

**Demande d'examen de la classification des services de soutien ou d'assistance rendus aux usagers en ressource intermédiaire (RI) et en ressource de type familial (RTF)**

**Numéro  
G1-253-033**

## 1. Préambule

Dans le but de soutenir l'application des ententes collectives et nationales convenues entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les différentes associations représentatives, l'établissement doit prévoir un mécanisme d'examen de la classification, advenant un désaccord de la ressource en lien avec les services de soutien ou d'assistance déterminés par l'établissement.

Le tout doit se faire en conformité avec les modalités prévues aux *lettres d'entente no 1*.

## 2. Objectifs spécifiques

- Établir une procédure d'examen de la classification distincte de tout autre mécanisme de règlement de mésentente.
- Déterminer les rôles et responsabilités des personnes appelées à répondre aux demandes d'examen de l'Instrument formulées par les ressources.
- Tenir à jour un registre permettant de suivre le nombre de demandes d'examen, l'état de ces demandes, les conclusions et les délais de révision.

## 3. Modalités de fonctionnement

### Champs d'application

La présente procédure est destinée :

- aux gestionnaires et aux équipes de travail des directions suivantes :
  - Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP);
  - Direction de la protection de la jeunesse (DPJ);
  - Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA);
  - Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux (DSMDISSG);
  - Direction du programme jeunesse (DProgJ);
- aux responsables des RI- RTF auxquels le CISSS de la Côte-Nord confie des usagers;
- aux associations qui représentent les responsables des RI-RTF auxquels le CISSS de la Côte-Nord confie des usagers.

### Processus de demande d'examen

La responsabilité de la réception et du traitement initial des demandes d'examen formulées par les responsables des ressources est confiée aux cadres du secteur continuum hébergement-adulte et du secteur RI-RTF jeunesse du CISSS de la Côte-Nord, puisqu'ils détiennent les connaissances cliniques, conformément aux différentes *lettres d'entente no 1* (voir les ententes collectives et nationales).

Autre comité		Comité de direction		Conseil d'administration	
Approuvé le	Révisé le	Approuvé le 2019-03-12	Révisé le 2022-04-05	Adopté le	Révisé le

**a) Acheminement de la demande**

La ressource fait parvenir sa demande d'examen par écrit (annexe 1) à l'attention du cadre identifié par l'établissement, ce dernier devant posséder des connaissances cliniques (selon les lettres d'entente no 1), en respectant les délais qui y sont présentés. Les motifs de la demande d'examen et les descripteurs visés doivent être précisés dans la demande. La ressource peut se référer à l'aide-mémoire pour faciliter la complétion du formulaire de demande (annexe 1A).

<b>Association représentative</b>	<b>Délai</b>	<b>Cadre</b>
Fédération des familles d'accueil et ressources intermédiaires du Québec (FFARIQ)	15 jours suivant la date de réception de l'Instrument	Mme Nancy Bergeron
Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN)	10 jours suivant la date de réception de l'Instrument	Mme Julie Cyr
Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)	15 jours suivant la date de réception de l'Instrument	Mme Julie Cyr

**b) Examen sommaire de la demande**

Le cadre désigné procède à un examen sommaire de la demande pour évaluer sa recevabilité. Il peut rejeter toute demande jugée frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

- Advenant le rejet de la demande  
Le cadre désigné informera la ressource par écrit (annexe 2).
- Si la demande est jugée recevable  
Conformément à ce qui est mentionné dans la lettre d'entente no 1, le cadre concerné désignera une personne, préférablement de l'établissement, responsable d'analyser la demande. Cette personne doit avoir les connaissances requises pour actualiser le processus de révision. Elle doit avoir reçu la formation sur l'Instrument et ne pas avoir effectué la classification initiale.

Le cadre désigné envoie alors un accusé de réception à la ressource en spécifiant que la demande d'examen est acceptée (annexe 3).

**c) Examen de l'Instrument de détermination et de classification**

L'intervenant désigné procédera à l'analyse de la demande et fera les recommandations jugées opportunes. Il prendra connaissance de toute l'information pertinente concernant l'utilisateur et il pourra consulter toutes les personnes qu'il juge appropriées.

La ressource doit avoir l'occasion de présenter ses observations. Elle peut être accompagnée d'un représentant de son association.

Au terme de son analyse, l'intervenant fait part de ses recommandations au cadre désigné en remplissant le formulaire *Analyse de la demande d'examen et recommandations* prévu à cette fin (annexe 4).

Quatre scénarios sont possibles :

- aucun ajustement;
- certaines précisions sont ajoutées, mais elles n'ont aucune influence sur le niveau de service;
- augmentation du niveau de service;
- diminution du niveau de service.

L'analyse de la demande d'examen par la personne désignée et la décision du cadre qui s'ensuit doivent essentiellement viser à ce que les services de soutien et d'assistance déterminés par l'établissement répondent aux besoins de l'utilisateur et que leur prise en compte rende justice à la ressource, au regard de sa rétribution.

#### **d) Réponse à la demande d'examen**

Suite à l'analyse effectuée par l'intervenant, le cadre désigné transmet par écrit au responsable de la ressource sa décision de même que les motifs qui la soutiennent. Cette réponse doit être acheminée dans un délai raisonnable n'excédant pas 30 jours, et ce, à compter de la date de réception la demande d'examen (annexe 5). Si le délai dépasse 30 jours, la demande doit être traitée en priorité par l'établissement.

Lorsque la décision conclut à la révision de l'Instrument, celle-ci est rétroactive à compter de la date d'entrée en vigueur de l'Instrument qui a fait l'objet d'une procédure d'examen. L'intervenant ayant procédé à l'examen, saisie dans SIRTf les changements à apporter aux descripteurs concernés. L'Instrument, dûment complété, doit être remis à la ressource, conformément au Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF.

La décision du cadre ne peut faire l'objet de quelque procédure que ce soit, notamment de la procédure d'arbitrage (*lettre d'entente no 1*).

#### **e) Consignation de l'information**

- **Dossier de la ressource**

Les documents suivants, attestant de l'ensemble de la démarche réalisée, sont versés au dossier de la ressource :

- la demande d'examen transmise au cadre par la ressource;
- l'accusé de réception adressé au responsable de la ressource ou la lettre confirmant le rejet de la demande, le cas échéant;
- l'analyse de la demande d'examen et recommandations;
- la décision rendue à la ressource par le cadre.

- **Dossier de l'utilisateur**

Si la procédure d'examen a conduit à une modification de l'Instrument, celui-ci doit être versé au dossier de l'utilisateur.

- Registre des demandes d'examen de l'Instrument de détermination et de classification

Le cadre désigné s'assure de tenir un registre des demandes d'examen incluant la date de la demande, les motifs qui la soutiennent ainsi que les résultats de son analyse.

#### 4. Mise à jour

La présente procédure sera mise à jour aux trois ans et lors de changements législatifs par l'équipe responsable de la qualité des services rendus à l'utilisateur en RI-RTF de la Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique.

#### 5. Entrée en vigueur et consultation

Versions	Préparée par	Instances consultées						Entrée en vigueur
		CODIR	CII	CM	CMDP	CA	Autres	
1	Josée Bernier, Julie Cyr, Caroline Dubé, DSMQEPE	X						2019-03-12
2	Josée Bernier, Caroline Dubé, DSMQEPE	X					Secteur RI-RTF adultes jeunesse FFARIQ, FSSS-CSN, ARIHQ	2022-04-05
3								

**CA** Conseil d'administration

**CII** Conseil des infirmières et infirmiers

**CM** Conseil multidisciplinaire

**CMDP**

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

**CODIR**

Comité de direction

#### 6. Références

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), RLRQ chapitre S-4.2.
- Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (LRR), RLRQ, chapitre R-24.0.2.
- 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.
- Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance (annexé au Règlement).
- Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance, MSSS, 2017.
- Lettre d'entente no 1 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les associations représentatives des ressources intermédiaires et des ressources de type familial relative à la procédure d'examen de l'Instrument de détermination et de classification (ententes collectives et nationale, sections informatives).

## **Annexes**

- Annexe 1 Formulaire *Demande d'examen de la classification des services de soutien ou d'assistance*
- Annexe 1A Aide-mémoire au formulaire de demande d'examen de la classification
- Annexe 2 Lettre type d'accusé de réception en cas de rejet de la demande d'examen
- Annexe 3 Lettre type d'accusé de réception en cas d'acceptation de la demande d'examen
- Annexe 4 Formulaire *Analyse de la demande d'examen et recommandations*
- Annexe 5 Lettre type pour la conclusion de l'examen



**Demande d'examen de la classification des services de soutien ou d'assistance**

*Section à remplir par le CISSS Côte-Nord*

Date de l'accusé de réception de la demande d'examen : \_\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

Identification de l'utilisateur			
Nom :			Prénom :
N° usager :	Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :
Programme-service :	<input type="checkbox"/> DI-TSA <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> SAPA <input type="checkbox"/> DPJ <input type="checkbox"/> Jeunesse		
Identification de la ressource			
Nom du ou des responsables :			Type d'organisation résidentielle : <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RTF
Régime de représentation :	<input type="checkbox"/> FSSS-CSN <input type="checkbox"/> ARIHQ <input type="checkbox"/> FFARIQ <input type="checkbox"/> Ressource non représentée <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____		
Adresse de l'installation :	Adresse :		
	Ville :	Code postal :	
Téléphone :	Installation	Cellulaire	Autre
Identification de l'équipe clinique responsable du suivi de l'utilisateur			
Intervenant usager ayant complété l'instrument de classification des services :			
Intervenant RI-RTF classificateur :			
Motifs de la demande			
Veuillez cocher le ou les descripteurs visés par la demande de révision et en préciser les aspects problématiques concernant les services de soutien ou d'assistance particuliers			
Descripteur		Précisions	
1- Alimentation	<input type="checkbox"/>		
2- Habillement	<input type="checkbox"/>		
3- Hygiène (se laver correctement – corps et cheveux)	<input type="checkbox"/>		
4- Hygiène (entretenir sa personne)	<input type="checkbox"/>		
5- Élimination	<input type="checkbox"/>		
6- Mobilité (transferts)	<input type="checkbox"/>		
7- Mobilité (déplacements)	<input type="checkbox"/>		

8- Mobilité (escaliers)	<input type="checkbox"/>	
9- Conduite (impulsions)	<input type="checkbox"/>	
10- Conduite (émotions)	<input type="checkbox"/>	
11- Conduite (capacités relationnelles)	<input type="checkbox"/>	
12- Conduite (comportements autodestructeurs)	<input type="checkbox"/>	
13- Intégration	<input type="checkbox"/>	
14- Vie autonome	<input type="checkbox"/>	
15- Physique (médicaments)	<input type="checkbox"/>	
16- Physique (soins)	<input type="checkbox"/>	
17- Rendez-vous	<input type="checkbox"/>	

Répondant(s) Nom en lettres moulées	Signature

Date de la demande :

*année-mois-jour*

**Faire parvenir le présent formulaire aux gestionnaires RI-RTF de votre programme-service**

**À la jeunesse :** Mme Nancy Bergeron  
128, rue Régnauld  
Sept-Îles (Québec) G4R 5T9  
[nancy.bergeron.09cisss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:nancy.bergeron.09cisss@ssss.gouv.qc.ca)

**À l'adulte :** Mme Julie Cyr  
540, avenue Franquelin  
Sept-Îles (Québec) G4R 2M1  
[julie.cyr.09cisss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:julie.cyr.09cisss@ssss.gouv.qc.ca)

**À noter que seuls les formulaires dûment remplis seront traités.**



**Aide-mémoire pour la demande d'examen de la classification**

Avant d'effectuer une demande de révision de la classification, il est important de valider le délai dont vous disposez pour effectuer votre demande qui varie entre 10 et 15 jours. Vous trouverez cette information dans la lettre numéro 1 de votre entente ou en vous référant à la procédure de demande d'examen de la classification des services de soutien ou d'assistance rendus aux usagers en ressource intermédiaire (RI) et en ressource de type familial (RTF).

**Partie 1 – IDENTIFICATION DE L'USAGER**

Identification de l'utilisateur					
Nom :				Prénom :	
N° usager :		Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :	
Programme-service :	<input type="checkbox"/> DI-TSA	<input type="checkbox"/> SM	<input type="checkbox"/> SAPA	<input type="checkbox"/> DPJ	<input type="checkbox"/> Jeunesse

\*Il est important de remplir chacune des sections permettant d'identifier de quel usager il s'agit. Toutes ces informations se retrouvent sur la première de « l'Instrument de classification ».

**Partie 2 – IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE**

Identification de la ressource					
Nom du ou des responsables :				Type d'organisation résidentielle :	<input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RTF
Régime de représentation :	<input type="checkbox"/> FSSS-CSN	<input type="checkbox"/> ARIHQ	<input type="checkbox"/> FFARIO	<input type="checkbox"/> Ressource non représentée	
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
Adresse de l'installation :	Adresse :				
	Ville :		Code postal :		
Téléphone :	Installation	Cellulaire	Autre		

\*Il est important de remplir chacune des sections permettant ainsi au gestionnaire de bien identifier de qui provient la demande.

**Partie 3 – IDENTIFICATION DE L'ÉQUIPE CLINIQUE**

Identification de l'équipe clinique responsable du suivi de l'utilisateur	
Intervenant usager ayant complété l'Instrument de classification des services :	
Intervenant RI-RTF classificateur :	

\*Dans cette section, il est important d'identifier les intervenants qui étaient présents au moment de la rencontre de classification.

**Partie 4 – MOTIFS DE LA DEMANDE**

Dans cette section se retrouvent chacun des 17 descripteurs figurant dans la classification. Vous devez cocher **uniquement le ou les descripteurs** pour lesquels vous faites une demande d'examen et en préciser les aspects problématiques en plus d'y inscrire le niveau de service que vous croyez approprié.

Voici un exemple de comment devrait être rempli le formulaire.

Motifs de la demande		
Veuillez cocher le ou les descripteurs visés par la demande de révision et en préciser les aspects problématiques concernant les services de soutien ou d'assistance particuliers		
Descripteur		Précisions
1- Alimentation	<input checked="" type="checkbox"/>	Service actuellement coché : 1.3 Aider, encadrer, rappeler, stimuler, surveiller. Celui qui aurait dû être coché selon moi est 1.6 Accompagner ou alimenter un usager présentant un risque ou une difficulté. L'usager souffre de dysphagie et nécessite que je sois présent à côté de lui lors du repas pour m'assurer qu'il prenne de petites bouchées et éviter qu'il s'étouffe. Nécessite plusieurs interventions de ma part.
2- Habillement	<input type="checkbox"/>	
3- Hygiène (se laver correctement – corps et cheveux)	<input type="checkbox"/>	
4- Hygiène (entretenez sa personne)	<input type="checkbox"/>	
5- Élimination	<input type="checkbox"/>	
6- Mobilité (transferts)	<input type="checkbox"/>	
7- Mobilité (déplacements)	<input checked="" type="checkbox"/>	Service actuellement coché : 7.3 Encadrer, rappeler, stimuler, surveiller. Celui qui aurait dû être coché est 7.5 Accompagner un usager présentant un risque ou une difficulté dans ses déplacements. Je dois accompagner l'usager dans l'ascenseur car il est incapable de le faire fonctionner seul dû à ses tremblements et risque élevé de chute.

**Partie 5 - SIGNATURE**

Répondant(s) Nom en lettres moulées	Signature

Date de la demande :   
année-mois-jour

\*Il est important de signer votre demande et d'y inscrire la date de transmission du document dans l'espace prévu à cet effet.

**ANNEXE 2**

**MODÈLE D'ACCUSÉ-RÉCEPTION – rejet de la demande**

Date

Nom de la ressource  
Adresse  
Ville (Québec) Code postal

**Objet : Accusé-réception de votre demande d'examen de classification pour  
l'utilisateur *inscrire ici les initiales de l'utilisateur et son numéro de dossier***

Madame, (OU) Monsieur,

Nous accusons réception de votre demande d'examen de la classification des services de soutien ou d'assistance reçue en date du  pour l'utilisateur *inscrire ici les initiales de l'utilisateur et son numéro de dossier*.

Après avoir procédé à l'examen sommaire de votre demande, nous vous informons que nous n'y donnerons pas suite pour les motifs suivants :

- ***Énoncer et préciser ici les motifs du rejet de la demande***  
(voici quelques exemples : la demande ne respecte pas les délais prescrits; les motifs invoqués ne justifient pas l'examen de la classification; la demande est vexatoire ou faite de mauvaise foi.)

Veillez recevoir, Madame, (OU) Monsieur, nos sincères salutations.

**Signature**  
*Inscrire ici le nom du cadre désigné*  
*Inscrire ici la fonction du cadre désigné*

**ANNEXE 3**

**MODÈLE D'ACCUSÉ-RÉCEPTION – acceptation de la demande**

Date

Nom de la ressource  
Adresse  
Ville (Québec) Code postal

**Objet : Confirmation de votre demande d'examen de classification pour l'utilisateur  
(inscrivez ici les initiales de l'utilisateur et son numéro de dossier)**

Madame, (OU) Monsieur,

Nous accusons réception de votre demande d'examen de la classification des services de soutien ou d'assistance reçue en date du [ ] pour l'utilisateur *inscrivez ici les initiales de l'utilisateur et son numéro de dossier*.

Suite à un examen sommaire, votre demande est acceptée et sera remise à *inscrivez ici le nom et le titre de l'intervenant désigné pour procéder à l'analyse*. Au cours des prochains jours, il (OU) elle communiquera avec vous afin de planifier un entretien. Nous vous rappelons que vous pouvez être accompagné(e) par un représentant de votre association.

Nous vous assurons que cette demande sera traitée avec diligence, en respect de la procédure de notre établissement et de la lettre d'entente numéro 1.

Nous vous informerons de notre décision, normalement dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle nous avons reçu votre demande.

Veuillez recevoir, Madame, (OU) Monsieur, nos sincères salutations.

*Signature*  
*Inscrivez ici le nom du cadre désigné*  
*Inscrivez ici la fonction du cadre désigné*

c. c. *inscrivez ici le nom de l'intervenant désigné pour procéder à l'examen*

**ANALYSE DE LA DEMANDE D'EXAMEN  
ET RECOMMANDATIONS**  
Instrument de détermination et de classification  
des services de soutien ou d'assistance

PROGRAMME-SERVICE DE L'USAGER	
<input type="checkbox"/>	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP)
<input type="checkbox"/>	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
<input type="checkbox"/>	Programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux
<input type="checkbox"/>	Protection de la jeunesse
<input type="checkbox"/>	Programme jeunesse

Répondant(s) de la ressource :			
No de dossier de l'utilisateur :		Nom de l'intervenant usager :	
Date de la demande d'examen par la ressource :	aaaa-mm-jj	Date de la classification contestée :	aaaa-mm-jj
Intervenant responsable de l'analyse :			
Intervenant RI-RTF :			

VÉRIFICATION(S) EFFECTUÉE(S)	DATE aaaa-mm-jj

DESCRIPTEUR(S) CONTESTÉ(S)	
Choisissez un élément.	Analyse et recommandation
Choisissez un élément.	Analyse et recommandation
Choisissez un élément.	Analyse et recommandation
Choisissez un élément.	Analyse et recommandation
Choisissez un élément.	Analyse et recommandation
Choisissez un élément.	Analyse et recommandation
Choisissez un élément.	Analyse et recommandation

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant responsable de l'analyse

\_\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj

**ANNEXE 5**

**MODÈLE D'ACCUSÉ-RÉCEPTION – conclusion de la demande d'examen**

Date

Nom de la ressource  
Adresse  
Ville (Québec) Code postal

**Objet : Conclusion de la demande d'examen de l'Instrument de classification de  
l'utilisateur *inscrire ici le nom de l'utilisateur ou son numéro de dossier***

Madame, (OU) Monsieur,

Nous tenons à vous informer que l'examen de l'Instrument de classification a permis de conclure que nous ne procéderons pas à la révision de l'Instrument pour les motifs suivants :

- *inscrire ici les motifs*

(OU)

Nous tenons à vous informer que l'examen de l'Instrument de classification a permis de conclure que nous procéderons à la révision de l'Instrument. Celui-ci, dûment complété, vous sera remis conformément au Règlement et il sera rétroactif à compter de la date d'entrée en vigueur de l'Instrument qui a fait l'objet de la procédure d'examen.

Veuillez accepter, Madame, (OU) Monsieur, nos sincères salutations.

*Signature*

*inscrire ici le nom du cadre désigné*

*inscrire ici la fonction du cadre désigné*