyse objective. Il peut impliquer différents acteurs de l'établissement, notamment : gestionnaire des risques, gestionnaire des incidents et accidents, gestionnaire de la qualité, clinicien, etc.

Confidentialité des renseignements

Conformément aux dispositions législatives applicables, l'établissement doit prendre les moyens nécessaires pour assurer un traitement confidentiel des renseignements personnels. Il doit notamment s'assurer que les renseignements relatifs aux antécédents judiciaires ne soient accessibles qu'aux personnes qui ont besoin de les recevoir en raison de leurs responsabilités.

Fondement de l'analyse

L'analyse du lien entre un antécédent judiciaire et une fonction doit être fondée sur l'absolue nécessité de concilier la protection des usagers hébergés et le respect des droits fondamentaux des personnes. Il importe également d'examiner les circonstances particulières de l'événement en cause en tenant compte de la nature de l'antécédent judiciaire et de sa relation avec la fonction.

Plusieurs éléments seront pris en compte pour conclure à la présence ou à l'absence d'un lien entre l'antécédent judiciaire et la fonction. Selon la nature et la gravité de l'antécédent judiciaire, il peut arriver qu'un seul élément mène à la conclusion d'une incompatibilité entre l'exercice d'une fonction et cet antécédent. Dans d'autres circonstances, ce n'est pas tant la nature de l'antécédent que la nature de la fonction ou un ensemble d'éléments qui peut conduire à la conclusion d'un lien.

Une analyse rigoureuse de la situation exige aussi de prendre en considération d'autres éléments, comme la conduite de la personne depuis que l'infraction a été commise ou le fait que celle-ci a fait les démarches en vue d'obtenir un pardon. Une fois connus, ces renseignements font partie intégrante de l'analyse et ils doivent être transmis à l'établissement.

Certains éléments à prendre en considération

Protection des personnes vulnérables

L'objectif principal de la décision que doit prendre l'établissement à propos d'une personne ayant des antécédents judiciaires demeure la protection des usagers qu'il confie à la ressource. Le niveau de risque que représente une personne ayant des antécédents judiciaires pour la sécurité et l'intégrité des usagers doit être évalué rigoureusement. À cet égard, les antécédents de crimes contre la personne doivent être pris en compte de façon distinctive.

Nature des tâches

Ce critère d'analyse vise à établir la relation entre l'antécédent judiciaire et la nature des fonctions. La personne qui accueille dans sa résidence principale des personnes vulnérables occupe une position de confiance et assume un haut degré de responsabilité par les tâches qu'elle accomplit, le modèle qu'elle représente et les valeurs qu'elle véhicule.

Il devient donc important de considérer le degré de responsabilité et de confiance de la part de toutes les personnes vérifiées. Ainsi, un même antécédent judiciaire n'aura pas la même signification pour l'administrateur de la compagnie qui a pour fonction de gérer les affaires de l'entreprise que pour le répondant qui offre des services de soutien ou d'assistance quotidiens aux usagers.

Pour les RI

L'évaluation des antécédents judiciaires du dirigeant et de l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désirent exploiter une ressource intermédiaire et qui ne sont pas en lien avec les usagers hébergés est d'un tout autre registre.

L'appréciation du lien portera davantage sur les qualités morales et de gestion ainsi que sur l'image publique. Par exemple, une ressource dont les administrateurs ou les dirigeants auraient des antécédents de fraude ou d'usurpation de biens publics n'aurait pas la réputation attendue d'un collaborateur du réseau de la santé et des services sociaux. En ce qui concerne les personnes morales, c'est l'Autorité des marchés publics qui établit si un antécédent rend cette entreprise inapte à contracter avec un organisme public; la rendant ainsi admissible ou non à exercer la fonction de ressource. Dans le but de s'assurer que le postulant, lorsqu'il s'agit d'une personne morale, ne s'est pas rendu inadmissible aux contrats publics à la suite de la commission d'infractions pénales ou criminelles, une vérification sera effectuée au Registre des entreprises non admissibles aux contrats publics (RENA)⁷³.

Par ailleurs, la société de personnes n'a pas l'obligation d'être enregistrée à titre d'entreprise. Dans ce cas, ce sont les associés en tant que personnes physiques qui feront l'objet d'une vérification.

Pour les RTF

Le remplaçant de la ressource

Lorsque la ressource requiert les services d'un remplaçant compétent pour la remplacer dans le milieu de vie en son absence, la vérification s'inscrit dans l'esprit du critère 4 des critères généraux déterminés par le ministre et du Règlement sur la classification, lequel prévoit, au titre des services communs, que *la ressource s'assure qu'une personne responsable soit disponible en tout temps pour l'usager. Cette personne doit posséder les attitudes et les habiletés suffisantes pour assurer la dispense des services de soutien ou d'assistance requis par les usagers et ainsi assurer la stabilité et la continuité des services*⁷⁴.

Absence d'automatisme

Outre certaines infractions criminelles contre la personne (agression sexuelle, voies de fait graves, agression armée, etc.), un antécédent judiciaire ne devrait pas exclure automatiquement un postulant ou une ressource. Afin d'établir le lien avec la fonction, l'analyse doit tenir compte de chaque situation et de tous les éléments la caractérisant.

Fausse déclaration ou omission de révéler des antécédents judiciaires

Comme pour n'importe quelle fausse déclaration en lien avec les critères généraux déterminés par le ministre, l'établissement doit prendre en compte le fait que la personne visée a fait une fausse déclaration ou a présenté une déclaration incomplète. Une fausse déclaration peut justifier la cessation de la démarche d'évaluation d'un postulant ou la résiliation d'une entente pour les ressources actives.

⁷³ En ligne : [Registre des entreprises non admissibles aux contrats publics | Autorité des marchés publics](#).

⁷⁴ *Supra*, note 14, *Assurer une présence de qualité*.

Une analyse est impérative afin d'appuyer la décision de continuer ou non le processus d'évaluation ou la poursuite du projet de ressource en cours.

Lors d'une déclaration, il est important de retenir que le postulant ou la ressource s'engage à communiquer tout nouvel élément relatif aux antécédents judiciaires entre les fréquences de vérification déterminées pour vérifier le maintien de la conformité.

CRITÈRE 5 – SOLVABILITÉ

Ce critère vise à s'assurer que le postulant ou la ressource n'a pas eu recours à une loi relative à l'insolvabilité au Canada.

Milieu	Modalités
RI	La personne morale ou la société de personnes qui désire exploiter une ressource intermédiaire n'a pas eu recours, au cours des cinq dernières années, à une loi visant l'insolvabilité au Canada. La personne physique, le dirigeant ou l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désire exploiter une ressource intermédiaire n'a pas eu recours, au cours des trois dernières années, à une loi visant l'insolvabilité au Canada. Précision : il est important d'analyser les raisons ayant justifié un recours à la <i>Loi sur la faillite et l'insolvabilité</i>⁷⁵. Des situations ne démontrant pas automatiquement une mauvaise gestion financière pourraient justifier la diminution du délai de cinq ans pour la personne morale ou la société de personnes qui désire exploiter une RI ou de trois ans pour la personne physique, le dirigeant ou l'administrateur d'une personne morale ou d'une société de personnes qui désire exploiter une RI.
RTF	La personne physique qui désire accueillir des usagers n'a pas eu recours, au cours des trois dernières années, à une loi visant l'insolvabilité au Canada. Précision : il est également important ici d'analyser les raisons ayant justifié un recours à la <i>Loi sur la faillite et l'insolvabilité</i>. Des situations ponctuelles pouvant conduire à y recourir, mais ne démontrant pas automatiquement une mauvaise gestion financière, pourraient justifier la diminution du délai de trois ans.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Le postulant doit fournir à l'établissement une preuve de dossier de crédit provenant d'Equifax ou de TransUnion. Il a également la responsabilité d'informer l'établissement de tout changement à sa situation.	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : La ressource doit fournir à l'établissement une preuve de dossier de crédit provenant d'Équifax^{MD} ou de TransUnion^{MD}. Elle a également la responsabilité d'informer l'établissement de tout changement à sa situation.	Famille d'accueil de proximité (FAP) Ce critère ne s'applique pas à la famille d'accueil de proximité.

⁷⁵ En ligne : [Loi sur la faillite et l'insolvabilité](#) (L.R.C. (1985), ch. B-3).

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Le formulaire <i>Déclaration et engagement du postulant</i>⁷⁶ contient les informations relatives à l'historique de solvabilité du postulant. Une vérification doit être effectuée auprès du Bureau du surintendant des faillites⁷⁷. Pour les postulants RI seulement En ce qui concerne la solvabilité des personnes morales ou des sociétés de personnes, l'établissement vérifie si le postulant est en faillite. Pour ce faire, il consulte le Registre des entreprises du Québec⁷⁸. De plus, en vertu de la Loi sur les contrats des organismes publics une autorisation de contracter valide et émise par l'Autorité des marchés publics (AMP) est requise lors de la conclusion de l'entente et pour toute la durée de celle-ci. ! Des changements importants ! Le site Web : Autorisation de contracter : changements importants Autorité des marchés publics contient toutes les informations nécessaires pour connaître les changements et procéder aux vérifications requises.	Le formulaire <i>Déclaration et engagement de la RI-RTF</i>⁷⁹ contient les informations relatives à l'historique de solvabilité. Une vérification doit être effectuée auprès du Bureau du surintendant des faillites⁸⁰. Pour les RI seulement L'établissement vérifie si la ressource n'a pas été en faillite depuis la dernière vérification. Pour ce faire, il consulte le Registre des entreprises du Québec⁸¹. Comme il a été mentionné précédemment, la Loi sur les contrats des organismes publics⁸² exige de la RI qu'elle détienne une autorisation de contracter délivrée par l'Autorité des marchés publics lors de la conclusion de l'entente et tout au long de celle-ci. Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement de l'entente; • lors d'un changement dans la situation de la personne porté à l'attention de l'établissement.	

⁷⁶ Dir. G26.

⁷⁷ En ligne : [Bureau du surintendant des faillites](#).

⁷⁸ En ligne : [Rechercher une entreprise au registre | Gouvernement du Québec](#).

⁷⁹ *Supra*, note 76.

⁸⁰ *Supra*, note 77.

⁸¹ *Supra*, note 78.

⁸² *Supra*, note 32.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Il y est mentionné : « Depuis le 2 avril 2026, l'autorisation de contracter est valide pour une durée indéterminée. La date d'expiration a été retirée et, par conséquent, l'obligation de renouvellement aux cinq ans est abolie. » Ce qui demeure obligatoire Même si l'autorisation est maintenant à durée indéterminée, la mise à jour annuelle demeure obligatoire afin d'en maintenir la validité. Une entreprise qui ne produit pas sa mise à jour annuelle dans les délais requis s'expose notamment à : - la suspension <u>automatique</u> de son autorisation de contracter; - l'imposition d'une sanction administrative pécuniaire. Comment prouver la validité de votre autorisation ? Le statut d'une autorisation peut être vérifié dans le <u>Registre des entreprises autorisées à contracter ou à sous-contracter (REA)</u>. Un extrait de ce registre peut être imprimé et fait foi du statut de l'autorisation à la date indiquée. Les organismes publics doivent consulter le REA afin de s'assurer que toute entreprise intéressée par un contrat ou un sous-contrat public détient une autorisation valide délivrée par l'AMP.	<u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTF.</u>	

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Le REA demeure la référence officielle <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>		

CRITÈRE 6 – DOMICILE PRINCIPAL DE L'ENTREPRISE ET IMMATRICULATION

Ce critère vise à s'assurer que la ressource dispose d'une adresse physique clairement identifiée pour l'exercice de ses activités et qu'elle est dûment immatriculée au Registre des entreprises du Québec.

Milieu	Modalités
RI uniquement	Domicile principal de l'entreprise La personne physique, la personne morale ou la société de personnes qui désire exploiter une ressource intermédiaire possède un domicile principal de son entreprise au Québec et est conforme à la Loi sur la publicité légale des entreprises⁸³. De plus, toute entreprise doit avoir en permanence son domicile principal au Québec, dans le district judiciaire mentionné dans ses statuts. Immatriculation La personne physique, la personne morale ou la société de personnes qui désire exploiter une ressource intermédiaire est conforme à la Loi sur la publicité légale des entreprises. Conformément aux lois applicables en la matière, quiconque désire exploiter une entreprise au Québec doit s'immatriculer. Cependant, si la personne entend exploiter une entreprise sous ses seuls noms et prénoms, elle n'a pas l'obligation de s'immatriculer et d'indiquer une place d'affaires au Québec. Les personnes regroupées en société de personnes ont l'obligation de s'inscrire au Registre des entreprises dans les cas où la loi ou un règlement le prescrit.

⁸³ RLRQ, c. P-44.1. Cette loi a remplacé la *Loi sur la publicité légale des entreprises individuelles, des sociétés et des personnes morales* (RLRQ, c. P-45), abrogée. En ligne : [Loi sur la publicité légale des entreprises](#).

	Précisions : La personne physique qui désire exploiter une entreprise individuelle au Québec sous un nom ne comprenant pas son nom de famille et son prénom doit s'immatriculer en remettant au Registraire des entreprises sa déclaration d'immatriculation. La liberté de s'immatriculer ou non s'applique également dans le cas où cette personne désirerait accompagner ses nom et prénom d'un terme générique, comme « ressource » ou « résidence ». Dans tous les cas, la personne doit cependant respecter l'ensemble des lois fédérales et provinciales qui s'appliquent à l'exploitation d'une entreprise. Afin de connaître l'obligation de s'immatriculer, il est de première importance de se référer à la Loi ⁸⁴ .			
1	Balises de vérification	2	Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : L'offre de service du postulant, que ce dernier remplit dans le cadre de la démarche de recrutement et d'évaluation de l'établissement, contient les informations pertinentes à l'appréciation du présent critère. Le formulaire <i>Déclaration et engagement du postulant</i>⁸⁵ contient les renseignements relatifs à l'immatriculation au Registre des entreprises du Québec. De plus, l'établissement peut consulter toute information pertinente à la constitution de l'entreprise⁸⁶. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>		Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Le formulaire <i>Déclaration et engagement de la RI-RTF</i>⁸⁷ contient les renseignements relatifs à l'immatriculation au Registre des entreprises du Québec. De plus, l'établissement peut consulter toute information pertinente à la constitution de l'entreprise⁸⁸. Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement de l'entente; • lors d'un changement dans la situation de la personne porté à l'attention de l'établissement. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf.</u>		Aucune.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Dir.G26.

⁸⁶ Supra, note 78.

⁸⁷ Supra, note 85.

⁸⁸ Supra, note 78.

CRITÈRE 7 – ASSURANCES

Ce critère vise à s'assurer que les ressources disposent d'assurances adéquates pour protéger les personnes hébergées, les biens et leur responsabilité. Il est soutenu par des lois et règlements qui encadrent la responsabilité civile, les normes de sécurité et les obligations contractuelles.

Milieu	Modalités
RI	La personne physique, la personne morale ou la société de personnes qui désire exploiter une ressource intermédiaire doit souscrire et maintenir : • une assurance d'entreprise, à titre de propriétaire ou de locataire, permettant de couvrir les risques de dommages à la propriété et aux biens meubles; • une assurance responsabilité civile générale et responsabilité professionnelle protégeant la ressource et son personnel; • une assurance responsabilité des administrateurs et des dirigeants. Il importe de distinguer l'assurance responsabilité civile générale, la responsabilité professionnelle et l'assurance responsabilité des administrateurs et des dirigeants : 1. L'assurance responsabilité civile générale est la responsabilité professionnelle qui couvre le risque de poursuite découlant d'une faute, d'une omission ou de la négligence lors des activités de la ressource et de sa prestation de services. 2. L'assurance responsabilité des administrateurs et des dirigeants couvre le risque de poursuite en cas d'allégations d'inconduite ou d'actes répréhensibles comme : • la mauvaise gestion; • la violation d'obligations fiduciaires; • les fausses déclarations aux actionnaires, aux créanciers ou à des tiers; • le non-respect des lois et des règlements qui régissent les pratiques environnementales; • la santé et la sécurité au travail, les pratiques d'emploi et les droits de la personne.
RTF	La personne physique qui désire accueillir des usagers doit contracter et maintenir une assurance habitation, à titre de propriétaire ou de locataire, auprès de l'assureur de son choix et d'une valeur suffisante pour couvrir les risques de dommages à sa propriété et à ses biens meubles ou à ses améliorations locatives, à l'exception des dommages causés par les usagers, mais comprenant les risques liés à sa responsabilité civile générale pour ses activités autres que celles de ressource.

	Adhésion automatique des ressources au Programme Dès la signature d'une entente spécifique, toute ressource est couverte automatiquement et sans frais par le Programme d'assurance de dommages aux biens et de la responsabilité pour les ressources de type familial et autres ressources admissibles incluant leurs usagers (ci-après le « Programme »). Le Programme, administré par la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS), offre aux ressources visées une assurance de dommages protégeant leurs biens contre les bris causés par les usagers hébergés, ainsi qu'une assurance responsabilité civile générale et professionnelle pour leurs activités à titre de ressources⁸⁹. Lorsque les noms des deux répondants de la ressource sont à l'entente spécifique et que le nom d'un seul apparaît à la police d'assurance, la conformité à ce critère peut tout de même s'avérer.
RI et RTF	Précision : comme les bris causés par les usagers ne sont pas toujours couverts, il est important que des mécanismes soient convenus entre l'établissement et la ressource afin d'identifier et de mettre en place rapidement des solutions permettant d'éviter la récurrence de bris importants.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Le formulaire <i>Déclaration et engagement du postulant</i> contient les renseignements relatifs à la souscription d'une assurance⁹⁰. <u>L'établissement doit demander une preuve d'assurance et la verser au dossier du postulant au SIRTF.</u>	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Le formulaire <i>Déclaration et engagement de la RI-RTF</i> contient les renseignements relatifs au maintien d'une assurance⁹¹. <u>L'établissement doit demander une preuve d'assurance et la verser au dossier de la ressource au SIRTF.</u>	Aucune.

⁸⁹ Les couvertures offertes par le Programme d'assurance administré par la DARSSS peuvent être sujettes à modifications. Il importe de sensibiliser les ressources à l'importance de maintenir leur assurance habitation afin de préserver leur couverture par le Programme en cas de sinistre ou de bris. Dans la Section informative des ententes collectives, on retrouve une lettre d'entente portant sur le Programme d'assurance administré par la DARSSS.

⁹⁰ Dir.G26.

⁹¹ Ibid.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
	Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement de l'entente; • à l'expiration de la police d'assurances; • lors d'un changement dans la situation de la personne porté à l'attention de l'établissement.	

CRITÈRE 8 – FORMATION

Ce critère vise à s'assurer que les personnes responsables d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial possèdent les compétences et les connaissances nécessaires pour assurer la sécurité, le bien-être et le développement des usagers.

Milieu	Modalités
RI	Formation RCR La personne physique, la personne morale ou la société de personnes qui désire exploiter une ressource intermédiaire doit garantir la présence constante dans le milieu de vie d'au moins une personne⁹² possédant une formation à jour d'un organisme reconnu en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général.
RTF	Formation RCR et formation continue obligatoire RI-RTF visées par la LRR La personne physique qui désire accueillir des usagers possède une formation valide d'un organisme reconnu en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général ou s'engage à la suivre dans les délais exigés par l'établissement. La personne physique qui désire accueillir des usagers doit garantir la présence constante dans le milieu de vie d'au moins une personne possédant une formation valide d'un organisme reconnu en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général, sauf dans un contexte d'urgence. Dans l'objectif de développer et de maintenir des compétences liées à sa prestation de services auprès de tout usager qui lui est confié, la personne physique qui désire accueillir des usagers, qu'ils soient des enfants ou des adultes, a l'obligation d'effectuer, chaque année, dix heures de formation parmi les formations prévues aux orientations nationales de formation continue et de perfectionnement*.
RI et RTF	Précisions : durées et modes des formations RCR Deux types de formations RCR, tous deux valides, sont offerts. Il s'agit de formations dont la durée diffère, soit des durées de huit et de seize heures. Le choix de l'une ou l'autre appartient à la ressource. Ces formations peuvent être suivies en présentiel ou en mode hybride, soit une partie théorique en virtuel et une partie pratique en présentiel. La partie pratique doit obligatoirement être suivie en présentiel.

⁹² Dans le cas où la présence de plus d'une personne détenant une formation à jour apparaît nécessaire pour assurer la sécurité des usagers en raison, notamment du nombre d'usagers hébergés dans la RI, il est de la responsabilité de l'établissement de déterminer ce nombre.

Milieu	Modalités
	Exemption possible La personne physique exerçant une profession qui exige de détenir une formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et secourisme général à jour peut être exemptée à la condition de fournir le certificat qui en atteste. <u>Une copie de ce certificat doit être versée au dossier du postulant ou à celui de la ressource au SIRTf.</u>
RI et RTF visées par la LRR	Précisions * Orientations nationales de formation continue et de perfectionnement * Les ententes collectives intervenues entre le gouvernement et les associations prévoient un Comité national de concertation (CNC) et de suivi des ententes. Le CNC a, notamment, un mandat en matière de formation continue et de perfectionnement. Les ententes prévoient également les comités locaux de concertation (CLC), lesquels planifient les activités de formation continue ou de perfectionnement et en assurent la mise en œuvre dans le cadre des orientations nationales, des priorités et des programmes de formation continue ou de perfectionnement déterminés à l'échelle nationale. Une mise à jour des formations est effectuée en continu afin de favoriser une offre de formation diversifiée et qui s'adapte aux besoins des ressources. Il est important de se référer aux orientations nationales de formation. Ces formations doivent permettre aux ressources d'acquérir des connaissances et de développer des compétences en lien avec les services de soutien ou d'assistance qu'elles fournissent aux usagers qui leur sont confiés. De plus, les ententes collectives diffèrent en matière de formation et de gestion des fonds, d'où l'importance de les consulter également.

1 Balises de vérification : RCR pour les RI et RTF	2 Balises de vérification : RCR pour les RI et RTF	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Le postulant fournit une preuve (certificat ou attestation délivré par un organisme reconnu) attestant qu'il a bien suivi la formation RCR et secourisme général. OU Il prend l'engagement à suivre la formation apparaissant au formulaire <i>Déclaration et engagement du postulant</i>⁹³, dans les délais établis par l'établissement. <u>Une copie du certificat ou de l'attestation doit être versée au dossier du postulant au SIRTf.</u>	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Le responsable de la ressource fournit une preuve (certificat ou attestation d'un organisme reconnu) attestant qu'il a bien suivi la formation RCR et secourisme général. OU Il prend l'engagement de maintenir sa formation à jour, selon le formulaire de <i>Déclaration et engagement de la RI-RTF</i>⁹⁴, dans les délais établis par l'établissement. <u>Une copie du certificat ou de l'attestation doit être versée au dossier de la ressource au SIRTf.</u> Ayant la responsabilité de s'assurer du respect et du maintien de la conformité aux critères généraux déterminés par le ministre, les établissements doivent tenir un registre des certificats et attestations des formations des ressources ainsi que des dates d'échéance de leur validité. Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • à la date d'expiration de la carte d'attestation de la formation. La ressource doit fournir, à la date d'expiration de la carte, la preuve de la validité de sa formation (laquelle est d'une durée variable selon l'organisme formateur); • lors d'un changement dans la situation de la personne porté à l'attention de l'établissement.	Aucune.

⁹³ Dir.G26.

⁹⁴ Ibid.

3 Balises de vérification : « FCO » Formation continue obligatoire pour les RI-RTF visées par la LRR	4 Balises de vérification : « FCO » Formation continue obligatoire pour les RI-RTF visées par la LRR	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Le postulant s'engage à respecter chaque année les modalités de la formation continue obligatoire (FCO). <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTF.</u>	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Le ou les responsables de la ressource s'engagent à respecter chaque année les modalités de la formation continue obligatoire (FCO). Ayant la responsabilité de s'assurer du respect et du maintien de la conformité aux critères généraux déterminés par le ministre, les établissements doivent tenir un registre du nombre d'heures annuel de formation effectué par les responsables de la ressource. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTF.</u> Fréquence : • rigoureusement, au terme de chaque année de référence.	Aucune.

6.2.2 Critères liés au milieu de vie (9 à 12)

Ces critères, dont l'application peut varier en fonction du type de ressource, concernent l'environnement physique et les caractéristiques du milieu de vie proposé ainsi que sa sécurité et sa salubrité.

Les éléments suivants y sont pris en compte :

- le profil des personnes qui y seront et qui y sont hébergées;
- la localisation géographique;
- l'accessibilité;
- l'architecture;
- les qualités physiques et l'ameublement;
- le respect des lois et règlements applicables.

CRITÈRE 9 – ACCESSIBILITÉ DU MILIEU DE VIE

Ce critère vise à garantir que le milieu de vie est accessible, sécuritaire et adapté aux capacités physiques et cognitives des usagers.

Milieu	Modalités
RI et RTF	Le milieu de vie est situé géographiquement dans un endroit accessible, facile d'utilisation, bien éclairé, sécuritaire et sans obstacle pouvant limiter la mobilité ou nuire à la sécurité. La situation géographique de la résidence ou de l'installation doit donc permettre à la personne hébergée un accès sécuritaire vers la communauté, en fonction de ses besoins évolutifs et, lorsque cela s'applique, en fonction de ses besoins de réadaptation, d'intégration et de participation sociale. Une ressource doit donc favoriser : • l'accès de l'utilisateur aux activités organisées par la ressource ou dans la communauté; • le maintien ou l'intégration de l'utilisateur dans la communauté; • l'accès de l'utilisateur à des activités de loisirs et à la vie communautaire; • l'intégration de l'utilisateur au sein de son milieu de vie.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : La situation géographique de la résidence ou de l'installation doit répondre aux besoins de l'établissement en matière d'accès à l'hébergement. De plus, une visite dans le milieu de vie proposé, effectuée par la personne qui procède à l'évaluation du postulant ou l'intervenant qui assure l'évaluation de la qualité, pourrait être requise pour compléter les informations pertinentes à l'appréciation de ce critère.	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : La situation géographique de la résidence ou de l'installation doit répondre aux besoins de l'établissement en matière d'accès à l'hébergement. De plus, une visite dans le milieu de vie effectuée par la personne qui procède à l'évaluation de la qualité du milieu pourrait être requise pour compléter les informations pertinentes à l'appréciation de ce critère.	Aucune.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
<u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>	<u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf.</u> Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • préalablement à un changement de milieu de vie; • dans le cas de rénovations ou de modifications du bâtiment; • dans le cas d'une nouvelle construction, à partir de l'analyse des plans et des devis.	

CRITÈRE 10 – AMÉNAGEMENT EXTÉRIEUR

Ce critère vise à s'assurer que les personnes hébergées ont accès à un espace extérieur sécuritaire, accessible et favorable à leur bien-être.

Milieu	Modalités
RI et RTF	Le milieu de vie proposé possède un accès sécuritaire à une terrasse ou à un espace extérieur aménagé sur place ou à l'extérieur, mais à proximité de la ressource (par exemple : un parc public) afin que les personnes hébergées puissent y avoir accès. L'aménagement extérieur, tels les balcons extérieurs et les garde-corps, est conforme aux lois⁹⁵ et aux règlements municipaux. La cour extérieure est libre de matériaux et d'objets dangereux. Précision pour les personnes à mobilité réduite Dans le cas où le projet s'adresse à des personnes à mobilité réduite, le milieu de vie doit être adapté à leur condition et répondre aux normes reconnues, notamment en matière de rampe d'accès, de plate-forme élévatrice, d'ascenseur et de largeur des portes extérieures. Précision pour les usagers présentant un risque d'errance ou de fugue La cour extérieure est clôturée si les usagers sont de jeunes enfants ou des personnes à risque d'errance ou de fugue.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Il est de la responsabilité du postulant RI ou RTF de valider les exigences de la municipalité où la ressource est située. Le postulant doit s'assurer que le milieu de vie qui sera offert aux usagers soit conforme aux exigences des autorités compétentes (Régie du bâtiment du Québec et règlements municipaux).	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Formulaire de <i>Déclaration et engagement de la RI ou RTF</i>⁹⁶ quant à son engagement de fournir un milieu de vie conforme aux lois et aux règlements municipaux. Dans ce formulaire, les RI et les RTF s'engagent à informer l'établissement de tout changement ou avis de non-conformité concernant leur propriété.	Aucune.

⁹⁵ Liste des lois, règlements et codes administrés par la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) - Régie du bâtiment du Québec.

⁹⁶ Dir.G26.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Le postulant peut faire la démarche d'une visite de validation de conformité auprès de sa municipalité ou d'un professionnel accrédité ayant les compétences et l'expertise nécessaires (par exemple : un technologue ou un architecte). Il apparaît à propos de rappeler ici les termes de l'article 543 de la LGSSSS : « Un permis ou un certificat municipal ne peut être refusé et une poursuite en vertu d'un règlement ne peut être intentée pour le seul motif qu'une construction ou un local d'habitation est destiné à être occupé en tout ou en partie par une ressource intermédiaire. Le présent article prévaut sur toute loi générale ou spéciale et sur tout règlement municipal adopté en vertu d'une telle loi. » Afin d'éviter de prolonger les délais de la démarche, l'établissement pourrait décider de conclure une entente avec un postulant qui n'aurait pas eu de visite ou qui n'aurait pas de certificat ni de rapport ou d'attestation de conformité s'il considère que le milieu de vie est sécuritaire pour les usagers, après avoir analysé les besoins particuliers de ceux-ci. Toutefois, il importe de considérer le fait qu'un service de sécurité incendie d'une municipalité pourrait demander les preuves de conformité de certains éléments prévus par règlement.	<u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTF.</u> Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • préalablement à un changement de milieu de vie; • dans le cas de rénovations ou de modifications du bâtiment; • dans le cas d'une nouvelle construction, à partir de l'analyse des plans et des devis; • la participation de l'équipe GRSI pourrait aussi être une option.	

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Exiger une déclaration de la part des postulants Formulaire de <i>Déclaration et engagement du postulant</i> quant à son engagement à effectuer les travaux requis, s'il y a lieu, ou à fournir un milieu de vie conforme aux lois et aux règlements municipaux. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>		

CRITÈRE 11 – AMÉNAGEMENT INTÉRIEUR

Ce critère vise à s'assurer que l'aménagement intérieur d'une RI ou d'une RTF est non seulement conforme aux normes légales et réglementaires en vigueur, mais aussi qu'il est adapté, sécuritaire et confortable, tout en répondant adéquatement aux besoins des usagers qui y vivent.

Milieu	Modalités
RI et RTF	L'aménagement du milieu de vie doit répondre aux exigences des lois et des règlements municipaux. Dans le cas d'une transformation du bâtiment d'origine (changement d'usage, augmentation du nombre de chambres, etc.) ou d'une nouvelle construction, il est nécessaire d'appliquer la réglementation en vigueur et de s'y référer lors de la construction. La sécurité du milieu de vie est gérée en fonction des caractéristiques des personnes que la ressource souhaite héberger, notamment leur niveau de développement ou leur fonctionnement et leurs besoins (par exemple : une barrière de sécurité dans les escaliers pour un bébé, une rampe d'accès pour des personnes à mobilité réduite, etc.). Les aires communes • le milieu de vie offre aux usagers un accès aux aires communes; • les aires communes sont accessibles à l'ensemble des personnes hébergées et elles sont propres, en nombre suffisant pour les différentes activités (par exemple : les loisirs, les repas, la détente, etc.), et éclairées par la lumière naturelle; • le milieu de vie est pourvu d'un téléphone ou d'un moyen de communication accessible aux personnes hébergées; • le milieu de vie offre un accès à un réseau internet (Wi-Fi) et permet aux usagers de l'utiliser; • l'ameublement est adapté et adéquat en fonction de l'âge des usagers et de leur condition; • les armes à feu sont absentes ou rangées selon les normes de sécurité en vigueur; • les médicaments et les produits toxiques sont rangés de façon sécuritaire; • les plafonds sont à une hauteur conforme aux règlements de la municipalité ou aux règlements de la Régie du bâtiment du Québec (RBQ); • les planchers sont conçus de façon à éviter les chutes, c'est-à-dire sans obstacle et sans dénivellation entre les différents types de surfaces; • la robinetterie des douches et des bains est pourvue d'un système thermostatique ou d'une combinaison d'un système à pression autorégulatrice et d'un système thermostatique dans les ressources qui hébergent des personnes susceptibles de s'ébouillanter; • le milieu de vie dispose d'un système de chauffage et de climatisation afin de maintenir une température minimale située entre 20 °C et 24 °C l'hiver, et une température maximale l'été située entre 24 °C et 26,5 °C;

Milieu	Modalités
RI et RTF	- dans le cas d'une ressource de quinze places et plus, le milieu de vie est compartimenté en îlots d'une capacité maximale de quinze chambres qui regroupent les pièces communes réservées aux activités quotidiennes des usagers (le salon, la salle à manger, la cuisinette et les salles d'eau). Les chambres à coucher - les chambres à coucher sont privées, sauf si une chambre partagée est cliniquement indiquée pour répondre aux besoins spécifiques d'un usager; - elles possèdent une fenêtre donnant sur l'extérieur conformément à la réglementation⁹⁷; - chaque chambre doit avoir au moins une fenêtre extérieure ou une porte extérieure qui s'ouvre de l'intérieur sans clé, sans outil, sans connaissances spéciales et sans qu'il soit nécessaire d'enlever un châssis de fenêtre ou des pièces de quincaillerie; - la grandeur de la chambre doit être adaptée aux besoins et à la condition de la personne hébergée; - idéalement, elles se situent au rez-de-chaussée ou à l'étage; - la chambre est dotée d'une porte pour permettre l'intimité et offre un espace de rangement personnel pour chaque usager et une aire de circulation acceptable; - toutes les issues sont libres de tout obstacle et dégagées en tout temps; - aucune personne hébergée ne dort dans un bâtiment séparé ni n'est isolée sur un étage sans communication avec le reste de la maison, dans un grenier, dans une pièce habituellement utilisée à d'autres fins que pour dormir; - la chambre comporte un lit et un matelas adaptés à l'âge de l'usager, sauf dans le cas où la condition clinique ou physique de la personne requiert un lit ajustable. Dans tous les cas, les matériaux doivent rendre facile l'entretien afin d'éviter la contamination infectieuse. Particularités des chambres au sous-sol - une chambre finie pourrait être située au sous-sol à la condition que la personne hébergée se porte volontaire pour s'y installer. Dans un tel cas, il est important de se référer à la réglementation applicable (RBQ, règlements municipaux) pour les moyens d'évacuation ou accès vers l'extérieur d'une chambre située au sous-sol; - les accès doivent être évalués selon la situation et l'usager. Il est important que l'analyse clinique considère sa sécurité psychologique, affective et physique. Il faut également s'assurer de sa capacité à monter et à descendre les escaliers sans surveillance.

⁹⁷ Code de construction du Québec, Chapitre I – Bâtiment et Code national du bâtiment – Canada 2020 (modifié).

Milieu	Modalités
RI et RTF	Précision Un sous-sol non fini n'exclut pas d'emblée la possibilité d'une chambre au sous-sol. Cependant, la chambre de l'utilisateur doit obligatoirement être finie. Il est essentiel de s'assurer qu'aucun objet, élément ou obstacle ne puisse nuire à la santé et à la sécurité de l'utilisateur dont la chambre est au sous-sol, y compris l'escalier pour monter et descendre au sous-sol. Particularités des chambres doubles pour la clientèle jeunesse : les chambres à coucher en cohabitation Dans le cas où la condition particulière de l'enfant le requiert et selon son portrait clinique, celui-ci pourrait intégrer favorablement une chambre double. L'écart d'âge entre les deux enfants doit impérativement être évalué par l'établissement. Il est important d'assurer la sécurité physique, psychologique, affective et sexuelle des enfants qui partageront une chambre double. • Dans le cas où l'enfant est âgé de moins de cinq ans, la chambre du postulant ou du responsable de la ressource est située au même niveau que celle de l'enfant; • l'espace disponible est tel que l'hébergement de l'enfant n'oblige pas le responsable de la ressource à partager sa chambre avec un ou plusieurs de ses proches ou de ses enfants; • aucun adulte ne partage la chambre d'un enfant à moins que celui-ci ne soit âgé de moins de six mois (sommeil sécuritaire du bébé); • aucun enfant de plus de cinq ans ne partage la chambre d'un enfant du sexe opposé. Particularités d'une chambre partagée par une fratrie : la chambre à coucher partagée Le partage d'une même chambre par une fratrie est possible et même recommandé dans certaines situations. Dans de tels cas, une analyse clinique rigoureuse et en continu est faite par l'établissement, en collaboration avec la ressource, pour en assurer le suivi. Les salles de bain Les salles de bain proposées sont complètes (lavabo, toilette et bain ou douche), communes, adaptées aux conditions des usagers visés par le projet et en nombre suffisant, soit habituellement à raison d'une salle de bain pour quatre personnes vivant dans la ressource. Au-delà de quatre personnes, une salle d'eau est présente et à compter de sept personnes, une deuxième salle de bain complète pourrait être requise.

Milieu	Modalités
RI et RTF	Une salle d'eau ou une salle de bain est considérée comme étant adaptée si elle présente les caractéristiques suivantes : pharmacie verrouillée, 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. Précisions pour les personnes à mobilité réduite ou selon la condition de l'usager Quand la condition des usagers le requiert, les pièces offrent l'espace suffisant pour la circulation des personnes utilisant des aides à la mobilité (fauteuil roulant, déambulateur, etc.). Axe giratoire⁹⁸ : • largeur et seuils de portes : 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 possèdent des poignées à levier (becs de canne); • largeur de corridors : les corridors ont une largeur minimale de 43 pouces, mais idéalement de 48 pouces si un fauteuil roulant doit y circuler. Les salles de bain proposées sont munies d'un système d'appel d'urgence, si la condition de l'usager le requiert. 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 lui-même et pour le personnel.
RI	Précision Dans les bâtiments de deux étages et plus, l'utilisation d'un ascenseur est requise pour assurer un parcours sans obstacle, notamment pour les ressources intermédiaires hébergeant des personnes à mobilité réduite. Une étude de trafic est recommandée pour évaluer le nombre nécessaire d'ascenseurs⁹⁹.

⁹⁸ L'axe giratoire est nécessaire pour permettre à un fauteuil roulant d'effectuer une rotation.

⁹⁹ Dir.G26.

Exception d'application pour le Programme JED		
Les principes de gestion du risque en sécurité incendie ne s'appliquent pas à la clientèle jeunes en difficulté, à moins que la ressource accueille des enfants ayant des limitations à l'évacuation.		
1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Pour les chambres au sous-sol, il est important de se référer à la réglementation applicable (RBQ, règlements municipaux) aux moyens d'évacuation ou d'accès vers l'extérieur et autres caractéristiques applicables. Lors de la démarche d'évaluation d'un postulant ou lors de l'appel d'offres pour une RI, il est de la responsabilité du postulant de vérifier les exigences de la municipalité où la ressource est située. Le postulant doit s'assurer que le milieu de vie qui sera offert aux usagers soit conforme aux exigences des autorités compétentes (RBQ et règlements municipaux). Le postulant peut faire la démarche d'une visite de validation de conformité auprès de sa municipalité ou d'un professionnel accrédité ayant les compétences et l'expertise nécessaires (par exemple : un technologue ou un architecte). Afin d'éviter de prolonger les délais de la démarche, l'établissement pourrait décider de conclure une entente avec un postulant qui n'aurait pas eu de visite ou qui n'aurait pas de certificat ni de rapport ou d'attestation de conformité s'il considère que le milieu de vie est sécuritaire pour les usagers, après avoir analysé les besoins particuliers de ceux-ci.	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Mesurer ce critère par une visite du milieu de vie par l'établissement ou, dans le cas d'une nouvelle construction, à partir de l'analyse des plans et des devis. Formulaire de <i>Déclaration et engagement de la RI ou RTF¹⁰⁰</i> quant à son engagement de fournir un milieu de vie qui respecte les dispositions prévues à la réglementation municipale (pour les RTF) ou à la réglementation et aux codes administrés par la Régie du bâtiment du Québec¹⁰¹ (pour les RI) ainsi qu'aux règlements en matière de sécurité incendie. Dans ce formulaire, les RI et les RTF s'engagent à informer l'établissement de tout changement ou avis de non-conformité concernant leur propriété. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTF.</u> Fréquence : • habituellement sur une base annuelle;	Aucune.

¹⁰⁰ Dir.G26.

¹⁰¹ *Supra*, note 97.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Le postulant devra effectuer les démarches relatives à la conformité de son milieu et s'y conformer, sauf en cas de dérogation. Exiger une déclaration de la part des postulants Formulaire de <i>Déclaration et engagement du postulant</i> quant à son engagement à effectuer les travaux requis, s'il y a lieu, ou à fournir un milieu de vie qui respecte les dispositions prévues à la réglementation municipale (pour les RTF) ou à la réglementation et aux codes administrés par la Régie du bâtiment du Québec (pour les RI) ainsi qu'aux règlements en matière de sécurité incendie. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>	• préalablement à un changement de milieu de vie; • dans le cas de rénovations ou de modifications du bâtiment; • dans le cas d'une nouvelle construction, à partir de l'analyse des plans et des devis; • la participation de l'équipe GRSI pourrait aussi être une option.	

CRITÈRE 12 – SÉCURITÉ ET SALUBRITÉ

Ce critère vise à s'assurer que le milieu de vie offert est sécuritaire, salubre et conforme aux normes applicables en vigueur.

Milieu	Modalités
RI et RTF	Le milieu de vie proposé respecte les lois et règlements en vigueur en matière de sécurité incendie et de réglementation municipale s'appliquant au type d'organisation résidentielle visé par le projet. Les avis de non-conformité émis par les instances responsables sont considérés et les démarches correctives sont appliquées. Les règles d'hygiène et de salubrité concernant les lieux et les produits alimentaires sont strictement respectées. À cet effet, le Guide des bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité alimentaires est une source d'informations très pertinente^{102,103}. Environnement sans fumée : les usagers ne sont pas exposés à la fumée.
RI de 9 usagers et moins et RTF	Précisions Tous les milieux de vie sont pourvus d'avertisseurs de fumée conformes aux exigences des autorités compétentes (RBQ et règlements municipaux), dont : • un dans chaque chambre à coucher; • au moins un à chaque étage, y compris dans le passage ou le corridor avant les chambres. Le milieu de vie possède au moins un extincteur portatif fonctionnel de 5 lb de type 2A-10-BC à poudre polyvalente qui respecte la norme NFPA 10 pour l'installation et l'entretien. Environnement sans fumée : un environnement sans fumée est fortement recommandé. Il est important que la ressource prenne les mesures nécessaires pour ne pas exposer les usagers à la fumée.

¹⁰² En ligne : [Guide des bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité alimentaires](#).

¹⁰³ En ligne : [Loi sur le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation](#) (RLRQ, c. M-14).

Milieu	Modalités
RI de 10 usagers et plus	Précisions Tous les milieux de vie sont pourvus : • d'un avertisseur de fumée dans chaque chambre à coucher et tout autre endroit requis conformément aux exigences des autorités compétentes (RBQ et règlements municipaux); • de détecteurs de fumée reliés au système d'alarme incendie et installés conformément aux exigences des autorités compétentes (RBQ et règlements municipaux). Tous les avertisseurs et les détecteurs de fumée sont installés selon les recommandations du manufacturier.
RI de 10 usagers et plus	Environnement sans fumée Les ressources qui hébergent dix usagers et plus doivent se conformer à la Loi concernant la lutte contre le tabagisme¹⁰⁴ et à la Loi encadrant le cannabis¹⁰⁵, lesquelles stipulent qu'il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés, notamment les locaux où sont offerts des services d'une ressource intermédiaire visée par la LGSSSS, sauf si ces locaux sont situés à l'intérieur d'une résidence privée au sens d'une demeure. Cependant, l'exploitant d'une ressource intermédiaire peut identifier des chambres où il est permis de fumer. Toutefois, le nombre de chambres où il est permis de fumer ne doit pas dépasser 20 % des chambres disponibles pour l'ensemble de la clientèle. De plus, les chambres où il est permis de fumer doivent être regroupées de manière à offrir un maximum de protection aux non-fumeurs compte tenu de la superficie totale des lieux et de leurs conditions d'utilisation et d'aération. Si des chambres sont déjà identifiées pour l'usage du cannabis en application du premier alinéa de l'article 14 de la Loi encadrant le cannabis, ces chambres doivent d'abord être identifiées pour l'usage du tabac.

¹⁰⁴ En ligne : [Loi concernant la lutte contre le tabagisme](#) (RLRQ, c. L-6.2), art. 2.

¹⁰⁵ En ligne : [Loi encadrant le cannabis](#) (RLRQ, c. C-5.3), art. 12 (10).

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Lors de la démarche d'évaluation d'un postulant ou lors de l'appel d'offres pour une RI, il est de la responsabilité du postulant de vérifier les exigences de la municipalité où la ressource est située. Le postulant doit s'assurer que le milieu de vie qui sera offert aux usagers soit conforme aux exigences des autorités compétentes (RBQ et règlements municipaux). Le postulant peut faire la démarche d'une visite de validation de conformité auprès de sa municipalité ou d'un professionnel accrédité ayant les compétences et l'expertise nécessaires (par exemple : un technologue ou un architecte). Afin d'éviter de prolonger les délais de la démarche, l'établissement pourrait décider de conclure une entente avec un postulant qui n'aurait pas eu de visite ou qui n'aurait pas de certificat ni de rapport ou d'attestation de conformité s'il considère que le milieu de vie est sécuritaire pour les usagers, après avoir analysé les besoins particuliers de ceux-ci. Le postulant devra effectuer les démarches relatives à la conformité de son milieu et s'y conformer, sauf en cas de dérogation. Exiger une déclaration de la part des postulants Formulaire de <i>Déclaration et engagement du postulant</i>¹⁰⁶ quant à son engagement à effectuer les travaux requis, s'il y a lieu, ou à fournir un milieu de vie qui respecte les dispositions prévues à la réglementation municipale (pour les RTF) ou à la	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Mesurer ce critère par une visite du milieu de vie par l'établissement. Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • préalablement à un changement de milieu de vie; • dans le cas de rénovations ou de modifications du bâtiment; • dans le cas d'une nouvelle construction, à partir de l'analyse des plans et des devis. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf.</u>	Aucune.

¹⁰⁶ Dir.G26.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
réglementation et aux codes administrés par la Régie du bâtiment du Québec¹⁰⁷ (pour les RI) ainsi qu'aux règlements en matière de sécurité incendie. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u> Sécurité incendie En 2021, le ministère de la Sécurité publique a publié un guide¹⁰⁸ visant à soutenir le renforcement de la sécurité des résidents face aux incendies. Ce document de référence cible particulièrement les résidences qui accueillent des personnes présentant des limitations à l'évacuation.		

¹⁰⁷ *Supra*, note 97.

¹⁰⁸ Guide sur la sécurité incendie - Résidences accueillant des personnes présentant des limitations à l'évacuation.

6.2.3 Critères liés au projet (13 à 15)

Ces critères visent à s'assurer que le projet du postulant respecte les cadres légal, réglementaire et administratif applicables aux ressources avec lesquelles l'établissement est en mesure de contracter.

Chacun de ces critères permettra à l'établissement de s'assurer que le projet est conforme au type de ressource visé par la proposition du postulant.

Il y aura donc lieu de se reporter aux types de ressources tels qu'ils sont définis dans la loi¹⁰⁹, aux définitions des types d'organisations résidentielles et à celle relative aux situations de limitations d'exercice telles que traitées dans le présent Cadre de référence, et ce, afin de bien cerner les caractéristiques dont devra être pourvu le projet en vue de satisfaire ces critères.

¹⁰⁹ Art. 538 et 552 LGSSSS.

CRITÈRE 13 – CONFORMITÉ AVEC LES ORIENTATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

Ce critère vise à s'assurer que la RI ou la RTF respecte les orientations, les politiques, les directives ainsi que les approches cliniques et les pratiques administratives de l'établissement.

Milieu	Modalités
RI et RTF	Le projet s'inscrit dans les orientations de l'établissement eu égard, notamment, aux modalités d'accès aux services. Il est essentiel que le postulant et la ressource tiennent compte des politiques, procédures et directives de l'établissement et s'y conforment lors de la mise en place du projet et de son maintien, le cas échéant.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : L'établissement s'assure que le projet du postulant répond positivement à ses besoins et à ceux de sa population et qu'il est en cohérence avec ses valeurs et celles énoncées dans le présent Cadre de référence. L'établissement s'assure également que le projet du postulant démontre la capacité de celui-ci à se conformer à ses politiques, procédures et directives. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement de l'entente; • lors d'un changement dans la situation de la personne porté à l'attention de l'établissement. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf.</u>	Aucune.

CRITÈRE 14 – TYPE DE RESSOURCE

Ce critère vise à s'assurer que le projet proposé est conforme aux types de ressources : RI et RTF.

Milieu	Modalités
RI	Le projet correspond à la définition de ressource intermédiaire ainsi qu'au type indiqué d'organisation résidentielle pour les usagers visés.
RTF	Le projet correspond au type de ressource et, le cas échéant, à la limitation d'exercice indiquée pour les usagers visés.
RI et RTF	Précision Le projet peut évoluer dans le temps, entre le moment où débute la démarche de recrutement jusqu'à la signature d'une nouvelle entente. Après avoir consulté le postulant ou la ressource, l'établissement peut convenir, avec l'un ou l'autre, d'apporter au projet des modifications qui permettraient de mieux répondre à ses besoins d'hébergement, et ce, dans le respect de la LGSSSS.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : À la signature d'une nouvelle entente. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u>	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement de l'entente; • lors d'un changement dans la situation de la ressource porté à l'attention de l'établissement. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf.</u>	Aucune.

CRITÈRE 15 – LIEN CONTRACTUEL AVEC UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ QUÉBEC

Ce critère vise à s'assurer que toute RI ou toute RTF dispose d'une entente particulière ou spécifique valablement convenue avec un établissement de Santé Québec.

Milieu	Modalités
RI et RTF	La démarche de recrutement et d'évaluation est réalisée dans le but de conclure une entente spécifique ou particulière, sauf circonstances exceptionnelles.

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lors de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant : Avant de conclure une entente, l'établissement doit toutefois s'assurer que le projet du postulant correspond toujours à ses besoins. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier du postulant au SIRTf.</u> Précisions relatives aux familles d'accueil de proximité : Le statut d'une famille d'accueil de proximité est d'abord fondé sur l'existence d'un lien significatif entre elle et un enfant nommé désigné. Un lien significatif préalable à la décision de placement est présent lorsque l'enfant et la personne adulte ont déjà une relation empreinte d'affection, de stabilité et de continuité (par exemple : famille élargie, parrain ou marraine, voisin, proche ami de la famille, etc.).	Lors de la démarche de vérification du maintien de la conformité pour les ressources en exercice : Après avoir constaté le maintien, par la ressource, de sa conformité à l'ensemble des critères, l'établissement pourra lui confirmer son intention de poursuivre leur relation contractuelle. Fréquence : • habituellement sur une base annuelle; • lors du renouvellement de l'entente. <u>Il est important de verser une note évolutive au dossier de la ressource au SIRTf.</u>	

1 Balises de vérification	2 Balises de vérification	Exemption
Lorsque cet enfant quitte la ressource, son départ met fin à l'entente spécifique intervenue entre l'établissement et cette famille d'accueil de proximité. Si l'établissement et la ressource souhaitent que cette dernière continue d'agir comme RTF régulière, c'est-à-dire sans limitation d'exercice, l'établissement devra à nouveau l'évaluer selon la démarche établie et applicable aux familles d'accueil régulières. Au même titre que tout postulant qui désire devenir une famille d'accueil régulière, c'est au terme d'une évaluation positive qu'une entente spécifique pourra être conclue. Cependant, si l'analyse de certains critères est à jour ou ne requiert pas une évaluation plus approfondie, l'établissement pourra en tenir compte dans sa démarche d'évaluation.		

6.3 CLAUSES DÉROGATOIRES

Les critères généraux déterminés par le ministre visent notamment la qualité du milieu de vie et des services de soutien ou d'assistance offerts à l'utilisateur ainsi que sa sécurité. À ce titre, ils sont tous importants.

Cependant, considérant l'historique du développement des ressources et la diversité des réalités qu'elles représentent selon les différents territoires, dans certaines circonstances, l'établissement pourrait permettre des adaptations temporaires ou permanentes à l'égard de certains critères.

Le Cadre de référence prévoit donc que, dans des situations exceptionnelles, un établissement pourrait faire appel à une clause dérogatoire au regard de certains critères généraux déterminés par le ministre. L'introduction de ce concept vise essentiellement à prévenir un préjudice envers un ou plusieurs usagers d'un territoire donné, à défaut de conclure une entente ou de maintenir un projet déjà existant.

Le pouvoir de déroger à un ou à plusieurs critères, de façon temporaire ou permanente, constitue une importante responsabilité que l'établissement doit exercer avec prudence et vigilance. Un tel processus d'adaptation doit être prévu et encadré de façon rigoureuse afin de ne pas compromettre la sécurité des usagers et la qualité du milieu de vie.

La décision d'un établissement de déroger, temporairement ou non, à l'un de ces critères généraux pourrait reposer sur les conditions suivantes :

- la dérogation fait l'objet d'une analyse formelle par un comité de l'établissement imputable et mandaté à cette fin;
- l'établissement indique clairement la nature et les motifs de l'adaptation, de même que sa durée (temporaire ou permanente);
- l'établissement s'assure que cette dérogation ne mettra pas en cause ni n'affectera la qualité du milieu de vie et les services de soutien ou d'assistance à fournir à l'utilisateur ainsi que sa sécurité, celle de la ressource, celle des autres usagers ou celle de toute personne agissant auprès de lui;
- l'établissement consigne au dossier du postulant ou de la ressource au SIRTF, toute information utile portant sur cette dérogation.

Cependant, certains critères ne peuvent d'aucune façon faire l'objet d'une dérogation : il s'agit des critères 1, 2 et 4 qui concernent la majorité, la citoyenneté et l'absence d'antécédents judiciaires en lien avec la fonction.

Finalement, il importe d'indiquer que toute décision de dérogation relative au programme jeunes en difficulté doit être autorisée par le DPJ ou son représentant.

APERÇU DE LA SEPTIÈME SECTION



AU PROGRAMME :

SERVICES ATTENDUS DE LA PART D'UNE RESSOURCE

SERVICES DEVANT ÊTRE OFFERTS PAR UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE OU
UNE RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL

ABSENCE TEMPORAIRE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA RESSOURCE

DÉCLARATION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

PROTECTIONS ET DROIT DE POURSUIVRE

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

RECOURS AU PROTECTEUR DES USAGERS

LOI VISANT À LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS ET TOUTE
AUTRE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

LEGS ET DONATION

CODE D'ÉTHIQUE

DOSSIER DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE

DOSSIER DE LA RESSOURCE DANS L'ÉTABLISSEMENT

CESSATION DE LA PRESTATION DE SERVICES DE LA RESSOURCE

7 SERVICES ATTENDUS DE LA PART D'UNE RESSOURCE

7.1 SERVICES DEVANT ÊTRE OFFERTS PAR UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE OU UNE RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL

Une ressource intermédiaire et une ressource de type familial doivent offrir, aux usagers qui leur sont confiés, leurs services de soutien ou d'assistance conformément au *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial*¹¹⁰ (ci-après le « Règlement sur la classification »).

Le ministre établit, par règlement, une classification des services offerts par les ressources intermédiaires et les ressources de type familial qui est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers¹¹¹.

Les services devant être fournis à l'utilisateur doivent l'être dans le respect des lois, règlements et politiques en vigueur, de même qu'en cohérence avec les orientations énoncées dans le présent Cadre de référence.

Ces services doivent également intégrer les principes et les orientations de la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée¹¹², laquelle est applicable aux usagers adultes hébergés en RI-RTF.

7.1.1 Milieu de vie

Le milieu de vie constitue une des trois composantes d'une ressource. Il est susceptible de varier en fonction du type de la ressource, RI ou RTF, et selon le type d'organisations résidentielles de la ressource. Il peut s'agir d'une résidence de groupe, d'une maison de chambres, d'appartements supervisés, d'une résidence d'accueil ou d'une famille d'accueil.

Un milieu de vie est :

- un endroit où l'utilisateur réside et où il se sent « chez-lui », ce qui inclut l'aménagement de sa chambre en fonction de ses goûts et ses préférences;
- un endroit où on est à l'écoute de l'utilisateur et où on tient compte de ses dimensions affectives, sociales, comportementales, physiques et spirituelles dans la réponse individualisée à ses besoins;
- un endroit où on organise les lieux physiques de façon chaleureuse et accueillante;
- un endroit où l'utilisateur est reconnu et valorisé comme un membre de la famille ou de la collectivité, ce qui inclut un milieu lui permettant de participer aux tâches quotidiennes, s'il le désire (ménage, lessive, préparation de repas, raclage, pelletage de neige, jardinage, etc.), ce qui peut contribuer à développer ou à préserver son autonomie;
- un endroit où la dignité humaine est présente au quotidien dans les services qui lui sont offerts.

7.1.2 Services de soutien ou d'assistance

Le Règlement sur la classification et l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance (ci-après « l'Instrument ») qui en fait partie intégrante définissent les services de soutien ou d'assistance.

¹¹⁰ *Supra*, note 14, art. 1.

¹¹¹ Art. 540 et 554 LGSSSS.

¹¹² En ligne : *Des milieux de vie qui nous ressemblent - Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*, Gouvernement du Québec, 2021, 83 pages.

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

- **les services communs** : ils sont définis à la partie 1 de l'Instrument¹¹³;
- **les services particuliers** : ils s'ajoutent aux services communs et sont déterminés par l'établissement en complétant la partie 2 de l'Instrument pour chaque usager confié à une ressource¹¹⁴.

Les bonnes pratiques révèlent que la mise en place de classificateurs dédiés, formés et outillés favorise des évaluations de plus grande qualité, une adéquation plus optimale entre les services offerts par les milieux d'hébergement et les besoins des usagers. C'est pourquoi il est suggéré que Santé Québec se dote de mécanismes au sein de ses établissements visant la mise en place d'équipes de classificateurs dédiés afin d'assurer la pérennité de l'expertise développée par de tels classificateurs.

7.1.3 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. Ils 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 son bien-être, sa sécurité et sa protection.

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 ou 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, d'offrir des services personnalisés, de qualité et sécuritaires à chaque usager.

Le tableau ci-après dresse la liste des services de soutien ou d'assistance communs selon l'ordre présenté à l'Instrument, constituant l'annexe du Règlement sur la classification :

¹¹³ *Supra*, note 14, art. 3, al.1.

¹¹⁴ *Supra*, note 14, art. 3, al. 2 et art. 4, al.1.

Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance
Partie 1 Services de soutien ou d'assistance communs à tous les niveaux Section 1
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
Partie 1 Services de soutien ou d'assistance communs à tous les niveaux Section 2 : sont ceux offerts par une RI de type « appartement supervisé » ou « maison de chambre »
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) de l'utilisateur 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

Des services de qualité se définissent comme des services qui répondent aux besoins des usagers hébergés, qui tiennent compte de leurs intérêts et leurs préférences, de leurs capacités, habiletés et aptitudes, en privilégiant leur sécurité, les pratiques et approches reconnues qui sont recommandées par l'établissement, dans le respect des lois, des règlements et des ententes. Des services de qualité reposent sur la bienveillance, le respect et la responsabilisation, dans le souci constant du bien-être de l'utilisateur.

7.1.4 Services de soutien ou d'assistance particuliers

Les services particuliers sont l'ensemble des services de soutien ou d'assistance que doit offrir la ressource à un usager identifié, en fonction de sa condition personnelle. Ils sont propres à chaque usager et s'ajoutent aux services communs¹¹⁵.

Ils se regroupent sous différents thèmes que sont les descripteurs prévus par l'Instrument. Les descripteurs indiquent la nature générale du service particulier et l'objectif poursuivi pour l'usager par la réalisation des services de soutien ou d'assistance particuliers demandés à la ressource.

À titre d'exemple, le descripteur « Alimentation » prévoit les services voulus que peut identifier l'établissement pour l'usager de manière à ce que ce dernier puisse atteindre l'objectif de « s'alimenter proprement, sans risque d'étouffement et de problème pour sa santé »¹¹⁶.

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

Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance	
Partie 2 Services de soutien ou d'assistance particuliers	
Section 2 : identification et précision des 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 (bain, chaise, lit, toilette).
7. Mobilité (déplacements)	Effectuer ses déplacements de façon sécuritaire.

¹¹⁵ *Supra*, note 14, art. 3, al. 2.

¹¹⁶ *Supra*, note 14, partie 2, section 2.

Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance	
Partie 2 Services de soutien ou d'assistance particuliers	
Section 2 : identification et précision des services de soutien ou d'assistance particuliers	
Descripteurs et objectifs	
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.

7.1.5 Absence temporaire d'un usager confié à une ressource

Les ententes collectives et nationales actuelles définissent l'absence temporaire comme étant une période temporaire d'une journée ou plus pendant laquelle l'usager confié à une ressource ne séjourne pas dans la ressource les jours prévus de placement continu ou intermittent. Il y est également précisé qu'une absence temporaire de l'usager n'affecte pas la nature du placement. Ainsi, l'absence temporaire d'un usager ne peut pas entraîner la modification d'un placement continu en placement intermittent.

Par ailleurs, la ressource a droit à tout ce que les ententes collectives et nationales prévoient en matière de rétribution lors de l'absence temporaire d'un usager, comme si l'usager y séjournait. Toutefois, lors d'une telle absence, l'établissement doit procéder à la révision des services de soutien ou d'assistance particuliers prévus à l'Instrument de l'usager dans un délai maximal de 30 jours. En effet, l'absence temporaire de l'usager constitue un changement dans la condition de ce dernier et implique une révision des services ou des précisions qui y sont liées. Les services alors identifiés doivent être signifiés à la ressource afin qu'elle puisse les offrir. La date de début de l'Instrument correspond ainsi à la date de révision et, au moment du retour de l'usager dans la ressource, l'Instrument doit être révisé de nouveau.

Finalement, il importe de mentionner le principe selon lequel tant que l'intention et l'objectif sont le retour de l'usager dans la ressource au terme de sa période d'absence, il s'agit d'une absence temporaire, quelle que soit la durée de cette absence.

7.1.6 Activités pouvant être exercées par une RI ou une RTF selon la Règle de soins nationale

Les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers ne constituent pas des services professionnels en matière de santé ou de services sociaux; de tels services ne peuvent être exigés d'une ressource.

Toutefois, dans le cadre des activités d'une RI ou d'une RTF, une personne peut légalement exercer certaines activités¹¹⁷, autrement réservées à des professionnels, lorsqu'elle agit conformément aux dispositions des articles 39.7 et 39.8 du Code des professions¹¹⁸.

Mise en vigueur en 2022, la Règle de soins nationale¹¹⁹ définit les balises minimales d'encadrement clinique lorsque des activités de soins sont confiées à des aides-soignants. Elle précise que les conditions et les modalités selon lesquelles une personne peut exercer les activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions sont déterminées en vertu de l'article 5 du *Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions*¹²⁰. Le respect des conditions de formation et d'exercice [qui y sont décrites] est obligatoire afin de permettre à un aide-soignant d'exercer ces activités de soins dans un lieu, un cas ou un contexte autorisé.

L'établissement indiquera ces activités à la ressource par l'entremise de l'Instrument de détermination et de classification, notamment à la section 2 de la partie 2 qui permet de préciser les services de soutien ou d'assistance particuliers. Par cette démarche, l'établissement indiquera également, pour chaque usager concerné, la nécessité d'exercer l'une et l'autre de ces activités autrement réservées à des professionnels et d'en établir les modalités d'exercice et d'encadrement. De son côté, la ressource devra s'assurer que les employés qui doivent agir dans le cadre de ces soins répondent à l'ensemble des exigences.

¹¹⁷ Les activités de soins confiées à des aides-soignants selon les art. 39.7 et 39.8 du Code des professions sont l'administration des médicaments et les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne.

¹¹⁸ RLRQ, c. C-26. En ligne : Code des professions.

¹¹⁹ *Activités de soins confiées à des aides-soignants*, Règle de soins nationale, Gouvernement du Québec, 2022, 65 pages. En ligne : [22-945-02W](#)

¹²⁰ RLRQ, c. C-26, r. 3.1. En ligne : *Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions*.

7.2 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. Lorsqu'elle doit s'absenter, la personne qui est présente doit posséder les compétences requises pour assurer la dispensation des services de soutien ou d'assistance nécessaires.

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.

Puisqu'elle conserve la direction de la ressource en tout temps, la personne responsable doit être joignable, également en tout temps. Lorsqu'elle s'absente, un moyen de communication fonctionnel et efficace doit être mis en place afin qu'elle puisse être contactée pour les situations qui le requièrent.

7.3 DÉCLARATION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

En vertu de la LGSSSS, la ressource, à titre de personne qui fournit des services pour le compte de l'établissement, doit déclarer au plus haut dirigeant de l'établissement ou 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. Le formulaire est versé au dossier de l'utilisateur¹²¹.

Aux fins de la déclaration requise, le rapport de déclaration d'incident ou d'accident, ci-après nommé le formulaire AH-223-1 doit être utilisé. Celui-ci permet de déclarer le fait observé ou constaté.

Les Lignes directrices visant la déclaration des incidents et des accidents¹²² ainsi que la LGSSSS définissent les notions d'accident et d'incident dans ces termes :

« [...] un accident s'entend d'une action ou d'une situation où le risque se réalise et qui est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager¹²³.

[...] un incident s'entend d'une action ou d'une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences¹²⁴. »

En tout temps, 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;

¹²¹ Art. 392 LGSSSS.

¹²² *Déclaration des incidents et des accidents – Lignes directrices*, MSSS, Gouvernement du Québec, 2026, 40 pages.
En ligne : [Déclaration des incidents et des accidents](#).

¹²³ Art. 11, al. 3.

¹²⁴ Art. 27 (8⁰), al. 2.

- les recommandations que le déclarant juge pertinentes, le cas échéant.

La ressource doit 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.

Par ailleurs, la LGSSSS édicte que « le règlement intérieur de Santé Québec doit prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager, au représentant d'un usager mineur ou majeur inapte ou, en cas de décès d'un usager, à une personne qui lui est liée, de toute information nécessaire lorsque survient un accident¹²⁵. »

7.4 PROTECTIONS ET DROIT DE POURSUIVRE

La LGSSSS et la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux du Québec¹²⁶ (ci-après la « Loi sur le Protecteur des usagers ») prévoient différentes protections, notamment l'interdiction d'exercer des représailles à l'endroit d'une personne qui formule ou qui entend formuler une plainte¹²⁷.

L'article 19 de la LGSSSS établit expressément le droit de poursuivre comme suit :

« Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants cause d'exercer un recours contre Santé Québec, un établissement regroupé, un établissement privé, une ressource intermédiaire, leurs 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 ressource de type familial. »

7.5 RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Les articles 671 et suivants de la LGSSSS stipulent que toute personne peut formuler à Santé Québec, verbalement ou par écrit, une plainte à l'égard des services de santé ou des services sociaux qui relèvent d'un établissement public et à l'égard des services du domaine de la santé et des services sociaux qu'a pour fonction de fournir le titulaire d'une autorisation ou un autre prestataire auquel Santé Québec verse des sommes d'argent.

Les RI et les RTF sont visées par les articles 671 et suivants susdits. Il importe de retenir que la LGSSSS aménage un régime d'examen des plaintes fondamental avec lequel il est essentiel, pour l'ensemble des parties prenantes, de se familiariser.

7.6 RECOURS AU PROTECTEUR DES USAGERS

À la suite d'une plainte formulée dans le cadre du régime institué par la LGSSSS mentionné plus haut, l'usager qui est en désaccord avec les conclusions ou avec le suivi accordé aux recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) peut exercer un recours auprès du Protecteur des usagers¹²⁸ dont les fonctions sont exercées par le Protecteur du citoyen¹²⁹. La ressource qui était concernée par la plainte de cet usager auprès du Commissaire peut être interpellée dans un tel recours.

Le processus d'examen des plaintes auprès du Protecteur des usagers est similaire à celui engagé auprès du CLPQS. De la même façon, la ressource doit collaborer avec le Protecteur des

¹²⁵ Art. 91 LGSSSS.

¹²⁶ RLRQ, c. P-31.1. En ligne : Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

¹²⁷ Art. 731 et suivants LGSSSS et art. 29 à 36 Loi sur le Protecteur des usagers.

¹²⁸ Art. 8 (0.10) Loi sur le Protecteur des usagers.

¹²⁹ *Ibid*, art. 1.

usagers. Ce dernier dispose également de la possibilité d'intervenir sur une situation factuelle impliquant une ressource ou toute personne qui travaille ou exerce sa profession auprès de la ressource.

7.7 LOI VISANT À LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ÂÎNÉS ET TOUTE AUTRE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ¹³⁰

L'article 707 de la LGSSSS mentionne que le Commissaire national aux plaintes et à la qualité des services veille à l'application adéquate et optimale des dispositions de la présente partie et du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique¹³¹ de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Selon l'article 3 de cette loi, Santé Québec doit, pour chacun de ses établissements, ou le conseil d'administration de l'établissement, selon le cas, adopter une politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes en situation de vulnérabilité qui reçoivent des services de santé et des services sociaux, que ces services soient rendus dans une installation maintenue par l'établissement ou à domicile.

Cette politique a notamment pour objet :

- d'établir des mesures visant à prévenir la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité;
- de lutter contre la maltraitance;
- de soutenir les personnes engagées dans toute démarche visant à mettre fin à cette maltraitance, que celle-ci soit le fait d'une personne œuvrant dans un établissement ou le fait de toute autre personne.

7.7.1 Obligation de signaler dans certaines situations de maltraitance

La Loi visant à lutter contre la maltraitance¹³² prévoit des mesures de protection particulières à certains cas de maltraitance dont le signalement obligatoire et immédiat est libellé à l'article 21. Il importe de connaître l'étendue de cette disposition :

« Tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions (chapitre C-26) qui, dans l'exercice de ses fonctions ou de sa profession, a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime de maltraitance doit signaler sans délai le cas pour les personnes suivantes :

1° tout usager majeur qui est hébergé dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée;

2° tout usager majeur qui est pris en charge par une ressource intermédiaire ou par une ressource de type familial;

3° toute personne majeure qui est en tutelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué;

¹³⁰ RLRQ, c. L-6.3. En ligne : Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

¹³¹ Gouvernement du Québec, 2020. En ligne : Politique-cadre de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

¹³² *Supra*, note 130.

4° toute personne majeure dont l'inaptitude à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qui ne bénéficie pas d'une mesure de protection;

5° toute autre personne en situation de vulnérabilité qui réside dans une résidence privée pour aînés.

[...]. »

(Nos soulignés)

Les modalités de réalisation relatives aux signalements et autres mesures sont prévues dans la loi.

7.8 LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE¹³³

C'est la loi centrale en matière de protection de la jeunesse au Québec. Elle a pour objet la protection de l'enfant dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis. Aux fins de cette loi, l'article 38 de la LPJ prévoit que :

« ... la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'exposition à la violence conjugale, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux¹³⁴. »

La LPJ vise donc à protéger les enfants vulnérables tout en respectant leurs droits et ceux de leurs parents.

7.8.1 Obligation de signaler pour la protection des enfants

Il importe de rappeler les obligations relatives aux signalements prévues à la LPJ. L'article 39 en dispose de la façon suivante :

« Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes d et e du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a, b, c, c.1 ou f du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur. »

¹³³ RLRQ, c. P-34.1.

¹³⁴ *Ibid*, art. 38, al. 1.

7.9 LEGS ET DONATION

Les articles 833 et 834 de la LGSSSS ont modifié, respectivement, les articles 761 et 1817 du Code civil du Québec, lesquels se lisent désormais comme suit¹³⁵ :

Article 761

« Le legs fait au propriétaire, à l'administrateur, à l'exploitant, au responsable ou au salarié d'un établissement, d'un autre lieu d'hébergement ou d'une résidence au sens des lois relatives à la santé et aux services sociaux, ou à la personne qui y exerce des activités rémunérées ou non, est sans effet s'il a été fait à l'époque où le testateur y était soigné ou y recevait des services, à moins que le légataire ne soit aussi le conjoint ou un proche parent du testateur.

Le legs fait au membre de la famille d'accueil à l'époque où le testateur y demeurait est également sans effet. »

Article 1817

« La donation faite au propriétaire, à l'administrateur, à l'exploitant, au responsable ou au salarié d'un établissement, d'un autre lieu d'hébergement ou d'une résidence au sens des lois relatives à la santé et aux services sociaux, ou à la personne qui y exerce des activités rémunérées ou non, est nulle si elle a été faite au temps où le donateur y est soigné ou y reçoit des services, à moins que le donataire ne soit aussi le conjoint ou un proche parent du donateur.

La donation faite à un membre de la famille d'accueil à l'époque où le donateur y demeure est également nulle. »

C'est pourquoi il est interdit pour la ressource, les membres de sa famille immédiate et élargie, ses aides et ses remplaçants compétents, directement ou indirectement de :

- solliciter ou d'accepter un prêt, un don ou un legs d'un usager confié à la ressource par l'établissement;
- traiter avec un usager personnellement en vue d'acquérir ou d'aliéner autrement les biens de ce dernier;
- vendre tout bien et tout service à un usager qui lui est confié par l'établissement;
- dans ce dernier cas et exceptionnellement, s'il s'agit du choix de l'usager ou dans un contexte d'une offre de services limitée sur un territoire donné, une telle vente de biens et de services pourrait être autorisée par l'établissement;
- traiter avec un usager personnellement en vue d'obtenir la garde, la surveillance ou l'administration de ses biens ou de ses avoirs, à l'exception de la gestion de l'allocation pour dépenses personnelles de l'usager lorsque requis, et ce, même à titre gratuit.

L'établissement ne peut pas demander à une ressource d'assumer les responsabilités inhérentes à la garde, la surveillance ou à l'administration des biens ou des avoirs d'un usager.

7.10 CODE D'ÉTHIQUE

7.10.1 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 Santé Québec¹³⁶ concernant les « pratiques et conduites attendues des

¹³⁵ Art. 833 et 834 LGSSSS.

¹³⁶ Art. 64, al. 1 (2^o) LGSSSS.

personnes qui, au sein d'un établissement de Santé Québec, exercent des activités à l'endroit des usagers¹³⁷. »

Compte tenu de cette obligation, la ressource doit recevoir une copie de ce code d'éthique ou, à tout le moins, les extraits qui la concernent. Il est important que la ressource ait l'occasion d'obtenir des explications complémentaires de l'établissement au besoin.

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

Il est suggéré d'afficher les extraits pertinents du code d'éthique au sein du milieu de vie afin qu'ils soient accessibles aux usagers, à leurs proches ainsi qu'aux employés.

7.10.2 Pour la ressource de type familial

Du côté des ressources de type familial, celles-ci doivent connaître et respecter les politiques, procédures et directives de l'établissement. Par ailleurs, les ententes collectives prévoient l'obligation qui incombe à chaque établissement de remettre aux ressources une copie de son code d'éthique.

Il est fortement recommandé que la ressource se dote de règles pour préserver un bon fonctionnement et favoriser le bien-être de chaque usager au sein de la ressource. Ces règles de fonctionnement reflètent la réponse de la ressource au service commun Établir un cadre de vie.

7.11 DOSSIER DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE

Dans le cadre de ses activités, la ressource collige de nombreux renseignements concernant chacun des usagers qui lui sont confiés par l'établissement. Ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de ses rôles et de 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 tout organisme avec lequel la ressource interagit dans le cadre de sa prestation de services offerts à l'utilisateur.

7.11.1 Constitution, contenu 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, au moment de son arrivée dans la ressource. Le dossier de l'utilisateur dans la ressource sera documenté au cours de la période où il est confié à la ressource.

Le dossier de l'utilisateur dans la ressource peut être en version papier ou numérique à la condition que la ressource s'assure que son contenu demeure confidentiel et soit partagé uniquement avec les personnes qui doivent contribuer à la prestation des services. Il 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.

¹³⁷ *Ibid*, art. 544.

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 dispensation de services de soutien ou d'assistance de qualité à cet usager.

Le dossier de l'utilisateur dans la ressource inclut également les renseignements sur l'utilisateur nécessaires à l'exercice des rôles et responsabilités de la ressource qui sont colligés dans des documents constitués ou complétés par la ressource dans le cadre de ses activités. Il peut s'agir, par exemple, de la gestion de l'allocation des dépenses personnelles, des grilles d'observation, de tout document clinique relatif à la prise en charge de l'utilisateur, ou encore des notes de la ressource liées à sa prestation de services.

Tout autre renseignement concernant l'utilisateur et nécessaire à la ressource pour la prise en charge de l'utilisateur dans le milieu de vie, ainsi qu'à la dispensation de ses services, sera également colligé dans ce dossier, quelle que soit sa provenance.

7.11.2 Consultation

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 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 concernent¹³⁸.

Ainsi, la ressource doit prendre les mesures visant à garantir la protection des renseignements contenus au dossier de l'utilisateur dans la ressource (conservation dans des locaux sécuritaires ou un espace de stockage sécuritaire si numérique, vérifications des accès, etc.).

À cet égard, il convient 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.

7.11.3 Fermeture

Lors du départ d'un usager, la ressource est tenue de remettre à l'établissement, dans un délai maximum de trente jours, tous les documents et renseignements concernant l'utilisateur et de maintenir le caractère confidentiel de ceux-ci. La ressource ne conserve donc aucun document ni renseignement concernant l'utilisateur et remet le tout à l'établissement. Une méthode doit être convenue pour la remise, et par la suite la destruction, des documents et renseignements s'ils sont numériques, puisqu'ils ne peuvent circuler sur Internet sans protection. Ces documents et renseignements appartiennent à l'utilisateur; l'établissement se doit de les lui remettre intégralement après en avoir pris possession.

7.12 DOSSIER DE LA RESSOURCE DANS L'ÉTABLISSEMENT

Depuis l'amorce de la démarche de recrutement et d'évaluation du postulant et tout au cours de leur relation, l'établissement recueille et conserve de nombreux renseignements sur la ressource, ce qui lui permet, notamment, de remplir ses responsabilités contractuelles, de même que ses responsabilités légales, envers elle. Ces renseignements proviennent de la ressource elle-même,

¹³⁸ *Supra*, note 14.

des différents intervenants de l'établissement ou d'autres personnes, dont les personnes hébergées et leurs proches.

Il importe donc que les renseignements ainsi recueillis soient colligés dans un seul et même dossier afin de faciliter le repérage, la consultation et la conservation, tout en respectant leur confidentialité.

7.12.1 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 doit être à jour, tenu avec rigueur, complet et fiable.

7.12.2 Contenu

En vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels¹³⁹ (ci-après la « Loi sur l'accès »), les renseignements consignés au dossier de la ressource sont les renseignements nécessaires à l'exercice des rôles et des responsabilités de l'établissement¹⁴⁰. 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 que la ressource respecte ses obligations contractuelles;
- d'exécuter ses responsabilités légales, notamment lors du suivi professionnel de l'usager.

Les renseignements sont colligés dans le SIRTf.

Les notes de suivi font état, entre autres, des communications entre les intervenants ou les gestionnaires de l'établissement et la ressource concernant non seulement l'exercice de leurs responsabilités respectives, mais également diverses situations, telles que la situation particulière vécue par un usager ou par la ressource, les rencontres, les visites, la rétribution, la formation continue, les congés. Les notes de suivi contribuent activement à actualiser l'information permettant de conserver à jour le portrait de la ressource. Elles suivent généralement un ordre chronologique.

Certains renseignements personnels sur l'usager ou d'autres personnes peuvent être inclus dans les notes de suivi du dossier de la ressource pourvu qu'ils soient nécessaires.

En tout temps, l'établissement adopte une attitude de prudence en utilisant des initiales ou en minimisant l'introduction d'informations ou de renseignements personnels sur l'usager ou d'autres personnes. De tels renseignements doivent faire l'objet d'une vigilance constante de façon à assurer leur protection.

De plus, les notes de suivi sont rédigées en conformité avec les pratiques reconnues, notamment selon certaines normes émises par les ordres professionnels relatives à la tenue de dossiers et les politiques et procédures de l'établissement.

À titre indicatif, l'Annexe 5 présente une liste des renseignements ou des documents pouvant être consignés au dossier de la ressource. Ce tableau n'est toutefois pas exhaustif.

¹³⁹ RLRQ, c. A-2.1.

¹⁴⁰ *Ibid*, art. 64.

7.12.3 Consultation

Seul le personnel autorisé de l'établissement a accès au dossier de la ressource. En raison de la nature des renseignements figurant au dossier de la ressource, l'établissement limite les autorisations d'accès aux seuls membres du personnel pour qui ces renseignements sont nécessaires dans l'exercice de leurs fonctions.

L'établissement adopte, par ailleurs, des mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements figurant au dossier de la ressource (conservation dans des locaux sécuritaires, vérifications des accès, etc.)¹⁴¹.

La Loi sur l'accès prévoit que toute personne a le droit d'être informée de l'existence, dans un fichier de renseignements personnels, d'un renseignement personnel la concernant. La loi précise également que cette personne a le droit de recevoir communication de tout renseignement personnel qui la concerne. Concrètement, cela signifie que toute ressource peut demander de recevoir communication de tout renseignement personnel la concernant consigné à son dossier.

Différents textes d'ententes collectives mentionnent le fait que, moyennant certaines modalités, la ressource dispose de droits d'accès à son dossier détenu par l'établissement, notamment pour le consulter sur place ou en obtenir copie.

7.12.4 Droit de rectification

Si la ressource constate l'existence, dans son dossier détenu par l'établissement, d'un renseignement personnel la concernant qui serait inexact, incomplet ou équivoque, elle pourrait, en vertu de la Loi sur l'accès¹⁴², exercer son droit à la rectification en exigeant de l'établissement que soit rectifié son dossier.

7.12.5 Fermeture et conservation

L'établissement procédera à la fermeture du dossier de la ressource à la fin de leur relation contractuelle.

La conservation de certains documents figurant au dossier de la ressource devra être conforme au calendrier de conservation de l'établissement établi selon la Loi sur les archives¹⁴³.

7.13 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. Malgré le principe de continuité des services, il leur est possible de suspendre temporairement leurs activités selon la période et les raisons applicables mentionnées aux ententes collectives.

La cessation permanente de la prestation de services vise l'ensemble des ressources, c'est-à-dire qu'elle concerne autant les ressources visées par la LRR que les ressources non visées. La cessation permanente de la prestation de services résulte des situations prévues aux ententes spécifiques et particulières.

¹⁴¹ *Ibid*, art. 63.1.

¹⁴² *Ibid*, art. 89.

¹⁴³ RLRQ, c. A-21.1.

APERÇU DE LA HUITIÈME SECTION



AU PROGRAMME :

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBEC

MODALITÉS, MÉCANISMES ET CRITÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES
D'UNE RESSOURCE

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

CONSENTEMENT AUX SOINS ET AUX SERVICES

DOSSIER DE L'USAGER DANS L'ÉTABLISSEMENT

APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER CONFIÉ À UNE RESSOURCE

ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER

8 LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBEC

8.1 MODALITÉS, MÉCANISMES ET CRITÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES D'UNE RESSOURCE

Devant la nécessité d'harmoniser le fonctionnement des mécanismes d'accès à l'hébergement dans l'ensemble des régions du Québec, le MSSS a publié en 2023 un cadre de référence provincial intitulé *Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés*¹⁴⁴.

Depuis la création de Santé Québec et l'entrée en vigueur de la LGSSSS, le portrait s'est transformé de manière importante. La responsabilité de la mise en place de mécanismes d'accès aux services incombe à Santé Québec en vertu des articles 71 et suivants de la LGSSSS qui en définissent les balises.

8.1.1 Modalités d'accès

L'offre de services du RSSS concernant les RI et les RTF s'inscrit dans un continuum de services offerts aux usagers visés par les programmes-services de Santé Québec par l'entremise de ses établissements. La mise en place de mécanismes d'accès et la détermination de modalités encadrant notamment la priorité de l'accès à tout ou partie des services¹⁴⁵ ont pour objectif d'assurer une équité d'accès au bénéfice des usagers requérant de tels services. De plus, le deuxième alinéa de cette disposition apporte des précisions supplémentaires à l'égard de ce qui est attendu d'un mécanisme d'accès. Ainsi, il est stipulé que :

71.

« (...) »

Santé Québec doit s'assurer que son mécanisme d'accès aux services tient compte des particularités du territoire de même que des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers et qu'il permet de coordonner les activités des établissements publics et des prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux. »

8.1.2 Mécanismes et critères d'accès

Sur la base des orientations et des balises ministérielles énoncées au présent Cadre de référence ainsi que des modalités d'accès établies, le cas échéant, des critères d'accès aux services d'une ressource pour les personnes ayant ce type de besoin doivent être définis par les établissements de Santé Québec.

De tels critères d'accès aux services d'une ressource ont pour but de permettre à l'établissement 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 à la section 8.7.3 ci-après.

Les critères d'accès ainsi établis doivent l'être pour chacun des types de ressources et des types d'organisations résidentielles faisant partie du continuum de services. Ainsi, il sera possible de déterminer adéquatement l'orientation d'un usager vers ce type de milieu de vie.

Par ailleurs, le fonctionnement concernant l'accès aux services d'une ressource peut varier pour certaines clientèles spécifiques selon l'organisation des services de l'établissement.

¹⁴⁴ Gouvernement du Québec, 2023, 48 pages. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003566/>

¹⁴⁵ Art. 71, al. 2 LGSSSS.

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

- le cadre d'exercice des ressources, dont les dispositions pertinentes de la LGSSSS et du Règlement sur la classification, de même que les ententes collectives et nationales conclues entre le gouvernement du Québec et les associations et les organismes représentatifs des ressources;
- 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 n° 3 du suivi professionnel de l'utilisateur;
- les orientations ministérielles à l'égard du profil de l'utilisateur à l'accueil;
- les orientations ministérielles relativement à des standards d'accès aux services offerts, notamment un plan d'accès.

8.1.3 Profil de l'utilisateur à l'accueil

L'accueil de l'utilisateur dans une ressource constitue une des composantes de l'ensemble du continuum de services déterminé pour répondre aux besoins particuliers des utilisateurs. Cette composante coexiste avec d'autres offres de services, dont les services visant le maintien de l'utilisateur dans son milieu de vie d'origine ou bien encore l'hébergement en milieu substitut.

C'est dans ce contexte que les critères d'accès déterminent certaines caractéristiques d'une personne pouvant être orientée vers une ressource (profil à l'accueil) dans le but d'aider l'établissement à cibler le meilleur service à offrir à l'utilisateur en considération de ses besoins d'une part, et du cadre entourant la prestation de services dans une ressource, d'autre part.

Le profil à l'accueil doit être suffisamment précis pour soutenir l'établissement dans l'exercice de ses fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation de l'utilisateur, tout en permettant la détermination du milieu de vie le plus approprié pour lui et en assurant la qualité des services qui lui seront offerts. Dans cette perspective, le profil de l'utilisateur doit être à jour au moment de faire une demande d'hébergement.

En somme, le profil de l'utilisateur à l'accueil contribue à assurer la conformité des services requis par ce dernier avec les rôles et les responsabilités d'une ressource, notamment en vertu de la LGSSSS et du Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial.

8.1.4 Caractéristiques du profil de l'utilisateur à l'accueil

Le profil à l'accueil présente les caractéristiques générales¹⁴⁶, communes à tous les utilisateurs, quel que soit le programme-services dont ils relèvent.

En plus de ces caractéristiques générales, d'autres caractéristiques, cette fois liées aux programmes-services, peuvent s'ajouter au profil à l'accueil. Il est de plus en plus fréquent que des utilisateurs présentent plusieurs besoins particuliers, des comorbidités ou des besoins multiples. Cette réalité oblige les établissements à organiser leurs services d'hébergement selon une approche centrée sur les besoins de l'utilisateur et à mettre en place des passerelles de collaboration entre les différents programmes-services, tout en respectant les normes ministérielles et les lois en vigueur.

Il est également important de noter que chaque programme-service dispose, par ailleurs, d'orientations ministérielles adoptées en réponse aux réalités propres à chaque type de clientèle. Il importe de s'y référer.

¹⁴⁶ Les caractéristiques générales sont disponibles à l'Annexe 1 de la directive G26.

8.1.5 Responsabilités structurantes

Les modalités, mécanismes et critères d'accès aux services constituent donc une façon pour les établissements d'assumer leur responsabilité de planification en contribuant à assurer le bon service à la bonne personne et dans la ressource appropriée.

Ces modalités, mécanismes et critères d'accès aux services ont, par ailleurs, une incidence majeure sur l'exercice des responsabilités en matière d'accueil, d'évaluation et d'orientation de l'utilisateur assumées par l'établissement, tout en permettant la souplesse nécessaire à l'exercice du jugement clinique et éthique ainsi que le respect des droits de l'utilisateur.

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

Pour toute personne, qu'elle soit enfant ou adulte, le fait d'être retirée de son milieu de vie d'origine ou actuel et d'être confiée à une ressource constitue un événement majeur, que cette situation résulte d'une décision judiciaire, clinique ou administrative. Dans ce contexte, l'établissement et la ressource agissent dans le meilleur intérêt de l'utilisateur en lui offrant les services nécessaires afin que cet événement soit empreint de bienveillance et se déroule dans les meilleures circonstances possibles pour lui.

Le placement et le déplacement d'un utilisateur dans une ressource relèvent de la responsabilité exclusive de l'établissement. Il exerce ainsi ses fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des utilisateurs, conformément à la LGSSSS et à la LPJ. La collaboration entre l'établissement et la ressource est essentielle tout au long de la démarche de placement ou de déplacement d'un utilisateur.

De plus, outre les dimensions cliniques liées au placement, l'établissement doit tenir compte des 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.

8.2.1 Placement urgent

Bien qu'un placement puisse être nécessaire dans une situation d'urgence, l'établissement doit tendre à respecter les mêmes balises qui sont applicables aux placements réalisés dans un contexte planifié.

Lors d'un placement urgent, l'établissement doit fournir les renseignements de base qui sont nécessaires à la prise en charge immédiate de l'utilisateur par la ressource. Il peut s'agir notamment des renseignements concernant la présence d'allergies, des conditions médicales, des coordonnées en cas d'urgence et de toute autre information qui est essentielle pour préserver sa sécurité et celle des autres personnes qui demeurent et œuvrent dans la ressource. Certaines des informations contenues au profil de l'utilisateur peuvent être incomplètes ou ne pas être disponibles. Toutefois, celles-ci devront être complétées le plus rapidement possible puisqu'elles seront utiles à la complétion du sommaire des renseignements, lequel doit être remis à la ressource au plus tard 72 heures suivant l'arrivée de l'utilisateur.

Par la suite, l'établissement procède à la mise en œuvre de l'activité n° 5 du suivi professionnel de l'utilisateur, c'est-à-dire l'intégration d'un utilisateur dans une ressource. Il est de la responsabilité de l'établissement d'assurer l'accompagnement de l'utilisateur lors de son intégration dans la nouvelle ressource. Toutefois, il pourrait être judicieux que l'utilisateur soit plutôt accompagné par une personne significative à cette occasion, lorsque des indications cliniques vont dans ce sens. Dans un tel cas, l'établissement demeure responsable de la mise en œuvre de cette activité. Il est important également de fournir à la ressource les coordonnées d'une personne ou d'une instance qu'il est possible de joindre en cas d'urgence.

L'établissement devra, par la suite, s'assurer de reprendre la séquence des activités du suivi professionnel de l'utilisateur depuis le début, selon la situation.

8.3 CONSENTEMENT AUX SOINS ET AUX SERVICES

Le premier alinéa de l'article 12 de la LGSSSS stipule que « nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. »

Au deuxième alinéa, il est mentionné que « le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil. »

Le placement d'un utilisateur 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 l'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé de l'utilisateur pour son placement dans une ressource, en conformité avec les lois applicables, sauf situations d'exception prévues par la loi, notamment la LPJ et le Code civil.

Le consentement est **libre** lorsque la personne le donne de son plein gré, sans crainte, menace, pression ou promesse provenant d'une tierce personne et il est **éclairé** lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause, soit après avoir reçu les informations pertinentes, de façon claire et dans un langage que la personne comprend.

Finalement, le consentement d'un utilisateur 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'utilisateur, 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'utilisateur, il est préférable que l'utilisateur 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'utilisateur 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 nécessaire. 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'utilisateur 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. Il est important, dans un tel cas, d'assurer la traçabilité du retrait du consentement dans le dossier de l'utilisateur.

Enfin, l'établissement peut devoir obtenir le consentement libre et éclairé de l'utilisateur, notamment lors de son placement, lors de 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'utilisateur nécessitent l'obtention du consentement de l'utilisateur.

8.4 DOSSIER DE L'USAGER DANS L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement doit tenir un dossier pour chaque usager confié à une ressource, en conformité avec la LGSSSS et ses règlements, ainsi qu'avec les politiques ou les procédures de l'établissement et les règles de l'art. Par ailleurs, l'établissement s'assure de la traçabilité de toutes les activités du suivi professionnel de l'usager confié à une ressource, dans le respect du présent Cadre de référence.

8.5 APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

La contention, l'isolement et l'utilisation de substances chimiques pour restreindre la capacité d'une personne à se mouvoir ou à se déplacer sont des mesures de contrôle extrêmes et exceptionnelles qui constituent une entrave aux droits et libertés de la personne. Par conséquent, ces mesures ne peuvent être envisagées qu'en dernier recours, lorsque les autres mesures d'apaisement ont toutes échoué. Leur utilisation doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne et de son environnement.

Ces mesures ne doivent être utilisées que pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions dans un contexte de risque élevé et imminent. Il faut également se rappeler que l'agitation et le délirium peuvent, entre autres, être des manifestations liées à un problème physique ou métabolique tel que l'hypoglycémie, un état infectieux, une intoxication ou une hypoxie. La correction de la cause de l'état sous-jacent représente le premier traitement afin de contrôler l'agitation.

L'utilisation des mesures de contrôle peut avoir des effets néfastes graves sur la santé physique et psychologique des personnes, notamment chez les personnes âgées, au point même de causer la mort. C'est pourquoi il est requis des établissements de voir à instaurer des mesures de remplacement dans le but de diminuer, voire d'éliminer l'utilisation des mesures de contrôle. Qu'elles soient de nature préventive ou alternative, les mesures de remplacement permettent à l'usager de reprendre le contrôle sur son comportement ou d'éviter les risques tout en respectant sa liberté de mouvement, sa mobilité et sa dignité.

Si l'utilisation d'une mesure de contrôle devient incontournable, elle doit être la moins contraignante et de la plus courte durée possible. Son application doit se faire dans le respect, la dignité, la sécurité et le bien-être de l'usager. De plus, doivent être assurés en tout temps le confort, la supervision attentive et le respect des droits de l'usager.

Lorsqu'une mesure de contrôle doit être appliquée dans une RI ou une RTF, de manière exceptionnelle et en dernier recours, l'établissement doit impérativement appliquer toutes les balises établies dans le Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle¹⁴⁷, en s'assurant de respecter, notamment, les éléments suivants :

- La décision d'utiliser une mesure de contrôle dans une RI-RTF doit être prise par un professionnel de l'établissement qui a le droit d'exercer cette activité réservée en vertu du Code des professions.
- Le professionnel identifié par le Code des professions doit respecter le processus établi par l'établissement concernant l'utilisation des mesures de contrôle.
- L'usager ou son représentant doit avoir donné son consentement pour l'application de la mesure de contrôle.

¹⁴⁷ Gouvernement du Québec, 2015, 30 pages. En ligne : *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique* (version révisée, mars 2015).

- L'environnement de la RI ou de la RTF doit permettre l'application de la mesure de contrôle.
- Le responsable ou le personnel d'une RI ou d'une RTF peut seulement appliquer une mesure de contrôle qui a été planifiée par un professionnel identifié de l'établissement.
- Le service en lien avec l'application de la mesure de contrôle doit être déterminé dans l'Instrument de détermination et de classification de l'usager et les précisions associées à ce service doivent y être indiquées.
- À la suite de l'application d'une mesure de contrôle dans une RI ou une RTF, l'établissement doit évaluer si le jumelage - pairage de l'usager est toujours adéquat.

Dans un contexte d'urgence concernant un usager et lorsqu'il n'y a pas de mesure de contrôle planifiée pour cette situation, la RI ou la RTF doit recourir à des interventions ou à des mesures de remplacement visant la sécurité des usagers, de l'usager lui-même et de l'environnement en attendant l'aide requise. Cependant, il est possible que le comportement de l'usager signale un danger immédiat pour lui ou pour autrui et qu'une intervention non planifiée soit nécessaire. Dans ce contexte, la décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé et le consentement de l'usager n'est pas obligatoire, mais sa collaboration est souhaitée en tout temps. À la suite de cet événement, une analyse post situationnelle avec l'établissement et la ressource doit être réalisée rapidement.

De plus, à l'instar de l'application d'une mesure de contrôle dans un contexte planifié, il est également requis ici d'évaluer si le jumelage - pairage est toujours adéquat et de réviser l'Instrument en fonction des changements apportés au plan d'intervention de l'usager.

8.6 SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER CONFÉ À UNE RESSOURCE

8.6.1 Vision globale

Bien que le suivi professionnel de l'usager confié à une ressource relève de la responsabilité de l'établissement, il repose également sur un engagement partagé entre les différents acteurs concernés. Cet engagement vise à promouvoir et à assurer :

- la prévention des risques et la protection de l'intégrité de l'usager;
- la qualité, la continuité et la sécurité des services rendus;
- une collaboration interdisciplinaire et inter-organisationnelle, respectueuse des droits et des besoins de l'usager.

Ainsi, l'établissement demeure responsable d'évaluer les besoins de l'usager, de déterminer les services cliniques et professionnels que requiert sa condition, de les fournir et d'assurer leur traçabilité. Les services cliniques et professionnels doivent également s'inscrire en cohérence avec les orientations du présent Cadre de référence.

L'établissement doit donc assurer le suivi professionnel de l'usager confié à une ressource et advenant que plusieurs établissements recourent aux services d'une même ressource, ils devront se concerter quant au suivi professionnel de l'ensemble des usagers¹⁴⁸.

Le suivi professionnel d'un usager comporte dix activités décrites dans la présente section. 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 exige de l'établissement une coordination

¹⁴⁸ Art. 537 LGSSSS.

rigoureuse afin d'assurer le déroulement harmonieux, adéquat et conforme de l'ensemble de ces activités.

Le suivi professionnel de l'utilisateur a une portée organisationnelle au sein de l'établissement. Il ne peut relever de la responsabilité d'un seul intervenant dans la réalisation d'une activité clinique ou d'un acte professionnel.

Dans la présente section, les activités du suivi professionnel de l'utilisateur sont présentées et regroupées dans une séquence logique qui se veut d'abord clinique. Par exemple, l'établissement doit préalablement réaliser l'évaluation ou la révision des besoins de l'utilisateur (activité n° 1) avant d'avoir élaboré ou révisé son plan d'intervention ou son plan de services (activité n° 2). La vision globale des activités du suivi professionnel est illustrée dans un logigramme à la fin de la section.

Le but des activités du suivi professionnel de l'utilisateur est de fournir à ce dernier, ou de s'assurer que lui soient fournis, des services de qualité, accessibles, continus, sécuritaires, efficaces, respectueux de ses droits et requis par sa condition et ses besoins.

8.6.2 Usage expliqué de certains termes de cette section

Le terme « professionnel » inclus dans l'expression « suivi professionnel de l'utilisateur » doit être compris ici comme synonyme d'être compétent, c'est-à-dire de disposer des 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 » ne revêt pas ici la signification que lui attribue le Code des professions.

L'article 63 de la LRR précise certains pouvoirs et responsabilités qui ne peuvent être restreints ou modifiés par les dispositions de cette loi ou autrement. Parmi ceux-ci, celui d'un établissement public visant à exercer un contrôle à l'égard de la qualité des services offerts aux usagers confiés aux ressources et, à l'occasion de visites, à s'assurer du respect de l'application du plan d'intervention des usagers¹⁴⁹.

Dans le présent Cadre de référence, l'expression « contrôle de la qualité », bien qu'elle soit celle utilisée dans la LRR, est adaptée afin de refléter plus justement les valeurs de partenariat, de continuité des services et de collaboration. Ainsi, les termes « processus de contrôle de la qualité » sont remplacés par ceux de « processus d'évaluation de la qualité ».

Cette adaptation terminologique traduit une approche centrée sur l'amélioration continue de la qualité et de la relation partenariale ainsi que sur la responsabilité partagée de cette approche par l'établissement et les ressources.

8.6.3 Conditions de réussite des activités du suivi professionnel de l'utilisateur

Les conditions de réussite suivantes visent à soutenir l'établissement dans ses réflexions et ses actions liées à la mise en œuvre et au suivi des orientations ministérielles énoncées dans le présent Cadre de référence, dans le contexte de l'actualisation des dix activités du suivi professionnel de l'utilisateur.

Les conditions de réussite sont regroupées sous les quatre thèmes suivants :

1. Culture de prévention et de gestion intégrée de la qualité
2. Principes de collaboration et de partenariat
3. Méthodes et outils
4. Disponibilité des ressources

¹⁴⁹ *Supra*, note 7.

1. Culture de prévention et de gestion intégrée de la qualité

Le développement d'une culture de prévention et de gestion intégrée de la qualité au sein de l'établissement constitue un déterminant de la qualité des services fournis à l'utilisateur.

Les structures de l'établissement concernées par la qualité, notamment le conseil d'administration, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de gestion des risques, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, la direction responsable de la qualité, la direction des services professionnels, la direction des soins infirmiers, le comité des usagers, connaissent leurs rôles et exercent leurs responsabilités en matière de prévention et de qualité.

L'établissement répond aux exigences et aux normes générales de l'agrément, dont celles plus spécifiquement liées à la gestion des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.

L'établissement s'assure de mettre en place une fréquence de suivi dans les milieux de vie afin d'actualiser cette culture de prévention et de gestion intégrée de la qualité.

La prévention et la gestion des situations à risque pour l'utilisateur font partie intégrante des processus de gestion de l'établissement.

2. Principes de collaboration et de partenariat

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 intra et inter-établissements sont planifiées, coordonnées et évaluées.

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.

Des stratégies d'accompagnement et de soutien sont prévues afin d'assurer la conformité de la dispensation des services, autant par l'établissement que par la ressource, auprès des usagers.

3. 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 des établissements ou des intervenants concernés et entre ces derniers, 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 mettre en œuvre afin d'actualiser l'ensemble des activités du suivi professionnel de l'utilisateur.

Des pratiques ou des outils sont développés, diffusés et révisés afin qu'ils répondent aux exigences des 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, dans le respect des lois applicables et des orientations ministérielles au regard du dossier de l'utilisateur et du dossier de la ressource au SIRTf.

4. Disponibilité des 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.

8.7 ACTIVITÉS DU SUIVI PROFESSIONNEL DE L'USAGER

La LGSSSS consacre des droits importants au bénéfice de l'utilisateur, dont celui d'être informé de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources¹⁵⁰. Il a également le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire¹⁵¹.

Les activités relatives au suivi professionnel de l'utilisateur doivent être réalisées conformément aux lois, règlements et politiques en vigueur, de même qu'aux orientations énoncées dans le présent Cadre de référence. Ces activités doivent également intégrer les principes et les orientations de la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée¹⁵², applicable aux usagers adultes hébergés en RI-RTF.

Le suivi professionnel de l'utilisateur s'articule autour des dix activités essentielles suivantes :

N°	ACTION CLÉ	ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE
1	ÉVALUER	Évaluation ou révision des besoins de l'utilisateur.
2	PLANIFIER	Élaboration ou révision du plan d'intervention (PI) ou du plan de services individualisé (PSI) de l'utilisateur.
3	ORIENTER	Orientation de l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle adéquats.
4	JUMELER ET PAIRER	Jumelage et pairage de l'utilisateur avec une ressource.
5	INTÉGRER	Intégration de l'utilisateur dans la ressource.
6	DÉTERMINER	Détermination, dans l'Instrument de l'utilisateur, des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui fournir.
7	PRÉCISER	Précision, dans l'Instrument de l'utilisateur, s'il y a lieu, des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui fournir.
8	METTRE EN ŒUVRE	Mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur.
9	PLANIFIER ET ACCOMPAGNER	Départ de l'utilisateur de la ressource.
10	ÉVALUER LA QUALITÉ	Application du processus d'évaluation de la qualité.

Pour chaque activité, une fiche qualité présente le résultat attendu, les critères et les indicateurs de qualité ainsi que les activités relevant de l'établissement. Les fiches qualité se trouvent à l'Annexe 7.

¹⁵⁰ Art. 8 LGSSSS.

¹⁵¹ *Ibid*, art. 9.

¹⁵² *Supra*, note 118.

8.7.1 Évaluation ou révision des besoins de l'utilisateur (activité n° 1)

L'établissement a l'obligation de recevoir toute personne qui requiert ses services et d'évaluer ses besoins, selon les termes de la LGSSSS¹⁵³.

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, en conformité avec son processus clinique, les pratiques reconnues, le Code des professions et les autres lois applicables.

L'évaluation peut comporter plusieurs étapes selon le processus clinique de l'établissement. Généralement, une prise de contact, une collecte de données et une analyse constituent les 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 dresser un portrait 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 usager, selon le processus clinique de l'établissement, ses politiques ou ses procédures. En tout temps, cette évaluation doit être pertinente au regard de la condition et de la situation actuelle de l'utilisateur, de la détermination des services cliniques ou professionnels devant être offerts par un ou plusieurs établissements ainsi que de la détermination des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui être fournis 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 fournir à l'utilisateur.

La ressource 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 dispenser conformément au Règlement sur la classification.

Précision spécifique aux familles d'accueil

Selon certaines modifications apportées à la LPJ¹⁵⁴, il est possible que soient divulgués, notamment à une famille d'accueil, sans le consentement de la personne concernée ou l'ordre du tribunal, des renseignements confidentiels concernant un enfant ou ses parents dans certaines situations.

8.7.2 Élaboration ou révision du PI ou du PSI de l'utilisateur (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 LGSSSS¹⁵⁵, les orientations ministérielles, les pratiques reconnues ainsi qu'avec son processus clinique. La loi prévoit expressément que l'utilisateur, ou son représentant, participe à l'élaboration et à la révision de son PI ou de son PSI¹⁵⁶.

L'article 389 précité indique ce que doit contenir le 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 recours au placement de l'utilisateur devrait être identifié dans son PI. Le PI doit être conçu de façon à assurer la coordination des services offerts à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.

¹⁵³ Art. 383, al. 1 (1⁰).

¹⁵⁴ Art. 72.5. et 72.6. LPJ.

¹⁵⁵ Art. 389 et 390 LGSSSS.

¹⁵⁶ *Ibid*, art. 13.

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 intervenants¹⁵⁷. Ce PSI doit être réalisé le plus tôt possible par l'établissement qui fournit la majeure partie des services ou par un intervenant que désigne l'ensemble des intervenants entre eux, après s'être concertés.

L'un et l'autre de ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision¹⁵⁸. Ils pourront être modifiés en tout temps par l'établissement pour tenir compte de changements à la condition de l'utilisateur.

De plus, afin de se conformer au Guide d'utilisation de l'Instrument, l'établissement :

- doit « élaborer un PI » avant de compléter ou de 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 ».

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 qui doivent lui être fournis 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 fournis par la ressource.

L'établissement favorise également la consultation de la ressource ou la consulte, selon le cas¹⁵⁹, lors de la collecte d'informations visant l'élaboration ou la révision du PI de l'utilisateur. Toutefois, le PI de l'utilisateur n'est pas remis à la ressource étant donné la confidentialité de son contenu.

Ainsi, il revient à l'établissement de prioriser les objectifs à travailler avec l'utilisateur et de s'assurer qu'ils sont adéquatement reflétés dans l'Instrument.

L'établissement est également responsable d'élaborer, lorsque requis, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou le cahier d'intervention personnalisé (CIP). Bien que le PII ou le CIP ne soient pas encadrés par la LGSSSS, ils constituent une pratique organisationnelle reconnue : un outil clinique développé par les établissements pour structurer l'intervention concertée de plusieurs professionnels autour d'un même usager ou pour soutenir l'utilisateur dans ses activités, sa routine et ses besoins spécifiques. Le type de plan doit être utilisé selon sa pertinence clinique en fonction de la complexité de la situation et du continuum de collaboration interprofessionnel ou interservice.

Enfin, l'établissement prévoit, entre autres, 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 des besoins et de la situation actuelle de l'utilisateur.

¹⁵⁷ Art. 390 LGSSSS.

¹⁵⁸ *Ibid*, art. 391, al. 2.

¹⁵⁹ Selon ce qui est prévu aux ententes collectives.

- L'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur (ou de son représentant) au placement, le cas échéant, sauf situations d'exception prévues par 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 par 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.

8.7.3 Orientation de l'utilisateur vers le type de ressource et le type d'organisation résidentielle adéquats (activité n°3)

L'orientation d'un utilisateur consiste à déterminer le type de ressource, RI ou RTF, et le type d'organisation résidentielle les plus adéquats pour répondre à ses besoins et à son projet de vie à partir de son profil à jour.

La LRR apporte une précision utile pour les situations où une ressource accueille à la fois des adultes et des enfants. Il y est mentionné :

« Pour déterminer la spécificité d'une ressource qui accueille à la fois des adultes et des enfants, le plus grand nombre de places reconnues à l'une des deux clientèles l'emporte. En cas d'égalité des places, la ressource choisit à quel groupe de ressources elle désire être rattachée¹⁶⁰. »

L'orientation d'un utilisateur est ainsi déterminée par l'établissement en conformité avec les diverses orientations ministérielles, dont celles relatives aux modalités d'accès aux services d'une ressource et au profil à l'accueil. Les mécanismes d'accès, les tables ou les comités d'orientation 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 utilisateur, l'établissement doit notamment déterminer le profil à jour de l'utilisateur. La prise de décision concernant l'orientation de l'utilisateur doit reposer sur une connaissance approfondie de ce profil. Une partie des renseignements constituant le profil de l'utilisateur sera utile et transférable afin de compléter ultérieurement le sommaire des renseignements nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur, c'est-à-dire la partie 3 de l'Instrument.

Le profil de l'utilisateur comporte, entre autres, les renseignements suivants :

- Le nom, l'âge, le sexe, la langue, l'état civil, l'appartenance ethnique et la religion.
- Les caractéristiques physiques, intellectuelles, sociales, psychoaffectives, socio-culturelles 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.
- L'histoire de vie de l'utilisateur.
- L'existence de liens de l'utilisateur avec des personnes significatives.
- Le projet de vie et la motivation de l'utilisateur et de ses proches à l'égard du placement.

¹⁶⁰ Art. 6, al. 2 LRR.

- 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 fournis ou à être fournis à l'utilisateur par le réseau de la santé et des services sociaux et tout autre réseau ou organisme.

La décision concernant l'orientation d'un utilisateur lui est communiquée dans les meilleurs délais et est consignée à son dossier, conformément aux lois applicables et dans le respect des orientations ministérielles relatives à la gestion du dossier de l'utilisateur et des politiques ou procédures de l'établissement.

Placement urgent



.... lorsque le temps presse

- En situation d'urgence ou de mesure de protection immédiate, certains renseignements contenus dans ce profil peuvent être incomplets ou ne pas être disponibles. Ceux-ci devront être complétés le plus rapidement possible puisque, comme il est mentionné précédemment, ils seront utiles à la complétion du sommaire des renseignements, lequel doit être remis à la ressource au plus tard 72 heures suivant l'arrivée de l'utilisateur¹⁶¹.
- L'établissement tend le plus possible à respecter les balises généralement applicables à l'orientation d'un utilisateur.
- L'établissement respecte les règles précisées dans les orientations ministérielles spécifiques à chacun des programmes-services.

8.7.3.1 Relocalisation de l'utilisateur

De façon générale, l'orientation d'un utilisateur vers 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 sa région.

Prendre une décision dans le meilleur intérêt de l'utilisateur exige de l'établissement d'entreprendre une analyse rigoureuse de la situation de l'utilisateur et de celle de la ressource. Certains critères objectifs peuvent soutenir l'établissement dans sa démarche d'analyse.

Critères objectifs fournis à titre indicatif :

- Le profil et la condition à jour de l'utilisateur, la nature et l'intensité de ses besoins.
- Le degré d'autonomie de l'utilisateur.
- La volonté et la capacité de l'utilisateur à contribuer à la compensation de ses limites.
- Le désir et le consentement de l'utilisateur d'être maintenu ou non dans la ressource.
- La capacité de l'établissement d'accentuer ses services cliniques ou professionnels, tout en assurant la qualité des services fournis à l'utilisateur.
- La volonté et la capacité des partenaires à modifier leurs offres de service auprès de cet utilisateur.
- 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.

¹⁶¹ *Supra*, note 14, art. 7.

- Le seuil de tolérance au risque déterminé par l'établissement.
- Les principes éthiques fondamentaux.

Dans le cas où le départ de l'utilisateur de la ressource est envisagé, l'établissement doit notamment déterminer sa nouvelle orientation, revoir le jumelage et le pairage et mettre en œuvre les actions et les services cliniques ou professionnels nécessaires à son maintien sécuritaire dans la ressource jusqu'à son départ. L'établissement doit également appliquer les balises prévues à l'activité n° 9 du suivi professionnel de l'utilisateur concernant le départ de l'utilisateur de la ressource.

La décision de relocaliser l'utilisateur doit lui être communiquée dans les meilleurs délais et est consignée à son dossier, conformément aux lois applicables et dans le respect des orientations ministérielles relatives à la gestion du dossier de l'utilisateur et des politiques ou procédures de l'établissement.

8.7.4 Jumelage et pairage de l'utilisateur 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 utilisateur et à jumeler cette ressource avec cet utilisateur.

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

Le jumelage et le pairage sont réalisés par l'établissement en conformité avec les orientations ministérielles, ainsi qu'avec le processus clinique de l'établissement et l'entente spécifique ou particulière.

De plus, afin que le processus de jumelage et de pairage soit conforme et optimal, l'établissement doit posséder tous les renseignements relatifs au profil à jour de l'utilisateur et connaître le portrait des ressources disponibles.

Le processus de jumelage et de pairage doit se réaliser avec rigueur, assurant ainsi la sélection de la ressource la plus adéquate pour y accueillir un utilisateur orienté par l'établissement.

Dès que la décision du jumelage et du 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.

Placement urgent

L'établissement tend le plus possible à respecter les balises généralement applicables au jumelage et au pairage d'un utilisateur avec une ressource, comme il est précisé dans le présent Cadre de référence.

Le processus de jumelage et de 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 et du pairage

Étape 1 : Connaître le profil à jour de l'utilisateur

Le profil de l'utilisateur comporte plusieurs composantes. Ce profil est d'ailleurs décrit à l'activité n° 3 mentionnée plus haut. La connaissance du profil d'un utilisateur est la première étape importante pour réaliser le jumelage et le pairage adéquats de cet 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 et de pairage. Par conséquent, il est possible que les renseignements constituant le profil de l'utilisateur ne soient plus à jour ou pleinement exacts. Afin que soit sélectionnée la ressource la plus adéquate pour accueillir l'utilisateur, il est essentiel de mettre à jour son profil.

Une des conditions essentielles de réussite du processus de jumelage et de pairage est sans contredit la pertinence et la qualité des renseignements que l'établissement possède au sujet de l'utilisateur. À cet égard, ceux-ci doivent être exacts, précis et complets.

Étape 2 : Déterminer le portrait à jour des ressources disponibles

Afin de décider du jumelage et du pairage d'un utilisateur avec une ressource, l'établissement doit déterminer, selon ses programmes-services, le portrait actuel de l'ensemble des ressources avec qui il est en lien contractuel.

Pour l'établissement, l'importance de connaître la réalité et la situation de l'ensemble des ressources avec lesquelles il est lié prend tout son sens, entre autres, lors de l'actualisation du processus de jumelage et de pairage. Par conséquent et de manière continue, l'établissement saisit toutes les occasions de maintenir à jour le portrait de ses ressources (notamment le nombre de places reconnues, le nombre de places occupées et disponibles, l'offre de services, etc.) et de consigner à leur dossier les informations pertinentes les concernant selon ses politiques et procédures ainsi que dans le respect des lois applicables et des orientations ministérielles.

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

Dans le cas où aucune ressource n'est en mesure d'accueillir un utilisateur orienté par un établissement, celui-ci évaluera la situation et trouvera une solution alternative adéquate. À titre d'exemples, l'établissement pourrait décider d'orienter l'utilisateur 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'utilisateur dans son milieu de vie naturel avec un soutien accru de sa part, de recruter une nouvelle ressource, d'inscrire ou de maintenir l'utilisateur sur une liste d'attente, lorsque possible, ou d'envisager un changement de priorité pour son besoin de placement.

Le portrait des ressources disponibles comporte notamment les renseignements suivants :

- L'âge, le sexe, la langue, l'appartenance ethnique et la religion dans le cas d'une RTF.
- 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, le cas échéant, les récentes modifications qui y ont été apportées, notamment quant au nombre de places, aux types d'utilisateurs 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 dont elle retient les services pour agir auprès des utilisateurs, le cas échéant, et répondre à leurs besoins particuliers.
- Les formations suivies et les expertises développées.

- Les formations ainsi que le soutien ou l'accompagnement nécessaires pour accueillir des usagers ayant des particularités.
- 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 avec d'autres établissements, le cas échéant.

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 et un pairage adéquats 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 actuel des ressources disponibles dans le but de sélectionner une ressource potentielle pour accueillir l'utilisateur.

Plus précisément, l'établissement doit évaluer si la ressource peut intégrer un nouvel usager tout en continuant à offrir des services de qualité et à répondre à l'ensemble des besoins des usagers qui lui sont actuellement confiés. La capacité de la ressource à mettre en œuvre les conditions nécessaires pour établir un nouvel équilibre du milieu de vie doit être prise en compte par l'établissement.

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

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

Le degré d'adéquation

L'établissement analyse la concordance entre le profil à jour de l'utilisateur et le portrait actuel des ressources disponibles afin d'évaluer le degré d'adéquation.

Certains éléments peuvent soutenir l'établissement dans la réalisation de son analyse relative au degré d'adéquation.

Liste non exhaustive fournie à titre indicatif :

- Le portrait global du milieu de vie identifié pour l'utilisateur permet 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 et au regard de l'utilisateur lui-même.
- 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 fournir des services de soutien ou d'assistance sécuritaires et de qualité à cet usager.

Liste non exhaustive fournie à titre indicatif (suite) :

- Les valeurs véhiculées par la ressource sont compatibles avec celles qui sont souhaitées par l'utilisateur.
- 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 effets anticipés sont analysés et considérés.
- Les ententes spécifiques ou particulières sont respectées.

Le choix d'une ressource potentielle

Au terme de l'évaluation du degré d'adéquation entre le profil à jour de l'utilisateur et le portrait actuel des ressources disponibles, l'établissement identifie une ressource potentielle pour l'utilisateur.

Trois scénarios peuvent se produire, soit une corrélation optimale, une corrélation clinique potentielle ou une corrélation contractuelle potentielle, ci-après décrites.

L'établissement présente ensuite le profil de l'utilisateur de façon non nominative à la ressource ciblée. Une discussion entre l'établissement et la ressource a alors lieu concernant les modalités possibles du plan d'intégration de cet utilisateur.

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

De même, s'il est requis de le faire, l'établissement et la ressource échangent à propos des solutions apportées 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, à la lumière du jugement clinique, de cerner des éléments qui pourraient remettre en cause, ajuster ou modifier les solutions proposées, ou qui pourraient amener à recommencer l'étape de la sélection d'une ressource potentielle.

Ces discussions doivent reposer sur la bonne foi, le respect et la transparence, et s'inscrire dans les orientations du présent Cadre de référence.

Le refus de la ressource de recevoir un utilisateur est encadré par les ententes collectives et nationales.

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

Les scénarios possibles

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 CORRÉLATION 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 devrait offrir, modifier ou intensifier ses services cliniques ou professionnels à l'utilisateur.
- Un partenaire du réseau territorial de services (RTS) 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. Dans ces cas, l'établissement peut accompagner ou soutenir la ressource dans l'acquisition de ces compétences.
- La ressource pourrait modifier certaines composantes de son milieu de vie (environnement extérieur, bâtiment, aires communes, aire de repas, chambre, salles de bain, etc.), en considérant le profil des autres usagers hébergés dans la ressource et 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 des responsabilités de l'établissement et de la ressource, peut être mise en place.

À partir des solutions possibles, l'établissement analyse les risques et évalue les effets potentiels sur la qualité des services à fournir à l'utilisateur, tout en tenant compte du maintien de la qualité des services pour les autres personnes hébergées dans la ressource.

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

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 révèle une difficulté 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'entente spécifique ou particulière convenue entre l'établissement et la ressource porte, entre autres, sur le nombre de places reconnues à la ressource, les types d'utilisateurs pouvant lui être confiés et sa durée. Si le jumelage d'un utilisateur n'est possible qu'avec un changement de l'un ou l'autre des éléments mentionnés, une modification de l'entente spécifique ou de l'entente particulière entre l'établissement et la ressource est nécessaire, tout comme l'est l'accord des deux parties.

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 ou des types d'utilisateurs pouvant être confiés à la ressource;
- modification du nombre de places reconnues à la ressource;
- modification de la durée de l'entente spécifique ou particulière des parties.

Ensemble, les parties à l'entente, c'est-à-dire l'établissement et la ressource, échangent afin d'évaluer les possibilités de modifier leur entente spécifique ou particulière. Le jumelage-pairage sera possible uniquement si les deux parties acceptent de modifier leur entente pour le permettre.

Étape 4 : Décider du jumelage et du pairage

La décision finale du jumelage et du 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.

De plus, avant de statuer sur l'adéquation du jumelage-pairage, l'établissement doit, en collaboration avec la ressource, évaluer la compatibilité entre l'utilisateur et les autres usagers hébergés dans la ressource.

L'établissement et la ressource collaborent afin de dégager les solutions possibles permettant de favoriser cette compatibilité, notamment par des aménagements intérieurs ou extérieurs, ou encore par une réorganisation des services. La recherche de solutions doit toujours s'appuyer sur le maintien de la qualité des services offerts aux autres usagers hébergés dans la ressource.

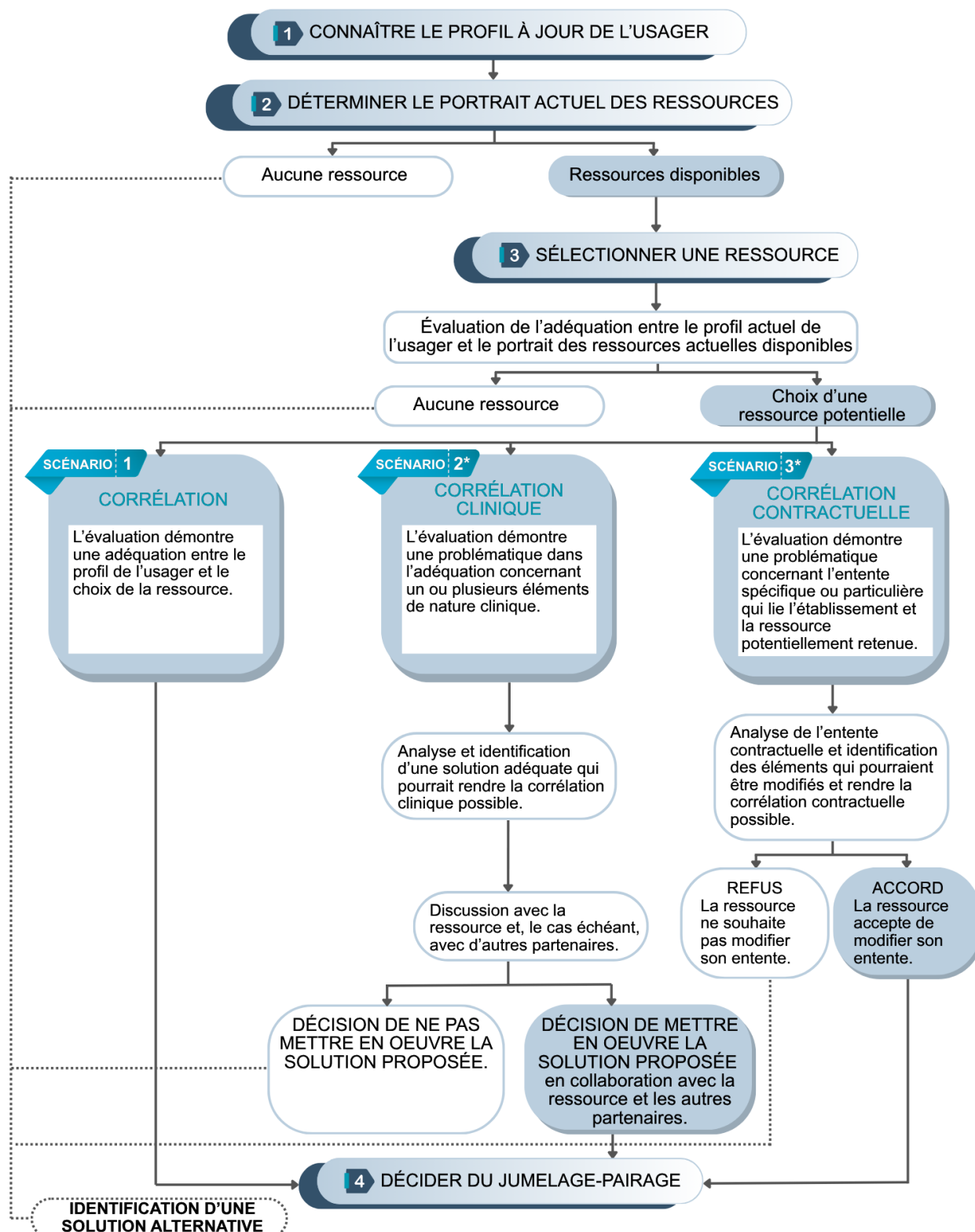
L'établissement statue sur l'adéquation du jumelage et du pairage entre l'utilisateur et une ressource, en s'appuyant sur l'ensemble de l'analyse réalisée aux étapes précédentes.

La décision du jumelage et du pairage est communiquée par l'établissement dans les meilleurs délais à l'utilisateur, à la ressource de provenance et à la ressource d'arrivée, le cas échéant, 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 au SIRTf selon ses politiques et ses procédures, et ce, dans le respect des lois applicables et des orientations ministérielles.

De plus, selon les capacités respectives des usagers, l'établissement doit tenir compte de leur opinion quant au jumelage et au pairage par divers moyens (par exemple : visite de la ressource, présentation de la ressource, etc.), et ce, dans le respect des lois, règlements et politiques en vigueur. C'est pourquoi il est recommandé que l'utilisateur visite le milieu de vie, lorsque cela est possible.

Figure 12. Schématisation des étapes essentielles du processus de jumelage et de pairage de l'utilisateur 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.

8.7.5 Intégration de l'utilisateur dans la ressource (activité n° 5)

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

L'établissement ayant décidé du jumelage et du 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 au succès de son placement.

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

Les actions suivantes sont déployées par l'établissement :

- 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.
- S'assurer que la ressource a acquis les compétences (aptitudes, habiletés, connaissances) requises ou les connaissances nécessaires pour accueillir l'utilisateur et la soutenir au besoin.
- S'assurer que l'utilisateur ait l'accompagnement requis en fonction de ses besoins et de sa situation.
- Si ce n'est pas déjà fait, obtenir le consentement de l'utilisateur avant de transmettre à la ressource les renseignements nécessaires le concernant, conformément au cadre légal applicable.
- Transmettre à la ressource tout renseignement essentiel au maintien immédiat de l'intégrité de l'utilisateur avant ou pendant son arrivée ainsi que transmettre par écrit à la ressource le **sommaire des renseignements à jour**, le plus tôt possible, mais au plus tard 72 heures après l'arrivée de l'utilisateur dans la ressource, en conformité avec le Règlement sur la classification.
- Consigner au SIRTf la date de remise du sommaire des renseignements à la ressource.
- Soutenir l'intégration de l'utilisateur dans la ressource en conformité avec :
 - les besoins de l'utilisateur;
 - le processus clinique de l'établissement;
 - les modalités établies entre l'établissement, la ressource ou tout autre établissement ou instance
- Visiter l'utilisateur et faire un suivi auprès de lui et de la ressource à l'intérieur de la première semaine d'intégration dans la mesure du possible, afin d'assurer l'accompagnement requis auprès de l'utilisateur selon ses besoins et de s'assurer que la ressource dispose de tout ce dont elle a besoin pour effectuer correctement sa prestation de services auprès de l'utilisateur. Il est important de planifier la première visite en considérant les autres activités à réaliser conformément au Règlement sur la classification.
- Soutenir la post-intégration de l'utilisateur confié à la ressource en évaluant rapidement la pertinence du jumelage et du pairage.
- S'assurer en continu de l'adéquation du jumelage et du pairage de l'utilisateur avec la ressource et les autres usagers hébergés, en conformité avec le processus clinique de l'établissement et les balises définies au présent Cadre de référence.
- Consigner les informations dans le dossier de l'utilisateur et dans celui de la ressource au SIRTf.

- Il importe de rappeler que la formation de la ressource joue un rôle déterminant dans l'intégration harmonieuse de la personne hébergée et dans la prestation de services adaptés à ses besoins spécifiques. À cette fin, l'établissement doit offrir le soutien nécessaire pour permettre à la ressource de développer ses compétences lors de l'intégration de l'usager, puis tout au long du placement.



Placement urgent ... lorsque le temps presse

- L'établissement tend le plus possible à respecter les balises généralement applicables à l'intégration d'un usager dans une ressource, comme il est 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 pendant son arrivée, notamment les informations concernant la présence d'allergies, les conditions médicales, les coordonnées en cas d'urgence, et toute autre information qui est essentielle pour préserver sa sécurité et celle des autres personnes qui demeurent ou qui œuvrent dans la ressource. De plus, l'établissement doit remettre le sommaire des renseignements à jour le plus tôt possible, mais au plus tard 72 heures après l'arrivée de l'usager, conformément au Règlement sur la classification.

8.7.6 Détermination, dans l'IDC de l'usager, des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui fournir (activité n° 6)

L'activité consiste à déterminer les services de soutien ou d'assistance particuliers à fournir à l'usager. La détermination des services se veut une activité clinique essentielle afin que la ressource connaisse la nature des services qu'elle doit offrir à l'usager qui lui est confié.

À la différence des services communs, les services particuliers constituent une combinaison unique de services à fournir à un usager 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'usager. Les services particuliers influent directement sur l'intensité des services requis par l'usager et, par le fait même, sur le niveau de services établi par le Règlement sur la classification.

La détermination des besoins particuliers de l'usager repose sur les dix-sept descripteurs suivants :

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

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

Les principes, les consignes ainsi que la procédure et les modalités d'application contenus dans ce Guide ont une portée essentiellement clinique, mais ont également un effet important sur l'organisation des services d'un établissement sous plusieurs aspects. L'établissement doit les connaître, puisqu'ils ont une incidence directe sur 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 réaliser l'Instrument.
- Pour l'ensemble des usagers, réviser la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance conformément aux modalités prévues au Règlement sur la classification.
- Réviser la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance le plus rapidement possible à la suite de tout changement de la condition d'un usager nécessitant une modification aux services devant lui être offerts par la ressource ou aux précisions concernant ces services. Il importe de procéder dans les meilleurs délais afin de permettre à l'utilisateur de recevoir les services requis par sa condition.

8.7.7 Précision, dans l'IDC de l'utilisateur, s'il y a lieu, des services de soutien ou d'assistance particuliers à lui fournir (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 fournir à l'utilisateur.

S'il y a lieu, l'établissement précise les services particuliers qu'il a déterminés (à l'activité n° 6) 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.

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 fournir 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 fournisse des services de qualité à l'utilisateur.

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

L'Instrument doit préférablement être rempli en présence de la ressource et l'établissement doit le lui remettre au plus tard un mois après l'arrivée du nouvel usager au sein de la ressource ou, s'il s'agit d'un enfant, au plus tard deux mois après son arrivée.

La date à laquelle l'établissement remet l'Instrument de classification approuvé à la ressource est inscrite au SIRTF. L'Instrument signé est ensuite versé au SIRTF.

Enfin, même si aucun changement dans la condition de l'utilisateur n'est apparent, il est essentiel de faire la révision du contenu de l'Instrument conformément aux modalités prévues au Règlement sur la classification.

8.7.8 Mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur (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.

Le même déploiement s'applique pour le PII¹⁶² ou le CIP¹⁶³, comme il est mentionné précédemment à la section de l'activité n° 2.

Lorsqu'un usager est confié à une ressource, l'établissement doit assurer le maintien et la stabilité de celui-ci dans son milieu de vie, selon son projet 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. L'établissement actualise alors les contacts avec l'utilisateur et les visites qu'il reçoit dans la ressource en fonction de la fréquence requise par sa condition et ses besoins, déterminés dans son PI.

Dans le cas d'un changement important du profil de l'utilisateur en cours de placement dans une ressource

L'utilisateur confié à une ressource présente un profil dont les composantes sont décrites précédemment à la section de l'activité n° 3. Il peut s'agir, notamment de sa condition médicale, de ses caractéristiques physiques, comportementales ou autres.

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 n° 1.

Cela implique que l'établissement déploie notamment les actions suivantes :

- Réviser les besoins de l'utilisateur.
- Réviser, au besoin, 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, au besoin, la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance.
- Le cas échéant, cibler et mettre en œuvre les actions rendant possible la stabilité de l'utilisateur dans la ressource.

8.7.9 Départ de l'utilisateur de la ressource (activité n° 9)

À la suite d'une analyse rigoureuse de la situation et à la lumière du jugement clinique, l'établissement recherche 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 appropriée.

Quelles que soient la situation et les solutions envisagées, l'établissement doit, en tout temps, assurer la qualité et la sécurité des services fournis à l'utilisateur hébergé.

Dans le cas où le départ de l'utilisateur de la ressource est envisagé, l'établissement doit notamment réévaluer les besoins de l'utilisateur (activité n° 1), réviser le PI ou le PSI (activité n° 2), le cas

¹⁶² PII : plan d'intervention interdisciplinaire.

¹⁶³ CIP : cahier d'intervention personnalisé.

échéant, 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'à son départ.

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 exception. 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 résultant de l'évaluation de ses besoins ou à la suite d'une ordonnance rendue par le Tribunal en matière jeunesse. 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 (cessation temporaire).

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 dans celui de la ressource se trouvant dans le SIRTF.

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 s'aligne sur ses besoins et 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 souhaité, l'établissement planifie et met en œuvre les mesures transitoires d'aide et d'accompagnement qu'il juge opportunes, en collaboration avec la ressource, 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 et 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 planifie un transfert d'expertise clinique auprès du nouveau milieu de vie.

Dans le cas où le nouveau milieu de vie est une autre RI-RTF du même établissement, celui-ci applique les balises prévues dans l'ensemble des dix activités du suivi professionnel de l'utilisateur et s'assure de la mise à jour du sommaire des renseignements.

Dans les autres cas, notamment lorsque l'utilisateur retourne dans son milieu de vie d'origine ou lors d'un transfert de l'utilisateur vers un autre établissement ou un autre service, l'établissement s'assure de poser les actions nécessaires dans le respect de 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.
- S'assurer que l'utilisateur ait l'accompagnement requis en fonction de ses besoins et de sa situation le jour de son départ de la ressource.
- Planifier avec la ressource, la récupération des effets personnels de l'utilisateur, son dossier dans la ressource ainsi que son allocation pour dépenses personnelles et la comptabilité de celle-ci.
- Soutenir le départ de l'utilisateur de la ressource en conformité avec :

- les besoins de l'utilisateur;
 - le processus clinique de l'établissement;
 - les modalités établies entre l'établissement, la ressource ou tout autre établissement ou instance.
- S'assurer d'inscrire la date de fin du placement à l'Instrument de classification associé à la ressource ainsi que de mettre fin aux mesures particulières, le cas échéant.
 - Consigner au SIRTf la date de départ de l'utilisateur de la ressource.

Départ urgent ... lorsque le temps presse

L'établissement tend le plus possible à respecter les mêmes règles et principes que ceux qui prévalent lors d'un départ en situation planifiée.

8.7.10 Application du processus d'évaluation de la qualité (activité n° 10)

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, en conformité avec la LGSSS¹⁶⁴, 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.

Le quatrième paragraphe du premier alinéa de l'article 63 de la LRR stipule ce qui suit :

« Ne peuvent notamment être restreints ou modifiés les pouvoirs et responsabilités :

[...]

4° 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. »

Et le deuxième alinéa du même article précise ceci :

« L'exercice de ces pouvoirs et responsabilités n'a pas pour effet de créer un lien de subordination juridique des ressources à l'égard de l'établissement public ou de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. »

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'utilisateur reçoit des services jusqu'à ce qu'il n'en reçoive plus.

L'application du processus d'évaluation 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 fournir lui-même ou que soient fournis des services de qualité et sécuritaires à l'utilisateur.

À ce titre, l'établissement ne doit donc pas considérer le processus d'évaluation de la qualité du présent Cadre de référence comme une fin en soi, mais plutôt comme une démarche structurante qui préconise une gestion intégrée des risques axée sur la prévention et qui s'inscrit dans une perspective élargie d'amélioration continue de la qualité au sein de l'organisation.

¹⁶⁴ Art. 8 et 379.

En tout temps, l'établissement veille à ce que le processus d'évaluation 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.

L'application du processus d'évaluation de la qualité est un processus faisant partie de la relation individuelle entre l'établissement et la ressource, décrite à la section 5 du présent Cadre de référence.

8.7.10.1 Présentation du processus d'évaluation de la qualité

Le processus d'évaluation de la qualité est de nature clinico-administrative et permet notamment d'évaluer la qualité des services qui doivent être fournis par la ressource, tels que déterminés à l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance de chacun des usagers qui lui sont confiés. De la même manière, le processus d'évaluation de la qualité permet d'évaluer les activités du suivi professionnel de l'utilisateur qui doivent être réalisées par l'établissement, comme le prévoit le présent Cadre de référence.

Le processus d'évaluation 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 puisse constituer une porte d'entrée vers l'application d'autres processus qui, eux, pourraient notamment être de nature coercitive. Certains de ces autres processus s'inscrivent dans une relation collective, comme il a été présenté précédemment à la section 5.

Le processus d'évaluation de la qualité, élaboré dans ce Cadre de référence, se présente comme un processus de vigilance, de prévention et d'amélioration continue qui s'inscrit dans une approche de collaboration, par résultats et non par moyens, qui tient compte du statut de la ressource et des meilleures pratiques actuelles en matière de qualité. Il permet également de mesurer la qualité des services fournis par l'établissement et par la ressource à chacun des usagers confiés à une ressource.

L'évaluation 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.

Sous la responsabilité entière de l'établissement, cette démarche comporte **cinq activités spécifiques** que celui-ci doit appliquer en continu afin d'évaluer la qualité de ses propres services et activités de même que ceux de la ressource, et ce, d'une manière intégrée et conforme.

- ❶ **Mesurer et documenter** en continu les critères de la qualité des services offerts par l'établissement et par la ressource.
- ❷ **Identifier** l'existence d'un possible écart entre la qualité voulue et la qualité rendue dans les services fournis par l'établissement et par la ressource.
- ❸ **Déterminer et analyser** les causes de l'écart de la qualité.
- ❹ **Déterminer et planifier** les actions à mettre en place pour assurer la qualité des services fournis à l'utilisateur.
- ❺ **Mettre en œuvre, suivre et évaluer** les actions déployées.

8.7.10.2 Définitions et explications des termes et des concepts

Processus

Un processus est un ensemble d'activités corrélées ou en interaction qui utilise des éléments d'entrée pour produire un résultat escompté¹⁶⁵.

Qualité

Agrément Canada¹⁶⁶ définit la qualité comme la capacité d'un organisme à offrir des soins et des services sécuritaires, efficaces, efficaces et fiables, conformes à des normes d'excellence reconnues, tout en répondant aux besoins des usagers et de leurs proches. Elle implique une amélioration continue, fondée sur des évaluations systématiques et indépendantes, afin de maintenir et de rehausser la performance et la sécurité des services.

Principes clés

- la sécurité : prévenir les incidents et réduire les risques pour les usagers;
- l'efficacité : atteindre les résultats attendus en santé et bien-être;
- l'efficience : optimiser l'utilisation des ressources disponibles;
- la fiabilité : assurer la constance et la continuité des services;
- l'amélioration continue : intégrer les résultats des évaluations pour ajuster les pratiques.

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 une évaluation de la qualité. Le but est d'évaluer si la qualité rendue l'a été telle que voulue. La qualité voulue constitue un référentiel essentiel à l'application du processus d'évaluation de la qualité.

La qualité voulue pour l'établissement à l'égard des dix activités du suivi professionnel de l'utilisateur est déterminée 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 ciblés et définis dans les fiches qualité en annexe au présent Cadre de référence.

La qualité voulue pour la ressource à l'égard des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers à fournir 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.

Qualité rendue

La qualité rendue est celle effectivement assurée par les professionnels et par l'organisation. C'est le volet de la qualité le plus exploité pour mesurer la qualité des soins et des services¹⁶⁷.

¹⁶⁵ ISO (9000) : 2015, § 3.4.1. En ligne : <https://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso:9000:ed-4:v2:fr>

¹⁶⁶ Agrément Canada. *Renseignements pour le public – Qu'est-ce que l'agrément ?* d'Agrément Canada.
En ligne : [Renseignements pour le public - Accreditation Canada](#)

¹⁶⁷ CHU de Québec Université Laval (2018). *Cadre de référence en gestion intégrée de la qualité et des risques*, p. 8.

Selon la norme ISO 9001 : 2015, la qualité rendue (ou qualité réalisée) désigne la capacité d'une organisation à assurer la cohérence et la conformité de son offre réelle — ses services ou produits — aux exigences spécifiées, dans la phase de production ou de prestation¹⁶⁸.

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 fournis par l'établissement et par la ressource est appréciée par l'établissement à partir du processus d'évaluation de la qualité prévu au présent Cadre de référence.

Écart de la qualité

Un écart constaté entre la qualité voulue et la qualité rendue sera interprété « [...] comme un écart de qualité puisque les services n'ont pas été rendus en conformité avec les bonnes pratiques ou tel que convenu. Il faudra alors : identifier les causes, suggérer des améliorations et celles-ci devront faire l'objet d'un plan d'action organisationnel¹⁶⁹. »

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 d'évaluation de la qualité.

C'est dans le cadre de l'application du processus d'évaluation de la qualité que les établissements doivent se doter d'un mécanisme ou processus afin de relever les écarts de qualité et de les communiquer à la ressource et à l'établissement lui-même.

8.7.10.3 Parties prenantes du processus d'évaluation 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 d'évaluation 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 d'apporter certains aménagements à ces deux catégories.

Parties prenantes à la mise en œuvre ou au suivi du processus d'évaluation 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 d'évaluation de la qualité des services fournis à l'usager confié à une ressource sont les suivantes :

- le conseil d'administration

¹⁶⁸ ISO. (2015). *ISO 9001 : 2015 – Quality management systems – Requirements*. Geneva : International Organization for Standardization.

¹⁶⁹ Pomey, M.P.; Safianik, C. (2007). L'évaluation externe de la qualité des soins et des services au Québec : quels acteurs? quelles leçons? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*. 3(1) : 42-6, dans : CHU de Québec Université Laval (2018). *Cadre de référence en gestion intégrée de la qualité et des risques*, p. 9.

- 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)
- au besoin, d'autres instances ou personnes

Parties prenantes à l'application du processus d'évaluation de la qualité

Ensuite, les parties prenantes qui peuvent être sollicitées ou qui peuvent contribuer à l'application du processus d'évaluation de la qualité des services fournis à l'utilisateur confié à une ressource sont les suivantes :

- l'utilisateur ou son représentant légal/titulaire de l'autorité parentale
- la ressource
- le responsable de l'application et du suivi du processus d'évaluation de la qualité
- le gestionnaire (ou répondant) des risques ou de la qualité
- des gestionnaires cliniques ou administratifs
- des intervenants responsables du PI ou du PSI de l'utilisateur ou tout autre intervenant responsable d'offrir des services prévus à ces plans
- des intervenants responsables de la réalisation de l'une ou l'autre des activités du suivi professionnel de l'utilisateur confié à une ressource
- les proches de l'utilisateur
- au besoin, d'autres instances ou personnes

L'utilisateur est une partie prenante de ce processus et, à ce titre, il doit avoir l'occasion d'exprimer son niveau de satisfaction à l'égard des services qu'il reçoit, tant de la part de l'établissement que de la ressource. Il est donc fortement recommandé que les établissements se dotent d'un moyen pour sonder la satisfaction de l'utilisateur à l'égard des services qu'il reçoit.

Toutes ces parties prenantes sont sollicitées ou contribuent au processus d'évaluation 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 liée à 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 vers une autre direction que l'application du processus d'évaluation de la qualité. D'ailleurs, le processus d'évaluation 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 la présente section.

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 d'évaluation de la qualité se mette en œuvre et qu'il soit suivi d'une manière intégrée et en continu dans l'établissement et auprès de ses partenaires.

8.7.10.4 Formalisation du processus d'évaluation de la qualité et conditions de réussite

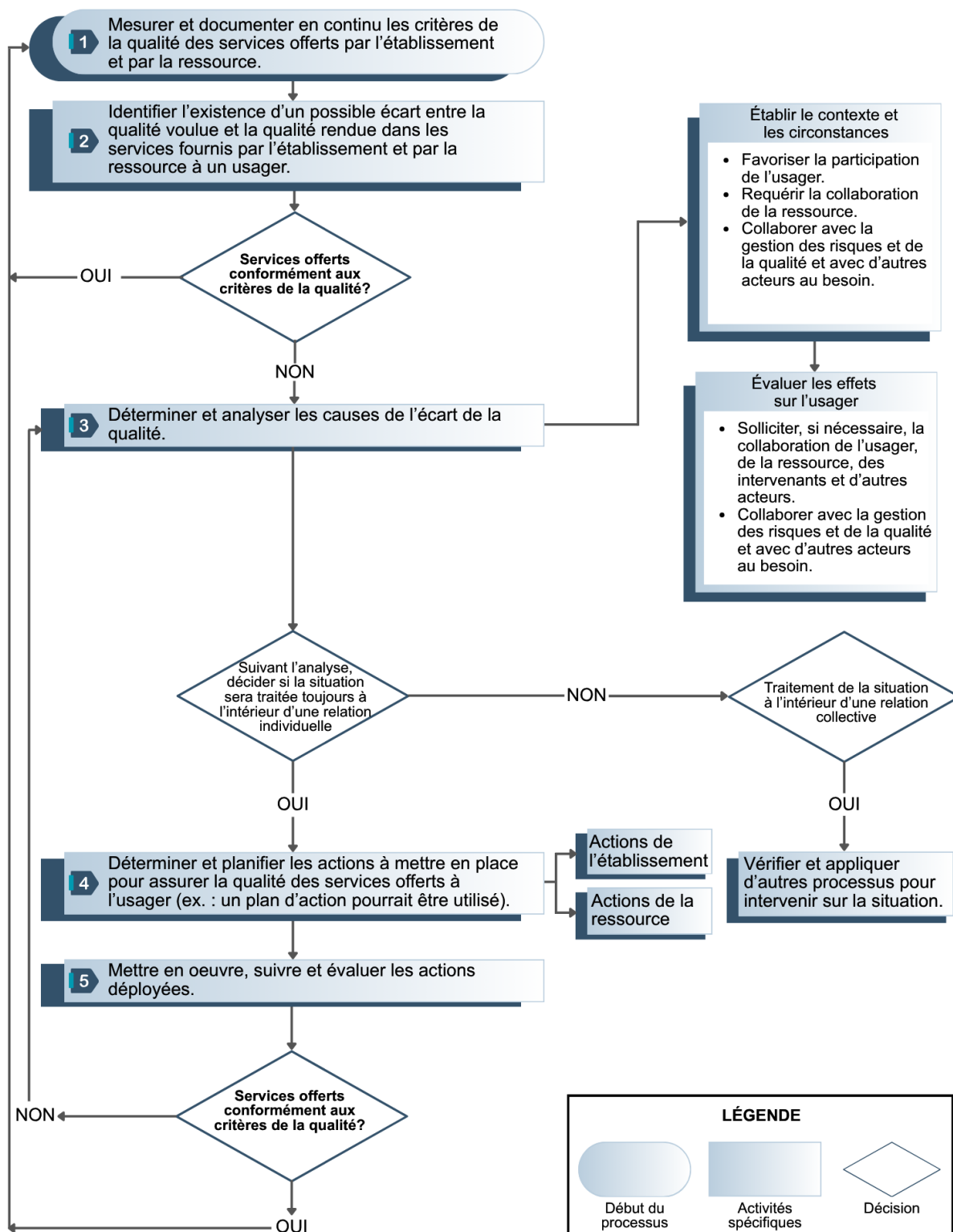
L'application du processus d'évaluation de la qualité exige que l'établissement formalise celui-ci.

Les conditions de réussite suivantes sont minimalement déterminées en soutien à l'établissement :

- La désignation d'une personne responsable et imputable de l'application et du suivi du processus d'évaluation 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 d'évaluation de la qualité.
- La diffusion de l'objectif du processus, de ses étapes ainsi que des rôles et des responsabilités de tous les acteurs concernés par le processus d'évaluation de la qualité.
- Le développement et l'utilisation d'outils pour mesurer les critères de la qualité des activités du suivi professionnel de l'usager de l'établissement.
- Le développement et l'utilisation d'outils pour mesurer les critères de la qualité des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers fournis par la ressource.
- Le développement et l'utilisation d'outils pour mesurer la satisfaction de l'usager quant aux services reçus de l'établissement et de la ressource.
- La documentation des informations liées au processus d'évaluation de la qualité afin d'en assurer la traçabilité.

8.7.10.5 Logigramme du processus d'évaluation de la qualité

Le processus d'évaluation de la qualité est représenté sous forme de logigramme où toutes les activités liées à l'évaluation sont présentées.



8.7.10.6 Description sommaire d'autres processus pour intervenir sur une situation

L'établissement peut prendre la décision de cesser le processus d'évaluation de la qualité et d'intervenir au moyen d'autres processus, lorsque l'exigent la gravité de la situation et ses répercussions pour l'utilisateur.

Dans ce cas, l'établissement prend connaissance et applique les règles ou les balises prévues dans le ou les autres processus qu'il retient.

Le processus d'évaluation 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 d'évaluation de la qualité et peuvent s'appliquer indépendamment, de façon préalable, parallèle ou postérieure à celui-ci.

À titre indicatif, voici des processus pouvant être mis en œuvre par l'établissement afin d'intervenir à l'égard de 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.

À titre indicatif, voici des processus que d'autres personnes ou instances peuvent retenir afin d'intervenir sur la situation, à la demande ou non de l'établissement :

- plainte policière;
- signalement;
- intervention du représentant légal public ou privé;
- intervention de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ);
- intervention du Protecteur des usagers.

APERÇU DE LA NEUVIÈME SECTION



AU PROGRAMME :

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

CONTEXTE

UTILISATION DU SIRTf

UTILISATEURS DU SIRTf

9 SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

9.1 CONTEXTE

Le Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF) constitue un actif informationnel d'intérêt commun soutenant la gestion des ressources intermédiaires et des ressources de type familial au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Sous la responsabilité de la Direction générale Santé et bien-être des aînés de Santé Québec, il vise à assurer une gestion harmonisée, cohérente et efficiente des données relatives à ces ressources.

Depuis sa mise en service en 1999, le SIRTF a fait l'objet de plusieurs évolutions afin de répondre aux changements législatifs, réglementaires et organisationnels touchant les RI et les RTF. Une transformation majeure a notamment été réalisée en 2012 lors de l'entrée en vigueur des premières ententes collectives et nationales. Depuis, le système continue d'être adapté afin de refléter les orientations ministérielles ainsi que les nouvelles exigences découlant de l'évolution du cadre normatif entourant ces ressources.

Toutefois, l'état actuel de la plateforme présente des enjeux technologiques importants qui ont été soulevés par plusieurs instances. Ceux-ci concernent notamment sa compatibilité limitée avec les environnements technologiques actuels, ainsi que les risques croissants d'interruption de service pouvant affecter la continuité des opérations.

Dans cette perspective, la modernisation du SIRTF vise notamment à :

- soutenir les processus d'affaires en cohérence avec la structure organisationnelle de Santé Québec;
- offrir une solution performante, conviviale, sécuritaire et pérenne;
- favoriser l'interopérabilité entre les différents systèmes d'information et contribuer à la réduction des processus papier, entre autres par la mise à disposition de portails destinés aux ressources et aux associations représentatives;
- fournir un environnement informationnel permettant le suivi, l'analyse et la prise de décision par les établissements, Santé Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Par ailleurs, un cadre normatif sera progressivement élaboré afin d'encadrer la saisie et la gestion des données dans le SIRTF. Cette normalisation vise à assurer une interprétation uniforme de l'information et à en faciliter l'exploitation dans les outils de gestion, d'analyse et de reddition de comptes, notamment les tableaux de bord et les solutions d'intelligence d'affaires.

9.2 UTILISATION DU SIRTF

Le SIRTF constitue l'outil officiel de gestion des informations cliniques, administratives et financières liées aux RI et aux RTF. Son utilisation est requise pour assurer une gestion uniforme, rigoureuse et conforme des activités associées à ces ressources.

Gestion des activités cliniques et opérationnelles

Le SIRTF permet de soutenir, notamment :

- les activités liées au recrutement et à l'évaluation des postulants, lorsque les fonctionnalités requises sont disponibles;
- la gestion des renseignements relatifs aux ressources, incluant les répondants, les places reconnues, les types d'utilisateurs accueillis et le régime de représentation applicable;

- la réalisation de l'évaluation initiale des critères généraux déterminés par le ministre ainsi que le suivi du maintien de leur conformité;
- la tenue du dossier de la ressource, notamment par la consignation des notes de suivi et la conservation de la documentation pertinente;
- la gestion des demandes d'hébergement et le suivi des demandes de services;
- le jumelage et le pairage entre les usagers et les ressources en fonction des besoins identifiés;
- la gestion des placements, à l'inclusion des dates d'arrivée et de départ, le suivi des présences et des absences ainsi que la transmission des renseignements requis;
- l'évaluation et le suivi des services de soutien et d'assistance requis par les usagers, notamment par l'utilisation de l'Instrument applicable.

Gestion des activités administratives et financières

Le SIRTF permet également la gestion de telles activités, notamment :

- la gestion des ententes spécifiques ou particulières conclues entre les ressources et Santé Québec;
- le traitement de la facturation des ressources;
- l'administration du versement de la rétribution des ressources;
- le traitement du paiement des fournisseurs;
- le prélèvement des cotisations associatives;
- la facturation de la contribution financière des usagers adultes hébergés en RI ou en RTF;
- la production des relevés fiscaux requis pour les ressources visées par la LRR, conformément aux exigences de Revenu Québec.

Outils de soutien à la gestion

Le SIRTF met également à la disposition des établissements divers outils de gestion permettant de soutenir les activités de suivi et de contrôle, notamment :

- une messagerie signalant les dossiers nécessitant une intervention ou une action dans des délais déterminés;
- des listes de gestion facilitant le suivi des activités à réaliser et des échéances à respecter;
- des rapports opérationnels, financiers et comptables couvrant les différents modules du système;
- des rapports statistiques et financiers soutenant les activités de reddition de comptes, de gestion et d'analyse.

Vérification de l'historique des postulants

Le Guide de l'utilisateur relatif à la vérification des postulants, mis à la disposition des établissements par Santé Québec, vise à soutenir l'application des mécanismes de validation prévus dans le cadre du processus d'évaluation des postulants.

Ce guide permet de consulter les renseignements nécessaires à la validation du troisième critère général déterminé par le ministre portant sur l'absence d'une fin d'entente antérieure avec un établissement public ou privé pour des motifs incompatibles avec l'exercice des fonctions de RI ou de RTF.

Le processus de vérification comprend les étapes suivantes :

1. Obtenir du postulant le formulaire *Déclaration et engagement du postulant*, dûment rempli et signé;
2. Effectuer une recherche dans la fonctionnalité « Vérification de l'historique du postulant RI-RTF »;

3. Communiquer avec les établissements concernés afin d'obtenir, au besoin, l'information ou la documentation pertinente relativement à des dossiers antérieurs ou en cours;
4. Analyser l'ensemble des renseignements recueillis afin de statuer sur la conformité du postulant au critère applicable.

Le SIRTf soutient spécifiquement la deuxième étape de ce processus.

9.3 UTILISATEURS DU SIRTf

Le SIRTf est destiné aux intervenants, aux gestionnaires et au personnel administratif des établissements impliqués dans la gestion des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.

Les établissements sont responsables d'assurer l'attribution des accès requis en fonction des rôles et des responsabilités de chaque utilisateur. Ils doivent également veiller à offrir l'accompagnement nécessaire afin de favoriser une utilisation adéquate des fonctionnalités du système et le développement des compétences requises pour l'exercice des fonctions confiées.

Une gestion rigoureuse des profils d'accès contribue à :

- assurer la qualité, l'exactitude et l'intégrité des données consignées dans le SIRTf;
- soutenir l'exploitation efficiente des données par les établissements, Santé Québec et le MSSS;
- protéger les renseignements personnels et les informations à caractère sensible;
- respecter les règles de gouvernance informationnelle et les obligations applicables en matière de sécurité de l'information.

Ainsi, l'utilisation adéquate du SIRTf par les personnes autorisées constitue un levier essentiel pour assurer la fiabilité des données, la conformité des processus et le soutien à la prise de décision au sein du RSSS.

CONCLUSION

En définitive, l'actualisation du Cadre de référence RI-RTF vise à renforcer les fondements communs et à assurer une plus grande cohérence dans l'action du réseau et de ses partenaires, dans un contexte marqué par d'importantes transformations. Devant la diversité et l'ampleur des défis à relever, l'édition de 2026 constitue un levier essentiel pour Santé Québec dans l'exercice de ses responsabilités en matière de gouvernance opérationnelle.

Le Cadre de référence contribue à soutenir l'action des gestionnaires et des intervenants en établissant des repères communs qui favorisent la cohérence des pratiques, des relations transparentes et respectueuses avec les partenaires ainsi qu'une compréhension partagée des attentes envers les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

Toutefois, le Cadre de référence ne pourra pleinement atteindre ses objectifs que s'il est largement diffusé et véritablement intégré aux pratiques des milieux concernés. Des moyens concrets devront donc être déployés afin d'en favoriser la connaissance, d'en assurer une compréhension commune et d'en soutenir une application cohérente. Son appropriation par l'ensemble des acteurs contribuera ainsi à la mise en place de milieux de vie accessibles, sécuritaires et adaptés aux besoins évolutifs et parfois complexes des usagers.

ANNEXE 1 - MÉTHODOLOGIE ET CONCEPTION DU PROJET DE RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF

1. Phase de planification et de cadrage du projet

Un plan d'action détaillé a d'abord été élaboré afin de structurer les différentes phases du projet, les actions à entreprendre, les ressources nécessaires ainsi que les échéanciers. Ce plan a servi de fil conducteur tout au long du projet pour assurer un suivi rigoureux de l'avancement des actions déterminées.

Une structure de gouvernance a été mise en place pour encadrer les différents niveaux de consultation, de validation et de prise de décision, dans le but de mener à bien la révision du présent Cadre de référence.

2. Phase de consultation

2.1. Sondage

Un sondage a été diffusé auprès de l'ensemble des établissements, des associations représentatives ainsi que des professionnels des directions cliniques du MSSS. Il portait sur l'identification des enjeux et des pistes de solutions ou de modifications à apporter dans chacun des chapitres du Cadre de référence RI-RTF (Édition de 2016). L'objectif était de permettre à des experts issus de divers milieux de contribuer aux travaux selon leur champ d'expertise.

2.2. Consultations

Des consultations ont été menées à différentes étapes du projet, tant de manière ponctuelle que continue. Elles ont mis à contribution :

- des ministères concernés (par exemple : ministère de la Sécurité publique, ministère de la Famille, etc.);
- des personnes hébergées;
- les groupes d'ex-placés;
- des comités des usagers;
- des RI-RTF;
- les directions cliniques par programmes-services des établissements;
- Santé Québec;
- les associations et organismes représentatifs des RI-RTF.

Ces consultations ont permis de dégager des enjeux concrets ainsi que des pistes de solutions ou de modifications pertinentes.

2.3. Comités de travail

Trois comités ont été mis en place aux fins de la gouvernance du projet :

- le comité de pilotage et le comité stratégique, mobilisés tout au long du projet pour orienter et valider les grandes lignes des travaux;
- le comité opérationnel, composé de professionnels des directions cliniques représentant l'ensemble des programmes-services du MSSS et d'un représentant de Santé Québec, chargé de valider les orientations proposées et de tenir compte des spécificités de chaque programme.

ANNEXE 2 - PRÉSENTATION DES ASSISES DU CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF ÉNONCÉES À LA FIGURE 1.

1. Assises légales

Les principales assises légales sont les suivantes :

Lois

- Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (1982, chapitre 11 (R.-U.)).
- Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, chapitre C-12.
- Code civil du Québec, RLRQ, chapitre CCQ-1991.
- Code des professions, RLRQ, chapitre C-26.
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, RLRQ, chapitre E-20.1.
- Loi concernant la lutte contre le tabagisme, RLRQ, chapitre L-6.2.
- Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, RLRQ, chapitre P-9.0001.
- Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, chapitre S-32.0001.
- Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives, L.Q. 2022, chapitre 11.
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, chapitre O-7.2 (abrogée le 1^{er} décembre 2024).
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ, chapitre A-2.1.
- Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, RLRQ, chapitre G-1.021.
- Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, chapitre P-34.1.
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ, chapitre P-38.001.
- Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, RLRQ, chapitre P-39.1.
- 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, chapitre R-24.0.2.
- Loi sur la santé publique, RLRQ, chapitre S-2.2.
- Loi sur le bâtiment, RLRQ, chapitre B-1.1.
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, RLRQ, chapitre M-19.2.
- Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, L.C. 2002, chapitre 1.
- Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec, RLRQ, chapitre I-13.1.1.
- Loi sur les contrats des organismes publics, RLRQ, chapitre C-65.1.
- Loi sur les impôts, RLRQ, chapitre I-3.
- Loi sur les normes du travail, RLRQ, chapitre N-1.1.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, chapitre S-4.2.
- Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, RLRQ, chapitre L-6.3.

Règlements

- Code de construction, RLRQ, chapitre B-1.1, r. 2.
- Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial, RLRQ, chapitre S-4.2, r. 3.1.
- Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance, RLRQ, chapitre S-4.2, r. 0.1.
- Règlement sur les autorisations d'accès et la durée d'utilisation des renseignements contenus dans une banque de renseignements de santé d'un domaine clinique, RLRQ, chapitre P- 9.0001, r. 1.
- Règlement sur les contrats de services des organismes publics, RLRQ, chapitre C-65.1, r. 4.

Autre référence

- *Règle de soins nationale – Activités de soins confiées à des aides-soignants : administration des médicaments et soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne*, émise en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professions, RLRQ, chapitre C-26.

2. Assises conceptuelles

Les principales assises conceptuelles sont les suivantes :

- Mandat et démarche conduite avec un comité opérationnel de travail ministériel;
- Comités consultatifs et consultations ponctuelles;
- Processus de validation des travaux;
- Définition d'un cadre de référence;
- Définition de divers termes et concepts;
- Trilogie des savoirs.

3. Assises administratives

Les principales assises administratives sont les suivantes :

Publiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux

- *Approches en gestion intégrée des risques et en prévention et contrôle des infections applicables au concept des maisons des aînés et des maisons alternatives*. (2023). Gouvernement du Québec.
- *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux*. (2018). Gouvernement du Québec.
- *Cadre de référence gouvernemental en gestion intégrée des documents*. (2004). Gouvernement du Québec.
- *Cadre de référence provincial : mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés*. (2023). Gouvernement du Québec.
- *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*. (2015). Gouvernement du Québec.

- *Cadre de référence sur le mécanisme d'accès en santé mentale.* (2022). Gouvernement du Québec.
- *Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.* (2016). Gouvernement du Québec.
- *Document en soutien au Cadre de référence sur les ressources intermédiaires et de type familial quant à la vérification et au maintien de la conformité de certains critères généraux déterminés par le ministre.* (2016). Gouvernement du Québec.
- *Guide de soutien à l'intention des établissements dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en ressources intermédiaires et en ressources de type familial.* (2016). Gouvernement du Québec.
- *Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance - Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial.* (2017). Gouvernement du Québec.
- *Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance.* (2012). Gouvernement du Québec.
- *Lignes directrices sur la déclaration des incidents et des accidents.* (2020). Gouvernement du Québec.
- *Orientations en soutien à domicile : actualisation de la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix ».* (2023). Gouvernement du Québec.
- *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement.* (2025). Gouvernement du Québec.
- *Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé : Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population.* (2022). Gouvernement du Québec.
- *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif.* (2022). Gouvernement du Québec.
- *Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 : Pour le mieux-être des personnes hébergées.* (2022). Gouvernement du Québec.
- *Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 : Des actions structurantes pour les personnes et leur famille.* (2017). Gouvernement du Québec.
- *Plan stratégique 2019-2023.* (2019). Gouvernement du Québec.
- *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée : Des milieux de vie qui nous ressemblent.* (2021). Gouvernement du Québec.
- *Politique gouvernementale de prévention en santé : Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population.* (2016). Gouvernement du Québec.
- *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement.* (2021). Gouvernement du Québec.
- *Précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix ».* (2004). Gouvernement du Québec.

Publiée par le Protecteur du citoyen

- *Pour un accès à l'hébergement public qui respecte les droits et les besoins des personnes âgées et de leurs proches*. Rapport spécial. (2021). Protecteur du citoyen.

Publiée par d'autres instances administratives

- Normes du Conseil québécois d'agrément et d'Agrément Canada.

4. Assises cliniques

Les principales assises cliniques sont les suivantes :

- la personne hébergée est au cœur des services;
- suivi professionnel et qualité des services;
- critères cliniques d'admissibilité;
- collaboration interdisciplinaire;
- formation et soutien clinique;
- gestion des situations cliniques complexes.

5. Assises contractuelles

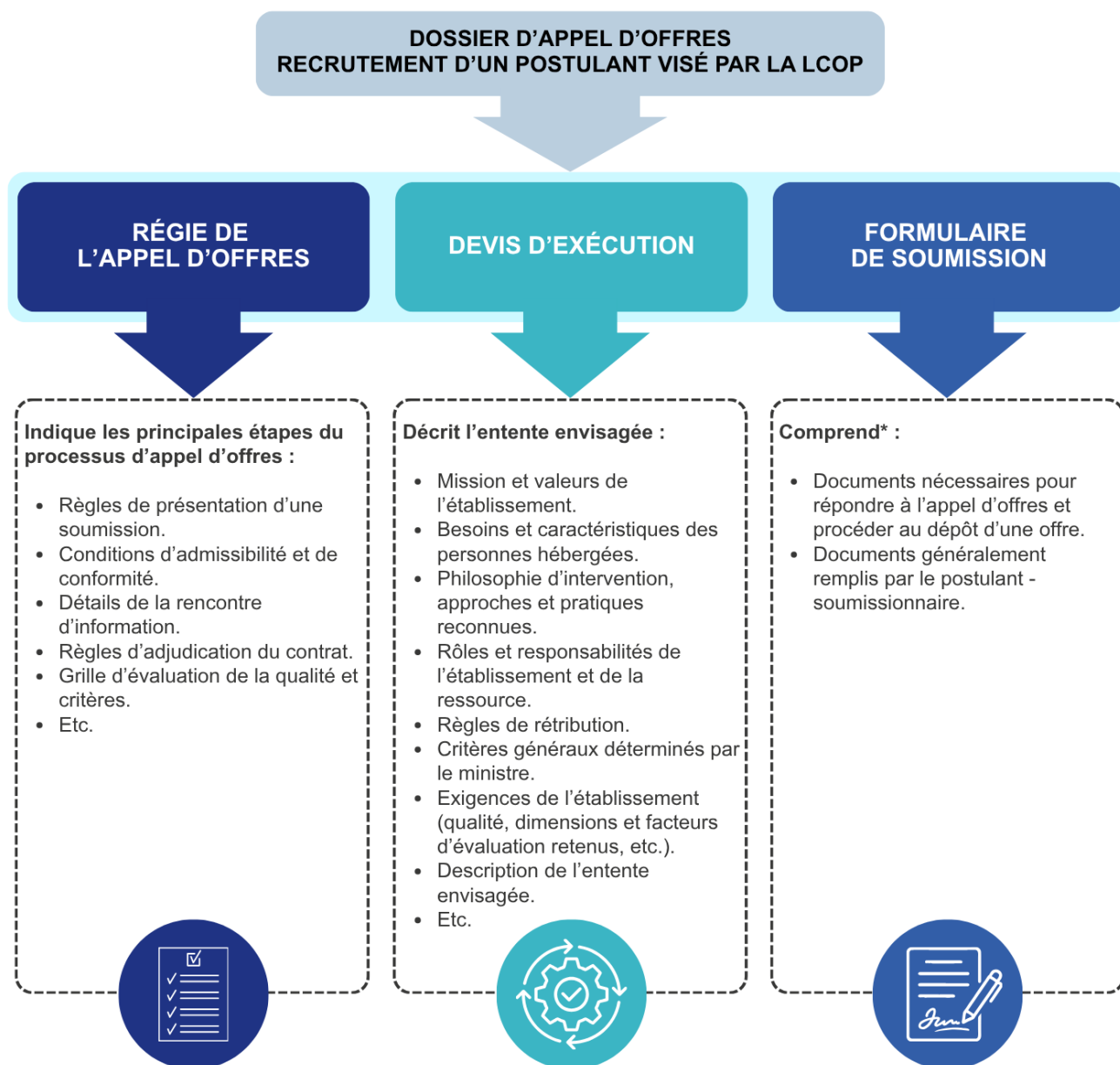
- Ententes collectives 2020-2023 et 2023-2028 convenues avec les associations représentatives des ressources destinées aux enfants et aux adultes ainsi que les ententes de modifications qui y sont liées.
- Canevas d'entente spécifique.
- Ententes nationales 2020-2025 convenues avec les organismes représentatifs des ressources destinées aux enfants et aux adultes ainsi que les ententes de modifications qui y sont liées.
- Canevas d'entente particulière.
- Conditions d'exercice des ressources de type familial et des ressources intermédiaires visées par la LRR, mais non représentées par une association reconnue, 14 juillet 2022.

ANNEXE 3 - CANEVAS DE L'OFFRE DE SERVICES DU POSTULANT

Ce canevas contient notamment les informations suivantes :

- Identification du ou des postulants personnes physiques (s'il y a lieu) : nom, date de naissance, sexe, numéro de téléphone, adresse, citoyenneté, occupation, état civil, langue.
- Identification du postulant personne morale (s'il y a lieu) : nom de la société, numéro d'entreprise du Québec, numéro de téléphone, adresse du siège social de la société, champ d'affaires, langue, renseignements concernant le dirigeant (nom, date de naissance, sexe, numéro de téléphone, adresse, citoyenneté), renseignements concernant les administrateurs (le cas échéant), renseignements concernant les actionnaires (le cas échéant).
- Informations sur l'offre de services : type de ressource et d'organisation résidentielle proposés, localisation de la résidence ou de l'installation du milieu de vie proposée, nombre de places proposé, prévisions en matière de revenus et de dépenses concernant l'offre de services.
- Expériences pertinentes en lien avec l'offre de services : entente antérieure comme RI ou RTF, expérience en matière de gestion des ressources humaines et de gestion d'organisation de services, expérience auprès d'une clientèle similaire à celle visée par l'offre de services.
- Historique de collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux.
- Référence et consentement.
- Toute autre information pertinente exigée par l'établissement.

ANNEXE 4 - SCHÉMA DES PRINCIPALES COMPOSANTES D'UN DOSSIER D'APPEL D'OFFRES DANS LE CAS D'UN POSTULANT VISÉ PAR LA LCOP



* Des documents peuvent être joints ou indiqués à titre de référence dans le dossier d'appel d'offres. À titre d'exemple : le Règlement sur la classification, le Code d'éthique de l'établissement, l'entente collective ou nationale en vigueur, le présent Cadre de référence, le Guide d'utilisation de l'Instrument, etc.

ANNEXE 5 - ÉLÉMENTS POUVANT CONSTITUER LE DOSSIER DE LA RESSOURCE

TYPES DE DOCUMENTS	RTF (9 places)	RI
Fiche de consultation du dossier	✓	✓
Documents concernant le projet		
Projet du postulant, son offre de services	✓	
Projet du postulant, son offre de services, la soumission déposée		✓
Preuve de citoyenneté ou de résidence permanente au Canada Pour le travailleur étranger temporaire : une copie d'un permis de travail temporaire valide (projet FAP seulement)	✓	
Déclaration et engagement du postulant démontrant que le postulant n'a jamais fait l'objet d'une fin d'entente pour motif sérieux ou toute autre situation d'abus au Québec ou ailleurs	✓	✓
Pour la clientèle jeunesse de tous les programmes-services : Déclaration et engagement démontrant que le postulant n'a pas eu de suivi au cours des cinq dernières années en vertu de la LPJ, à la suite d'un signalement retenu ou dans le cadre de l'application de la LGSSSS	✓	✓
Autorisation du postulant aux fins de vérification auprès de la DPJ	✓	✓
Une preuve du dossier de crédit provenant d'Équifax ^{MD} ou de TransUnion ^{MD}	✓	✓
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		✓
Déclaration sur l'existence d'autres ententes, certifications ou permis	✓	✓
Déclarations des expériences antérieures à titre de ressource	✓	✓
Immatriculation		✓
Déclaration d'absence d'antécédents judiciaires	✓	✓
Consentement à une vérification d'antécédents judiciaires	✓	✓

TYPES DE DOCUMENTS	RTF (9 places)	RI
Vérification d'antécédents judiciaires	✓	✓
Preuve d'assurance habitation	✓	
Preuves suivantes : • Une assurance d'entreprise, à titre de propriétaire ou de locataire, permettant de couvrir les risques de dommages à la propriété et aux biens meubles • Une assurance responsabilité civile générale et responsabilité professionnelle protégeant la ressource et son personnel • Une assurance responsabilité des administrateurs et des dirigeants		✓
Certificat ou attestation de formation en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général	✓	✓
Déclaration de la part du postulant : • Conformité aux règlements municipaux • Engagement à effectuer les travaux requis, s'il y a lieu, pour assurer la sécurité des usagers • Engagement à informer l'établissement de tout changement ou avis de non-conformité concernant sa propriété	✓	✓
Déclaration d'attestation de bonne santé	✓	✓
Certificat médical de bonne santé	✓	✓
Autorisation de collecte de références	✓	
Références (amis, voisins, employeurs, école, etc.)	✓	
Autres documents	✓	✓
Rapport d'évaluation du postulant		
Documents démontrant le respect des critères généraux déterminés par le ministre et des dimensions d'évaluation de l'établissement	✓	✓
Décision motivée de l'établissement concernant la signature ou non d'une entente spécifique ou particulière	✓	✓
Autres documents	✓	✓

TYPES DE DOCUMENTS	RTF (9 places)	RI
Ententes		
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	✓	✓
Autres documents	✓	✓
Documents concernant la prestation de services		
Fiche d'identification de la ressource	✓	✓
Notes de suivi concernant le maintien de la conformité des composantes de la ressource aux critères généraux déterminés par le ministre	✓	✓
Notes de suivi concernant la qualité du milieu de vie, les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers fournis aux usagers par la ressource, ainsi que la santé, la sécurité ou le bien-être des usagers qui lui sont confiés	✓	✓
Autres notes de suivi	✓	✓
Plan d'amélioration	✓	✓
Instruments de classification remplis et signés afin d'en accuser la réception	✓	✓
Demande de révision de la classification	✓	✓
Décision motivée à la demande de révision de la classification	✓	✓
Demande concernant la rétribution	✓	✓
Avis de changement aux normes physiques exigées par l'établissement	✓	✓
Documents en lien avec l'enquête administrative	✓	✓
Autres documents	✓	✓

TYPES DE DOCUMENTS	RTF (9 places)	RI
Documents concernant les mésententes		
Documentation concernant les mésententes	✓	✓
Documents concernant les recours (arbitrage et autres)		
Documentation concernant les recours (arbitrage et autres)	✓	✓

ANNEXE 6 - RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT, DU POSTULANT ET DE LA RESSOURCE EN LIEN AVEC LE CRITÈRE 4 DÉTERMINÉ PAR LE MINISTRE

RÔLES ET RESPONSABILITÉS	
Établissement	Postulant et ressource
• Désigne la personne responsable du processus de vérification, de la réception et de l'analyse des formulaires. • Établit le rôle de cette personne et celui des autres acteurs de l'établissement. • Informe le postulant du critère relatif aux antécédents judiciaires et des modalités de vérification reposant sur deux documents : le formulaire <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i> et le <i>Rapport de vérification des antécédents judiciaires</i>. • Informe la ressource active de la vérification des antécédents judiciaires lors du renouvellement de l'entente ou lors d'une situation particulière qui justifie cette démarche de vérification. • Informe la ressource des modalités de vérification reposant sur deux documents : le formulaire de <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i> et le <i>Formulaire de déclaration et engagement de la RI-RTF</i>. • Établit clairement les informations qui doivent lui être transmises. • Remet au postulant et à la ressource le formulaire <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i> qu'ils doivent remplir et faire remplir par toutes les personnes majeures vivant dans le lieu principal de résidence de la ressource, à l'exception des usagers et des personnes majeures requises pour agir auprès des usagers. • Établit les règles de traitement et de conservation des informations concernant le postulant. • Voit à ce que les acteurs concernés se familiarisent avec les lois et les règlements applicables en la matière. • Reçoit le dossier de vérification du postulant et en fait l'analyse.	• Remplit et signe le formulaire <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i>. • Remet un exemplaire du formulaire <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i> à toute personne majeure requise pour agir auprès des usagers, autre que les personnes hébergées, le cas échéant. • Reçoit toutes les déclarations dûment remplies et signées. • Prend contact avec un corps de police ou un service de vérification privé de son choix afin de procéder à une demande de vérification dans le cadre d'un projet de ressource. • Transmet à ce corps de police ou à ce service privé chaque déclaration remplie accompagnée du formulaire pour obtenir le <i>Rapport de vérification des antécédents judiciaires</i>. • Transmet à l'établissement l'original du formulaire <i>Rapport de vérification des antécédents judiciaires</i> rempli par le corps de police ou le service privé concernant le postulant. La ressource n'est pas tenue, par la loi, de fournir à l'établissement les formulaires relatifs aux antécédents judiciaires de ses propres employés. Cela s'applique autant pour les RI que pour les RTF. Cependant, la ressource est responsable d'effectuer la vérification pour assurer la sécurité de son milieu et d'informer l'établissement que cette vérification a été réalisée. • Prend les moyens pour s'assurer qu'en tout temps, toute personne majeure autre que les usagers, vivant dans le lieu principal de résidence de la ressource, de façon permanente ou intermittente, n'a pas d'antécédents judiciaires qui pourraient

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Établissement	Postulant et ressource
• S'assure que le postulant a mis en place les moyens nécessaires pour vérifier les antécédents des personnes majeures requises pour agir auprès des usagers. • Prend une décision concernant la conformité de ce critère. • Dans le cadre du processus de vérification, l'établissement doit prévoir les actions attendues des acteurs concernés ainsi que les informations spécifiques à recevoir. • Le processus doit également contenir un mécanisme de traitement dans les cas de vérification positive demandant une analyse approfondie.	compromettre la santé ou la sécurité des usagers. • Met en place et maintient une procédure qui prévoit la vérification des antécédents judiciaires de toute personne majeure requise pour agir auprès des usagers, autre que les usagers. • S'assure que lorsqu'une personne majeure agit auprès des usagers de la ressource, elle n'a pas d'antécédents judiciaires en lien avec la fonction; le cas échéant, celle-ci ne peut œuvrer dans la ressource.

ANNEXE 7 - FICHES QUALITÉ

FICHE 1

ACTIVITÉ N° 1 : ÉVALUATION OU RÉVISION DES BESOINS DE L'USAGER

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LES BESOINS DE L'USAGER SONT DÉTERMINÉS ET PERTINENTS À SA CONDITION ET À SA SITUATION ACTUELLES.

CRITÈRE DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
1.1	Identification	Action de déterminer l'ensemble des besoins de l'utilisateur en fonction de sa condition et de sa situation actuelles.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Les besoins évalués ou révisés reflètent la condition et la situation actuelles de l'utilisateur.
- La qualité de cette évaluation ou révision permet le passage à l'activité n° 2.

ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

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

FICHE 2

ACTIVITÉ N° 2 : ÉVALUATION OU RÉVISION DU PI OU DU PSI DE L'USAGER

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

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

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{os}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
2.1	Adéquation	Lien de concordance entre l'ensemble des besoins déterminés pour l'utilisateur et les services cliniques ou professionnels ainsi que 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 eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Les services cliniques ou professionnels requis par l'utilisateur sont déterminés.
- Le processus clinique, les politiques et les procédures de l'établissement sont prévus en considérant les aspects mentionnés dans le tableau ci-haut.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Communication à la ressource et aux 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.
- Rédaction du PI ou du PSI.
- Dépôt du PI ou du PSI dans le dossier 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, de précisions, des services de soutien ou d'assistance particuliers que la ressource doit fournir à l'utilisateur.

FICHE 3

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 ET CONFORME AUX BALISES DÉFINIES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE ET COMMUNIQUÉE À L'USAGER.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{os}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
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 eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.
3.3	Communication	Action de transmettre la décision d'orientation à l'utilisateur.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Le lien de concordance entre la décision d'orientation et le profil à jour de l'utilisateur est effectué et cohérent.
- Les balises identifiées dans le présent Cadre de référence ont été respectées.
- La décision d'orientation ou de relocalisation, lorsqu'applicable, a été communiquée à l'utilisateur.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE 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, conformément aux balises ministérielles relatives à la gestion du dossier de l'utilisateur ainsi qu'aux politiques et procédures de l'établissement.

FICHE 4

ACTIVITÉ N° 4 : JUMELAGE ET 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 ET LE PAIRAGE EST DISPONIBLE ET CONFORME AUX BALISES DÉFINIES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{os}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
4.1.1	Disponibilité	Fait de disposer d'un profil qui correspond à la condition et à la situation actuelles de l'utilisateur.
4.1.2	Conformité	État du profil de l'utilisateur eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Le profil de l'utilisateur représente bien sa condition et sa situation actuelles.
- Les différentes balises définies pour connaître le profil à jour de l'utilisateur, dans le présent Cadre de référence, sont respectées.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Prise de connaissance du profil de l'utilisateur.
- Mise à jour du profil de l'utilisateur, si requis.
- Le profil de l'utilisateur est consigné à son dossier.

FICHE 4 (suite)

ACTIVITÉ N° 4 : JUMELAGE ET PAIRAGE DE L'USAGER AVEC UNE RESSOURCE

4.2 DÉTERMINER LE PORTRAIT ACTUEL DES RESSOURCES DISPONIBLES

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

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

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{os}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
4.2.1	Disponibilité	Fait de disposer d'un portrait des ressources par programme-services.
4.2.2	Conformité	État du portrait des ressources eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Le portrait actuel de la ressource est disponible et permet de procéder au jumelage avec l'utilisateur.
- Les différentes balises définies pour connaître le portrait actuel des ressources, dans le présent Cadre de référence, sont respectées.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Détermination du portrait actuel 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 d'origine avec soutien intensifié, etc.).

FICHE 4 (suite)

ACTIVITÉ N° 4 : JUMELAGE ET 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 DÉFINIES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

NOS	CRITÈRES	DÉFINITIONS
4.3.1	Adéquation	Lien de concordance entre la ressource sélectionnée et le profil actuel de l'utilisateur.
4.3.2	Conformité	État de la ressource sélectionnée eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- L'analyse visant à établir le lien de concordance entre la ressource sélectionnée et le profil actuel de l'utilisateur est réalisée.
- La ressource sélectionnée respecte un des trois scénarios mentionnés dans le présent Cadre de référence.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Sélection d'une ressource dans le but d'atteindre une corrélation optimale de jumelage et de pairage entre le profil à jour de l'utilisateur et le portrait actuel de la ressource.
- Analyse de la problématique et identification de la ou des solutions qui pourraient rendre possible la corrélation clinique.
- Analyse de l'entente contractuelle et identification des éléments qui pourraient faire l'objet d'une modification par ailleurs permise et rendre possible la corrélation contractuelle.
- Échanges et discussions avec la ressource et, le cas échéant, avec d'autres partenaires.
- Mise en œuvre des solutions.
- La démarche ou la décision est consignée aux dossiers de la ressource et de l'utilisateur.

FICHE 4 (suite)

ACTIVITÉ N° 4 : JUMELAGE ET PAIRAGE DE L'USAGER AVEC UNE RESSOURCE

4.4 DÉCIDER DU JUMELAGE ET DU PAIRAGE

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

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

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{os}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
4.4.1	Communication	Action de transmettre la décision du jumelage et du pairage à l'utilisateur, à la ressource ainsi qu'aux autres instances pertinentes concernées par le placement de l'utilisateur.
4.4.2	Intégrité	Prendre en compte l'opinion de l'utilisateur dans la décision, le cas échéant.
4.4.3	Consignation	Fait de colliger l'information au dossier de l'utilisateur.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- La décision du jumelage et du pairage est transmise à l'utilisateur, à la ressource ainsi qu'aux autres instances pertinentes concernées par le placement de l'utilisateur.
- L'opinion de l'utilisateur est considérée, le cas échéant.
- Les dossiers de l'utilisateur et de la ressource sont adéquatement documentés.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Communication de la décision du jumelage et du 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 l'opinion de l'utilisateur dans son dossier.
- Consignation de la décision ainsi que des informations pertinentes au dossier de l'utilisateur et au dossier de la ressource, conformément aux lois applicables et aux politiques et procédures de l'établissement.

FICHE 5

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 DÉFINIES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{os}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
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 pour assurer l'intégration de l'utilisateur dans la ressource.
5.3	Conformité	État des actions d'intégration de l'utilisateur dans la ressource eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Les activités précédant l'intégration ont été réalisées.
- Les activités attendues lors de l'intégration, telles qu'identifiées dans le présent Cadre de référence, sont réalisées.
- Les activités post-intégration sont réalisées.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- 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.
- S'assurer que la ressource a acquis les compétences (aptitudes, habiletés, connaissances) requises ou les connaissances nécessaires pour accueillir l'utilisateur et la soutenir au besoin.
- S'assurer que l'utilisateur ait l'accompagnement requis en fonction de ses besoins et de sa situation.

FICHE 5 (suite)

ACTIVITÉ N° 5 : INTÉGRATION DE L'USAGER DANS LA RESSOURCE

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT (suite)

- Transmettre à la ressource tout renseignement essentiel au maintien immédiat de l'intégrité de l'utilisateur avant ou pendant son arrivée ainsi que le sommaire des renseignements à jour le plus tôt possible, mais au plus tard 72 heures après l'arrivée de l'utilisateur, conformément au Règlement sur la classification.
- Consigner dans le SIRTTF la date de remise du sommaire des renseignements à la ressource.
- Soutenir l'intégration de l'utilisateur dans la ressource.
- Visiter l'utilisateur et faire un suivi auprès de lui et de la ressource, si possible au cours de la première semaine d'intégration, afin de fournir l'accompagnement requis à l'utilisateur selon ses besoins et de s'assurer que la ressource dispose de ce dont elle a besoin pour rendre les services à l'utilisateur.
- Soutenir la post-intégration de l'utilisateur confié à la ressource : évaluer rapidement la qualité de l'adéquation du jumelage et du pairage de l'utilisateur confié à la ressource afin d'apporter à cette dernière, le cas échéant, le soutien nécessaire à l'optimisation du placement.

FICHE 6

ACTIVITÉ N° 6 : DÉTERMINATION, DANS L'IDC DE L'USAGER, DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS À LUI FOURNIR

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 AINSI QU'AU GUIDE D'UTILISATION DE L'INSTRUMENT ET COMMUNIQUÉS À LA RESSOURCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{os}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
6.1	Adéquation	Concordance entre les services de soutien ou d'assistance particuliers déterminés par l'établissement et la condition ainsi que les besoins de l'utilisateur.
6.2	Conformité	État des services de soutien ou d'assistance particuliers déterminés pour l'utilisateur eu égard aux balises définies 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 fournir à l'utilisateur.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Les services déterminés sont en concordance avec la condition et les besoins de l'utilisateur.
- Les balises définies dans le Règlement sur la classification et le Guide d'utilisation sont respectées.
- Les services déterminés sont transmis à la ressource.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Détermination des services de soutien ou d'assistance particuliers que la ressource devra fournir à l'utilisateur, conformément au Règlement sur la classification et au Guide d'utilisation de l'Instrument.
- Communication à la ressource des services de soutien ou d'assistance particuliers à fournir à l'utilisateur.

FICHE 7

ACTIVITÉ N° 7 : PRÉCISION, DANS L'IDC DE L'USAGER, S'IL Y A LIEU, DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE PARTICULIERS À LUI FOURNIR

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 AINSI QU'AU GUIDE D'UTILISATION DE L'INSTRUMENT ET COMMUNIQUÉS À LA RESSOURCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{os}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
7.1	Conformité	État de la précision des services particuliers de l'utilisateur eu égard aux balises définies 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 inhérentes aux services de soutien ou d'assistance particuliers à fournir à l'utilisateur.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Les services particuliers déterminés pour l'utilisateur sont précisés dans l'Instrument de classification conformément aux balises définies dans le Guide d'utilisation de l'Instrument.
- Les précisions relatives aux services de soutien ou d'assistance particuliers à fournir à l'utilisateur sont transmises à la ressource.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- 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.
- Remise de l'Instrument à la ressource conformément aux termes de l'article 6 du Règlement sur la classification.
- Identification, en collaboration avec la ressource, des moyens ou des règles à suivre afin que celle-ci fournisse des services de soutien ou d'assistance particuliers de façon conforme et sécuritaire.
- Signature et dépôt de l'Instrument de classification au SIRTF.

FICHE 8

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 OFFERTS À L'USAGER SONT CONFORMES À SON PI OU À SON PSI EN MATIÈRE DE CONTENU ET DE DURÉE.

CRITÈRE DE LA QUALITÉ

N°	CRITÈRE	DÉFINITION
8.1	Conformité	État de la mise en œuvre du PI ou du PSI de l'utilisateur eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

INDICATEUR DE LA QUALITÉ

- Le PI ou PSI de l'utilisateur est mis en œuvre et actualisé conformément aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Déploiement de l'ensemble des services requis et des stratégies d'intervention adaptées afin d'actualiser les objectifs formulés au PI ou au PSI de l'utilisateur.
- Les contacts avec l'utilisateur et les visites que celui-ci reçoit dans la ressource sont réalisés en fonction de la fréquence requise par sa condition et les besoins déterminés dans son PI.
- Les suivis concernant l'actualisation du PI ou du PSI sont consignés au dossier de l'utilisateur.

FICHE 9

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 DÉFINIES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N ^{OS}	CRITÈRES	DÉFINITIONS
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 de celui-ci.
9.2	Soutien	Action de mettre en œuvre les moyens nécessaires afin de soutenir le départ de l'utilisateur de la ressource.
9.3	Conformité	État des actions mises en œuvre pour assurer le départ de l'utilisateur eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Les activités nécessaires au changement de milieu de vie de l'utilisateur sont adéquatement planifiées et mises en œuvre.
- Le départ de l'utilisateur est soutenu selon ses besoins et ceux de la ressource.
- Les balises du Cadre de référence sont respectées.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Consulter l'utilisateur concernant son départ de la ressource et planifier ce départ selon ses besoins et sa situation actuelle.
- Informer la ressource selon les modalités prévues.
- S'assurer que le nouveau milieu de vie possède les compétences requises ou les connaissances nécessaires pour accueillir l'utilisateur.
- Mettre en place les actions ou les services nécessaires afin d'assurer le bon déroulement du départ de l'utilisateur de la ressource.
- S'assurer que l'utilisateur ait l'accompagnement requis en fonction de ses besoins et de sa situation le jour de son départ de la ressource.
- Planifier avec la ressource la remise des biens de l'utilisateur et de toute la documentation le concernant.
- Mettre fin au placement et aux mesures particulières, le cas échéant.
- Consigner au SIRTf la date de départ de l'utilisateur de la ressource.

FICHE 10

ACTIVITÉ N° 10 : APPLICATION DU PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

RÉSULTAT VOULU DE L'ACTIVITÉ

LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ EST ACTUALISÉ, CONTINU ET CONFORME AUX BALISES DÉFINIES DANS LE PRÉSENT CADRE DE RÉFÉRENCE AFIN D'ASSURER LA QUALITÉ DES SERVICES FOURNIS PAR L'ÉTABLISSEMENT ET PAR LA RESSOURCE.

CRITÈRES DE LA QUALITÉ

N°s	CRITÈRES	DÉFINITIONS
10.1	Actualisation	Fait de mettre en œuvre les activités du processus d'évaluation de la qualité, telles qu'elles sont présentées dans le Cadre de référence.
10.2	Continuité	Fait d'appliquer de façon itérative, sans interruption dans le temps, l'ensemble des activités du processus d'évaluation, telles qu'elles sont présentées dans le Cadre de référence.
10.3	Conformité	État des activités du processus d'évaluation de la qualité mises en œuvre pour assurer la qualité des services offerts à l'utilisateur par l'établissement et par la ressource eu égard aux balises définies dans le présent Cadre de référence.

INDICATEURS DE LA QUALITÉ

- Les activités du processus d'évaluation de la qualité des services fournis sont réalisées.
- L'ensemble des activités du processus d'évaluation est appliqué en continu, dans un esprit de partenariat et de collaboration.
- Les services offerts à l'utilisateur sont de qualité et sécuritaires.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES RELEVANT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Mesurer et documenter en continu les critères de la qualité des services fournis par l'établissement et par la ressource.
- Identifier l'existence d'un possible écart entre la qualité voulue et la qualité rendue dans les services offerts par l'établissement et par la ressource.
- Déterminer et analyser les causes de l'écart de qualité en considérant le contexte et les circonstances, ainsi que les effets sur l'utilisateur.
- Analyser l'écart de qualité et déterminer s'il doit être traité dans le cadre du processus d'évaluation de la qualité des services fournis à l'utilisateur ou dans le cadre d'autres processus.
- Déterminer et planifier les actions à mettre en place pour assurer la qualité des services fournis à l'utilisateur.
- Mettre en œuvre, suivre et évaluer les actions déployées.

BIBLIOGRAPHIE

Note : Les références présentées précédemment à l'Annexe 2 sous la rubrique des différentes assises du Cadre de référence ne sont pas reprises dans la présente bibliographie.

Carmichael-Moreau, M.-C. (2006). *La mise en œuvre de ressources intermédiaires spécialisées pour adultes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : Une étude de cas.* https://laressource.ca/images/ressources/services_laval.pdf

Collerette, P. (2009). Comment communiquer le changement? *Gestion*, 34(4), 39-47.
<https://doi.org/10.3917/riges.344.0039>

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2021a). *Entente collective ADREQ-CSD 2020-2023.* https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/21-MS-09130-06-entente-ADREQ-CSD-signee.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2021b). *Entente collective FFARIQ 2020-2023.* https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/entente-collective-FFARIQ-2020-2023-signee-le-22-09-2021.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2021c). *Entente collective FSSS-CSN (adultes) 2020-2023.* https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/entente-collective-FSSS-CSN-adultes-2020-2023-signee-le-17-07-2021.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2021d). *Entente collective FSSS-CSN (enfants) 2020-2023.* https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/entente-collective-FSSS-CSN-enfants-2020-2023-signee-le-17-07-2021.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2021e). *Entente collective SRAA-CSD 2020-2023.* https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/21-MS-09130-06-entente-SRAA-CSD-signee.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2021f). *Entente nationale ARIHQ 2020-2025.* <https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/entente-nationale-ARIHQ-2020-2025-signee-16-07-2021.pdf>

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2021g). *Entente nationale FRIJQ 2020-2025.* https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/entente-nationale-FRIJQ_2020-2025-signee-19-07-2021.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2022a). *Entente collective RESSAQ 2020-2023.* https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/entente-collective-RESSAQ-18-02-2022.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2022b). *Entente collective SCFP-FTQ 2020-2023*. https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/Entente-collective-SCFP-FTQ-2020-2023_14-juillet-2022.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2025a). *Entente collective RESSAQ 2023-2028*. https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/Entente_collective_RESSAQ_2023-2028_24_juillet_2025__003_.pdf

Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. (2025b). *Entente collective FFARIQ 2023-2028*. https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/Ententes_2020-2023/Entente_collective_FFARIQ_2023-2028_23_decembre_2025.pdf

Commission d'accès à l'information du Québec. (s. d.). *Protection des renseignements personnels : organismes et intervenants du secteur de la santé et des services sociaux*. <https://www.cai.gouv.qc.ca/protection-renseignements-personnels/organismes-et-intervenants-sante-services-sociaux>

Commission d'accès à l'information du Québec. (2022, 22 septembre). *Loi 25 : nouvelles dispositions protégeant la vie privée des Québécois : certaines dispositions entrent en vigueur aujourd'hui*. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/loi-25-nouvelles-dispositions-protégeant-la-vie-privee-des-quebecois-certaines-dispositions-entrent-en-vigueur-aujourd'hui-43212>

Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes : Rapport final*. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4287510>

Drucker, P. F. (2006). Les décisions efficaces. Dans *Devenez manager ! : L'essentiel de Drucker* (J. Fontaine, trad., pp. 199-222). Village mondial.

Gouvernement du Québec. (2023). *Mémoire au Conseil des ministres. Projet de loi sur l'amélioration de la protection des enfants dans les services de garde éducatifs (n° 2023-0258)*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/2023-0258_memoire.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *Portrait des pratiques visant la transition à la vie adulte des jeunes résidant en milieu de vie substitut au Québec*. https://edjep.ca/wp-content/uploads/2018/05/INESSS_Portrait_transition_vie_adulte.pdf

Institut universitaire Jeunes en difficulté. (2022). *Bulletin d'information n° 15 : Familles d'accueil*. https://iujd.ca/sites/iujd/files/media/document/bulletin_information15_FA_VF_0.pdf

Lachapelle, Y., & Wehmeyer, M. L. (2003). L'autodétermination. Dans M. J. Tassé & D. Morin (dir.), *La déficience intellectuelle* (pp. 204-214). Gaëtan Morin.

Lefèvre-Utile, J., Montreuil, M., Perron, A., Reyre, A., & Carnevale, F. (2022). Prendre en compte la vulnérabilité partagée pour réduire le recours à la contrainte dans la prise en charge des troubles graves du comportement des patients avec déficience intellectuelle et/ou autisme : Une ethnographie herméneutique participative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70(7), 368-379. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.08.001>

Loisel, J. (2019). *Portraits des pratiques actuelles au Québec en soutien à l'autodétermination des ressources de type familial et des ressources intermédiaires hébergeant des adultes présentant une déficience intellectuelle* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9084/>

Ministère de la Famille. (2024). *Vérification d'absence d'empêchement : Guide pour les prestataires de services de garde éducatifs et les bureaux coordonnateurs de la garde éducative en milieu familial*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/famille/publications-adm/Service_de_garde/sante-securite/Guide-VAE.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Faire ensemble et autrement : Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001798/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : Garde en établissement de santé et de services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002036/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *S'engager pour nos enfants : Projet de loi réformant la Loi sur la protection de la jeunesse*. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/sengager-pour-nos-enfants-le-ministre-carmant-depose-un-projet-de-loi-reformant-la-loi-sur-la-protection-de-la-jeunesse-36639>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Protocole interrégional en matière de services offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur les services de justice pénale pour les adolescents*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-839-09W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *S'engager pour nos enfants : Étapes de mise en œuvre des recommandations de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse* (Commission Laurent).

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003226/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Considérer, intégrer, outiller : Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale*.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003699/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025a). *Respecter et soutenir la diversité sexuelle et de genre en milieu d'hébergement de longue durée : Lignes directrices*.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-814-07W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025b). *Respecter les besoins d'intimité et de sexualité en milieu d'hébergement de longue durée : Lignes directrices*.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-814-08W.pdf>

Prud'homme, J. (2018). *Vers une meilleure prévention et gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en ressource intermédiaire : Développement d'un référentiel de compétences pour les préposés* [Essai de maîtrise, Université de Sherbrooke].

https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/REA_106__Josee_Prud_homme__Essai_synthese_VF2.pdf

Regroupement provincial des comités des usagers – Santé et services sociaux. (2023). *Droits des usagers*. <https://rpcu.qc.ca/vos-droits/les-12-droits-des-usagers/>

Sabourin, G., & Couture, G. (2018). La crise comportementale en DI-TSA : vers de meilleures pratiques de prévention. *Revue québécoise de psychologie*, 39(2), 23-47.

<https://doi.org/10.7202/1051220ar>

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement. (2018). *Enjeux résidentiels : Principes et stratégies pour les personnes présentant une DI ou un TSA et manifestant un TGC*. <https://www.sqetgc.org/document/enjeux-residentiels-20-juin-2018-final>

Turcotte, D., Drapeau, S., Hélie, S., Turcotte, G., Saint-Jacques, M.-C., Goyette, M., Gagné, M.-H., Poirier, M.-A., Simard, M.-C., Dessureault, D., & Pouliot, E. (2011). *Les impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse : Un premier bilan*. Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR), Université Laval.

https://www.jefar.ulaval.ca/sites/jefar.ulaval.ca/files/uploads/rapports%20recherche/rapport_Turcotte_2011.pdf

Université d'Ottawa. (s. d.). *Littérature grise pour les sciences de la santé*.

<https://uottawa.libguides.com/c.php?g=698481&p=4958728>

Vallet, S. (2022, 27 septembre). Un chemin de croix pour les usagers et leurs familles. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/759111/deficience-intellectuelle-et-autisme-un-chemin-de-croix-pour-les-usagers-et-leurs-familles>

