**OUTIL DE CLASSIFICATION**

**&**

**CIRCULAIRE 1995-010**

DOCUMENT PRÉSENTÉ À

***Ministre Margaret Blais***

PRÉPARÉ PAR :

**PIERRE HÉBERT**

4 février 2019

**L’instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d’assistance**

Communément appelé « outil de classification », cet outil, appartenant au ministre de la Santé, est utilisé afin de déterminer le niveau de service de soutien ou d’assistance que doit offrir la ressource à la clientèle hébergée. L’instrument est utilité pour quatre clientèles, soit : déficience intellectuelle, jeunesse, santé mentale et SAPA. Comment un seul document peut-il déterminer les services à rendre pour quatre différentes clientèles, aussi différentes l’une de l’autre?

Cet outil est principalement sous la responsabilité de l’établissement pour l’évaluation et doit passer par quelques étapes avant de déterminer les services que doit rendre la ressource.

Tout d’abord, l’établissement doit évaluer/réviser les besoins de l’usager et élaborer/réviser le PI. Ses deux premières étapes sont souvent négligées. Il n’est pas rare de voir la nouvelle éducatrice au dossier à la rencontre qui n’est pas venue voir une seule fois ladite bénéficiaire afin d’évaluer ses besoins et n’a pas lu son dossier. Déjà pour ses deux premières étapes importantes, il y a une lacune. Comment peut-on déterminer les services à rendre à la clientèle sans en connaître leur niveau d’autonomie? C’est la base de cet outil!

Ensuite, pour déterminer les services de soutien ou d’assistance à rendre, l’établissement doit définir les services communs qui est communément appelé « le sac fourre-tout », détermine et précise les services particuliers du bénéficiaire et classifie selon le niveau (entre un et six). Pour ces étapes-ci, la maîtrise de la langue de Molière est primordiale.

Il faut savoir que plus le temps passe, plus la clientèle s’alourdit. Alors pourquoi l’intensité des services que les ressources ont à rendre diminue constamment? « *Est-ce une conséquence que cet outil évalue ce que la ressource doit donner comme service et non le niveau d’autonomie réel de l’usager (deux concepts bien différents)? »*

L’effet pervers de ce système, c’est que le responsable du clinique (Outil) est également responsable du budget ? Mais pire encore, il ne rend pas justice aux services attendus aux usagers. Entre autres, certains troubles graves du comportement comme **l’automutilation, les comportements de coprophagie, coprolalie entre autres sont sous-évalués afin de rencontrer les enveloppes budgétaires.** Ce sont des pratiques courantes et probablement méconnues du ministère. Toujours dans le même esprit, l’établissement demande maintenant aux familles d’accueil de relâcher la vigilance auprès de certains usagers **à haut risque de chûtes** afin de diminuer les interventions en prévention pour une question monétaire!

**La manipulation de la grille à des fins administratives est TOUJOURS bien réelle.** Au-delà des chiffres et du monétaire, cette nouvelle grille vient déshumaniser les soins de santé de « BASE » à une clientèle des plus démunies.

**INTERPRÉTATION**

**Une note du comité expert :**

**Compte rendu 6 juin 2013.**

*« Certaines associations représentatives des ressources se sont approprié l’Instrument et influencent leurs membres selon une* ***interprétation*** *différente de celle du MSSS et incitent leurs ressources à faire du* ***chantage*** *ou de la* ***résistance****.*

*Les services de soutien ou d’assistance communs sont encore trop souvent perçus par les ressources comme des services exigeants pour elles, mais qui ne valent rien.*

*Pour certains intervenants, l’exercice de classification s’est révélé long et pénible. »*

**Cas #1 :**

Usager arrivé le 5 mai 2016. Avant son arrivée, il était de niveau 5 et lors de l’évaluation devient un début de niveau 4. Il y a un écart important entre les deux! Pourtant cet usager doit être gavé, fait beaucoup de sécrétion et plus encore, il représente un niveau de soin élevé. Pourquoi son niveau de service diminue-t-il?

Dans un même ordre d’idée, il n’est pas rare de voir plusieurs mesures de contrôle déguisé en mesure alternative, surtout pour les comportements de copromanie, coprophagie (jouer avec les selles, manger ses selles), pour des fins administratives!

Encore une fois, langage puriste du CIUSSS afin de montrer « patte blanche » renvoie l’odieux au MSSS : ***« Le ministère nous oblige d’enlever toutes les mesures de contrôle »! Mauvaise interprétation! »*** La loi oblige l’utilisation des mesures de contrôles qu’en dernier recours quant les autres ressources sont épuisées. Quel est le but ou l’objectif recherché dans de tels propos?

**Cas #2 :**

Usager avec deux culottes d’incontinences, d’un cuissard et un pantalon de pyjama par-dessus? Cet usager portait une grenouillère (contention = 30 points), alors au nom de l’accessibilité au corps, on retire la grenouillère. Dans les deux cas, l’usager n’a toujours pas accès à son corps, et la mesure alternative est plus contraignante que ladite grenouillère.

Un autre terme que l’établissement semble s’approprier la définition, est *automutilation*, que l’on retrouve sous le descripteur no 12. Selon l’établissement, *« L’usager doit vouloir intenter à sa vie ou à son intégrité de façon volontaire! »*

Dans une situation, la classificatrice mentionne à la responsable de la ressource afin de ne pas « coter » l’usager sous ce descripteur : *« Ben on va trouver un autre mot! »*

On doit tenir compter de quatre facteurs pour l’***automutilation*** ou « autodestruction :

* imminence du danger,
* effet sur sa personne,
* effet sur son environnement; et
* fréquence de l’automutilation.

Parlons maintenant de l’intensité des services. L’établissement parle de mouvement de spécialisation des services afin de répondre aux besoins en constante évolution des usagers ainsi qu’à des problématiques plus complexes, par exemple les TSA et les TGC.

**Cas #3**

Un usager demande les interventions quotidiennes suivantes :

* Prise de saturation,
* installation de l’appareil à oxygène (pas de bonbonne, mais un concentrateur d’oxygène),
* inhalothérapie,
* appareil à succion pour les sécrétions,
* clapping au 4 heures,
* positionnement jour et nuit (sans RQS),
* installation de la stomie pour l’alimentation,
* protocole de selle; et
* alimentation épaissie avec texture particulière pour cet usager.

**Ce type d’usager ne « cote » pas dans le présent outil de classification puisqu’aucun trouble de comportement. Cela ne signifie pas pour autant une baisse de l’intensité de service.**

De plus, une réflexion doit se poser ici sur le maintien des éducatrices dans de tels dossiers? Une infirmière du CLSC serait beaucoup plus appropriée pour le suivi « médical » et éviter que des éducatrices s’improvisent infirmières, ou même médecins!

Poursuivons avec la notion de pairage/jumelage qui appartient à l’établissement, puisque cela est du domaine clinique. L’établissement force l’intégration de plusieurs usagers qui devraient se retrouver en ressource intermédiaire ou en CHSLD. Tous les arguments sont bons et on utilise même l’intimidation et les menaces pour arriver à intégrer des usagers qui ne respectent en rien, le profil clientèle de la ressource. Voici comment l’établissement établit le *« pairage/jumelage »* :

Clients stables depuis plus de 18 ans avec un violent sans que la ressource en soit prévenue malgré le fait que la fiche 8 ait été mise à jour juste avant le déplacement chez elle. Dans ce cas-ci, deux fiche 9.1 différentes – très préoccupant et ça nous confirme la délinquance de l’établissement!

Usagère de l’extérieur totalement incompatible avec l’offre de service de la ressource. En plus de n’avoir aucun équipement pour les transferts (lève-personne).

Deux fiches 9.1 complètement différentes, fiche qui a été faite juste avant l’intégration et l’autre, modifier pour la présentation?

Ces nombreux cas ont une influence sur l’outil. En ne les « déclarants » pas, on maintien à la baisse, l’aspect monétaire. Imbroglio administratif, négligence, délinquance ou mauvaise gestion? La question se pose.

Dans tous les cas mentionnés ci-haut, les usagers relocalisés sous l’argumentaire d’évaluations ne reflétant pas la réalité ont exposé la ressource à des conséquences grave, mais surtout évitable. Les autres usagers et les employés ont encouru des risques de lésions physiques et de conséquences sur leur santé mentale fragilisant ainsi le bien-être des personnes sous leur garde. Tout ça sans compter la perte de confiance entre les ressources, l’éducatrice et l’évaluatrice. **Un tel bris de confiance mine l’esprit de collaboration et transforme le partenaire en adversaire.**

Pour résumé : l’outil de classification est extrêmement troublant, défaillant, méprisant, qui gruge une grande énergie négative en ressource humaine et financière.

**L’outil a fort probablement atteint les objectifs financiers, mais nous passons complètement à côté l’objectif de la saine collaboration et du partenariat! C’est un outil démobilisateur et qui favorise plutôt la confrontation!**

Plusieurs de nos membres nous disent ne plus vouloir se présenter lors des évaluations de l’outil de classification. L’aspect aléatoire et incomplet de ces évaluations est anxiogène pour les ressources puisqu’à chaque nouvel usager, elles ont peur de revivre des situations traumatisantes.

Vous conviendrez avec nous que l’outil de classification n’a aucune crédibilité et occasionne des niveaux de disparité considérable entre la « cote obtenue » et les besoins réels de l’usager. Sur demande, nous vous ferons parvenir plusieurs autres cas qui méritent toute votre attention en tenant compte du contexte.

En conclusion, notre avis est qu’il s’agit d’un outil complètement désuet qui manque de précision par sa nature et qui est administré par des employés dont la créativité un peu trop débordante n’a d’égale que la lésinerie de leur hiérarchie.

**Circulaire 1995-010**

Cette circulaire date de 1995 et précise les biens et services qui doivent être facturés aux usagers en institutions tels que les CHSLD, ressources intermédiaires, incluant les anciens pavillons alors que l’annexe 3 s’adresse aux familles d’accueil.

Depuis plusieurs années, nous souhaitons notre collaboration en tant que bons partenaires, à la mise à jour de cette circulaire et surtout de l’annexe 3, *« copie conforme »* de la circulaire 1995-010. Cette annexe provoque un irritant majeur auprès de nos membres puisqu’on nous demande de fournir les mêmes produits qu’en institution (CHSLD) ou en ressource intermédiaire, mais sans les revenus.

**Aides techniques à l’élimination**

Les produits suivants sont nécessaires lorsque vient le temps de travailler dans les régions génitales surtout lors de changement de culotte d’incontinence :

* Gants,
* Serviettes humides,
* Crèmes tels que crème nettoyante, crème barrière ou autres.

Depuis octobre 2003 que nous traitons ce dossier avec le MSSS et nous n’avons toujours pas de directive claire. L’ampleur et la lourdeur de ce dossier génèrent beaucoup de frustrations et dégénèrent trop souvent en conflits multiples.

Ce dossier continue de faire couler beaucoup d’encre, en Mauricie/Centre-du/Québec

En Mars 2016, 28 responsables de RTF de la Mauricie/Centre-du-Québec, étaient aux prises avec des difficultés de remboursement liées aux aides techniques à l’élimination. Plusieurs pharmacies ont également eu de la difficulté à se faire rembourser pour des comptes impayés des usagers, sur plusieurs mois, par l’établissement.

Les intervenants des différents programmes : DI/TSA, SANTÉ MENTALE OU SAPA n’ont aucune expertise dans le domaine médical. Plusieurs s’improvisent sans être conscients des répercussions auprès des RTF et des usagers.

En mai 2016, le 3RMCQ a dû fournir au MSSS, la fiche technique sur l’usage des gants, de l’OMS afin de faire reconnaitre son utilisation lors des changements de culotte d’incontinence, et ce, après plus de 13 ans !

**En quoi sommes-nous si différents des autres établissements (CHSLD) lorsque vient le temps de travailler dans les régions génitales et de quel matériel a-t-on besoin ?**

***Mais à qui la responsabilité administrative pour l’achat de tel matériel?***

Le MSSS nous présente une clientèle avec différentes problématiques de santé ou comportementales, avec ou sans diagnostic, c’est au MSSS de s’assurer que nous avons le matériel et les produits nécessaires pour la prise en charge de **leurs** usagers!

À quand une mise à jour de la circulaire 1995-010 et de **notre implication afin de s’assurer une compréhension commune en bon partenaire et collaborateur.**