



Le 22 avril 2026

COURRIER ÉLECTRONIQUE



Objet : Demande d'accès à l'information – 2027-012

Monsieur,

Par la présente, nous donnons suite à votre demande d'accès à des documents, reçue à la direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques de Santé Québec (Bas-Saint-Laurent) le 14 avril dernier.

« je souhaite obtenir :

-pour chaque établissement du réseau (CISSS, CIUSSS, CH, instituts, établissements nordiques), la liste des EÉSAD vers lesquelles des usagers ont été référés depuis 2025;

-pour chaque établissement du réseau (CISSS, CIUSSS, CH, instituts, établissements nordiques), copie des contrats actuellement en vigueur liant l'établissement à une EÉSAD, incluant leurs annexes.

Merci de me transmettre les documents demandés en version numérique. »

Voici la liste des EÉSAD vers lesquelles nos usagers ont été référé depuis 2025 :

- Logis-Aide des Basques;
- Services KAM-AIDE inc.;
- Services à domicile Matane;
- Aide-Maison Vallée de la Matapédia;
- Bourgeons de la Mitis;
- Coup de main à domicile;
- Centre d'action bénévole Temis;

Vous trouverez ci-joint les ententes actives que nous avons avec des EÉSAD.

Espérant le tout conforme, si vous désirez vous prévaloir des recours possibles en révision, vous trouverez en pièce jointe un document expliquant la démarche à effectuer.

Veillez agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.



Sabrina Albert
Avocate Santé Québec (Bas-Saint-Laurent)
Direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques

p. j. (4)

c. c. François Guimont, Directeur de l'approvisionnement, de la logistique et de l'infrastructure
Vincent Rajotte, Directeur des programmes de soutien à domicile

**ENTENTE DE SERVICES
NO : 637151-240105-Mitis**

**INTERVENUE
ENTRE**

Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, personne morale de droit public dûment constituée selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (R.L.R.Q. c. S-4.2), ayant sa principale place d'affaires au 355, boulevard Saint-Germain Ouest, Rimouski (Québec) G5L 3N2, représenté par Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général, dûment autorisé à agir à cette fin, tel qu'il le déclare;

Ci-après appelé le CISSS

ET

BOURGEOIS DE LA MITIS, personne morale dûment constituée, situé au 38, avenue Boucherville, CP. 331, Mont-Joli (Québec) G5H 3L2, ici représenté par Monsieur Pascal Vaillancourt, dûment autorisé à agir à cette fin tel qu'il le déclare;

CI-APRÈS DÉSIGNÉS « LES PARTIES »

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVQ	Activité de la vie quotidienne
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de service individualisé
SAD	Soutien à domicile
SAP	Services d'assistance personnelle

Table des matières

1. OBJECTIFS4

2. PRINCIPES DIRECTEURS.....4

3. CLIENTÈLES.....4

4. NATURE DES SERVICES5

5. RESPONSABILITÉS DES PARTIES.....5

5.1. Engagements du prestataire de services5

5.2. Engagements du CISSS6

6. GESTION DU PROTOCOLE D’ENTENTE7

6.1. Répondants du protocole7

6.2. Mécanisme de coordination et de suivi du protocole d’entente.....7

6.3. Durée du protocole d’entente7

6.4. Modification du protocole d’entente.....7

6.5. Clauses concernant les différends ou les mécontentes.....7

6.6. Estimation du volume mensuel du contrat7

7. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS8

8. PROCÉDURE D’EXAMEN DES PLAINTES DU CISSS.....8

9. SIGNATURES8

Annexe 1 : Assurance responsabilité9

Annexe 2 –Déclaration incident-Accident.....10

Annexe 3 – Formulaire de déclaration d’une plainte12

Annexe 4 – Signalement de situations de maltraitance14

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT que l'article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (c S-4,2, désignée ci-après LSSSS) confère le droit à toute personne 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 sécuritaire;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de l'article 99.5 de la LSSSS, tout Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) est responsable de définir un projet clinique et organisationnel pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population de son territoire;

CONSIDÉRANT que ce protocole d'entente permet de confier des services dispensés aux usagers inscrits au soutien à domicile offert par les programmes-services du CISSS;

CONSIDÉRANT que ces services sont requis par l'état de santé d'un usager et prévus à un plan d'intervention (PI) élaboré par le CISSS avec la collaboration de l'usager ou avec son représentant;

CONSIDÉRANT que chacune des parties demeure autonome et responsable du respect des droits de leur clientèle respective, des obligations de leur personnel, de l'utilisation de leurs ressources et de la qualité des services qu'elle offre.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Le préambule et toutes les annexes font partie intégrante de la présente entente. Seul les annexes sont modifiables et doivent être négociées entre les parties selon les services.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS

La présente entente de collaboration a pour objet de retenir les services d'une entreprise offrant une main-d'œuvre qualifiée pour exercer les tâches dédiées aux soins d'assistance personnelle au Bas-Saint-Laurent et dont leur état de santé requiert de tels services, lesquels sont déterminés par le CISSS dans leur PI.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Le présent protocole d'entente est basé sur les principes directeurs suivants :

- Travailler en complémentarité, de façon globale, le suivi de la qualité des services offerts et la continuité de ces services;
- Répondre aux besoins de l'usager requis par son état de santé, en fonction de son autonomie ou de ses déficiences;
- Favoriser la participation de l'usager ou de son représentant, le cas échéant, à l'élaboration du PI de l'usager, conformément à l'article 10 de la LSSSS à la suite de l'évaluation des besoins par l'intervenant pivot du CISSS;
- Favoriser l'autonomie de l'usager et maximiser ses capacités résiduelles;
- Transmettre de façon confidentielle toute information nécessaire à la dispensation des services. L'information échangée entre les parties est uniquement l'information requise dans le cadre de la dispensation d'un service sécuritaire et de qualité. Elle doit être autorisée par la personne concernée ou donnée dans les limites des lois : la LSSSS, la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne du Québec;
- Signaler tout changement, de part et d'autre, de la condition de la personne pouvant avoir un impact sur le besoin de services. Celui-ci fera l'objet d'une réévaluation du service ou d'une discussion entre les parties et l'intervenant pivot.

3. CLIENTÈLES

- Les usagers en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Les usagers pouvant présenter une déficience physique, intellectuelle ou encore un trouble du spectre de l'autisme;
- Les usagers pouvant présenter une problématique de santé mentale ou de dépendance;
- Les jeunes en difficulté.

4. NATURE DES SERVICES

Les services requis se divisent en deux types de services :

- Services d'assistance personnelle de base¹.
- Services d'assistance personnelle en lien avec les soins².

Les Prestataires de services sont responsables de l'organisation de l'offre de services. Ainsi, c'est à eux de déterminer les routes de travail en fonction des besoins et de la meilleure utilisation de leurs ressources. (MRC).

5. RESPONSABILITÉS DES PARTIES

5.1. Engagements du prestataire de services

- 5.1.1. Le prestataire de services s'engage à désigner une personne responsable de l'application du présent protocole d'entente et à avoir une personne de liaison pour les demandes de services.
- 5.1.2. Le prestataire de services doit s'assurer de la compétence, en tout temps, des personnes qu'il emploie afin de dispenser, en toute sécurité, des services auprès des usagers inscrits au soutien à domicile offert par les programmes-services du CISSS. Il doit s'assurer notamment que le personnel offrant les soins possède les formations requises, conformément au devis d'appel d'offres. Il doit également s'assurer de maintenir à jour les compétences de son personnel.
- 5.1.3. Le prestataire de services s'engage auprès du CISSS à assurer le suivi de la qualité des services dispensés par ses employés en fonction de ce qui est prévu au PI.
- 5.1.4. Le prestataire de services s'engage à détenir et à fournir au CISSS une preuve d'assurance responsabilité civile au montant de 2 M\$ pour couvrir toute poursuite dans le cadre du présent protocole d'entente (annexe 1).
- 5.1.5. Le prestataire de services doit adopter un code d'éthique applicable à ses employés. Il doit le faire connaître à ses employés et doit veiller au respect des obligations prévues dans ce code d'éthique dont notamment celle de traiter l'utilisateur avec respect et courtoisie. Il doit également sensibiliser son personnel au strict respect de la confidentialité et s'assurer qu'un engagement à la confidentialité soit signé par tout le personnel.
- 5.1.6. Le prestataire de services s'engage auprès du CISSS à vérifier les antécédents judiciaires de l'ensemble de son personnel.
- 5.1.7. Le prestataire de services s'engage à communiquer à la personne dûment désignée du CISSS, l'intervenant pivot, toute information pertinente en lien avec le PI de l'utilisateur afin d'assurer un suivi adéquat de l'utilisateur par le CISSS.
- 5.1.8. Le prestataire de services s'assure que tout employé sous sa direction déclare, dans un délai maximal de 24 heures ouvrables à son responsable, tout incident ou accident, survenant à un usager et qui résulte de la prestation des services confiés par le CISSS au prestataire de services. Dans un délai maximum de 72 heures ouvrables, le prestataire de services s'engage à aviser la personne dûment désignée du CISSS ou son représentant, et ce, selon les conditions et les modalités de la procédure de déclaration des incidents et des accidents du CISSS incluse à l'Annexe 2 de la présente entente.
- 5.1.9. En cas d'enjeu au niveau des ressources humaines, le prestataire doit présenter son plan de contingence au CISSS du Bas Saint-Laurent. S'il n'est pas en mesure d'honorer temporairement certaines demandes de services, il devra convenir des activités déléguées avec le gestionnaire concerné du CISSS du Bas-Saint-Laurent, et considérer la priorité des besoins identifiés par le CISSS BSL dans le réaménagement des routes de travail. Il devra également présenter au CISSS BSL les moyens qu'il compte prendre pour régulariser la situation dans les meilleurs délais.
- 5.1.10. Le prestataire de services applique son code d'éthique en vigueur concernant les liens de parenté ou autre conflit d'intérêts potentiel entre l'employé du prestataire de services et l'utilisateur à qui il offre le service.

¹ Services regroupant les services d'alimentation, hygiène, habillage, déshabillage, gestion de l'élimination, la mobilité (transferts et déplacements), la communication.

² Services nécessitant que les non professionnels soient formés et supervisés pour les effectuer de façon sécuritaire : administration de la médication, lecture de la tension artérielle, glycémie capillaire avec glucomètre, soins d'hygiène de colostomie, application de bas médical de compression, etc., dans le cadre de la règle de soins nationale.

- 5.1.11. Le prestataire de services s'engage à mesurer la qualité des services et le degré de satisfaction auprès de l'utilisateur dans une perspective d'amélioration des services.
- 5.1.12. Le prestataire de services participe au besoin à l'invitation du CISSS et avec le consentement de l'utilisateur, ou de son représentant, le cas échéant, à l'élaboration ou au suivi du PI de l'utilisateur.
- 5.1.13. Le prestataire de services s'engage à collaborer activement lors de plaintes et d'enquêtes concernant ses services (annexe 3).
- 5.1.14. Le prestataire de services s'engage à utiliser les notions de bienveillance et lutter contre toute forme de maltraitance envers les personnes âgées et toutes personnes majeures en situation de vulnérabilité, selon la politique et procédure du CISSS du Bas-Saint-Laurent dont le formulaire de signalement se trouve à l'annexe 4.
- 5.1.15. Le prestataire de services s'engage à faire sa facturation selon les heures réelles octroyées en services à la suite des demandes du CISSS en détaillant le nom de l'utilisateur, son numéro de dossier, la date, le type et les heures de services rendus.

5.2. Engagements du CISSS

- 5.2.1. Le CISSS s'engage à désigner une personne responsable de l'application du présent protocole d'entente.
- 5.2.2. Le CISSS informe l'utilisateur, ou son représentant le cas échéant, des services qui seront rendus par le prestataire de services.
- 5.2.3. Le CISSS s'engage à fournir au prestataire de services, avec l'accord de l'utilisateur, un formulaire de référence pour chaque personne référée en précisant la durée du service, le nombre d'heures requis ainsi que les tâches à accomplir et toute autre information nécessaire au bon fonctionnement du service.
- 5.2.4. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de l'utilisateur transmette au prestataire de services, avec le consentement de l'utilisateur ou avec son représentant, toute information pertinente reliée au PI de l'utilisateur pour permettre au prestataire de services de dispenser les services conformément à ce dernier. Le document transmis au prestataire de services décrit les objectifs poursuivis, le type de services à dispenser à l'utilisateur, leur fréquence, leur durée ainsi que la période couverte et toute autre information pertinente pour assurer une prestation de services de qualité et sécuritaire auprès de l'utilisateur.
- 5.2.5. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de l'utilisateur informe, dans les 72 heures, le prestataire de services de tout changement du PI d'un usager en lien avec les services dispensés par le prestataire de services à cet usager et qu'il transmette au prestataire de services toute information pertinente reliée au PI de l'utilisateur.
- 5.2.6. Le CISSS s'engage auprès du prestataire de services à assurer un suivi de toute situation concernant un usager et portée à sa connaissance par le prestataire de services.
- 5.2.7. Le CISSS assure auprès du prestataire de services le suivi de toute déclaration d'incident ou d'accident survenu à un usager dans le cadre de la prestation de services confiés à un employé du prestataire de services, dans le cadre du présent protocole d'entente. Le cas échéant, elle informe le prestataire de services des mesures prises par le CISSS pour prévenir la récurrence d'un tel incident ou accident.
- 5.2.8. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de sa propre initiative ou à la demande du prestataire de services effectue une évaluation dans les meilleurs délais, lorsqu'il y a un changement dans la condition de l'utilisateur et informe le prestataire de services de tout changement.
- 5.2.9. Le CISSS doit réviser et modifier la référence de l'utilisateur lors de changements dans les services requis incluant la référence annuelle reconduite.
- 5.2.10. Le CISSS favorise la participation du prestataire de services à l'élaboration ou au suivi du PI avec le consentement de l'utilisateur ou de son représentant, en participant aux rencontres de mise à jour du plan d'intervention de l'utilisateur.
- 5.2.11. Le CISSS s'engage à évaluer les besoins de l'utilisateur dans les deux semaines avant la fin de l'échéancier nommée dans le formulaire de référence afin d'informer de toutes modifications ou reconduction à l'offre de services.
- 5.2.12. Le CISSS doit adopter un code d'éthique applicable à ses employés. Il doit le faire connaître à tous ses employés et doit veiller au respect des obligations prévues dans ce code d'éthique.

5.2.13. Le CISSS s'engage à faire le paiement des services rendus à l'intérieur de 30 jours sur réception des factures détaillées.

5.2.14. Le CISSS s'engage à offrir aux usagers, en fonction des besoins établis au plan d'intervention et qui répondent aux critères d'admissibilité, les services professionnels suivants :

- Infirmier(ère);
- Ergothérapeute;
- Physiothérapeute;
- Thérapeute en réadaptation physique;
- Intervenant(e) social(e);
- Éducateur(trice) spécialisé(e);
- Nutritionniste;
- Tout(e) autre professionnel(le) requis par la situation.

6. GESTION DU PROTOCOLE D'ENTENTE

6.1. Répondants du protocole

Les parties nomment les instances suivantes comme répondantes de ce protocole :

- La Direction générale du prestataire de services;
- La Direction des programmes DI-TSA-DP ou son représentant;
- La Direction du programme SAD ou son représentant.

6.2. Mécanisme de coordination et de suivi du protocole d'entente

Les parties conviennent que des rencontres seront réalisées selon le besoin des répondants du protocole et selon la modalité prévue à l'entente de collaboration.

6.3. Durée du protocole d'entente

Le présent protocole d'entente entre en vigueur le 21 juin 2024 et se termine le 20 juin 2027, est renouvelable 2 fois pour une durée de 1 an, soit jusqu'au 20 juin 2029.

L'une ou l'autre des parties peut mettre fin au protocole d'entente par un avis écrit adressé à l'autre partie, et ce, avec un préavis d'au moins 90 jours

6.4. Modification du protocole d'entente

De même, l'une ou l'autre des parties peut demander de revoir un élément inclus dans le protocole, et ce, dans le but d'améliorer la collaboration ou la qualité des services donnés à la clientèle.

Certains motifs graves constituent une cause de résiliation de plein droit du présent protocole d'entente par le CISSS, sous réserve d'un préavis écrit de dix (10) jours au prestataire de services (par exemple, des conduites préjudiciables envers un usager comme des voies de fait, un non-respect répétitif des consignes du PSI d'un usager, un non-respect des règles du CISSS malgré des rappels écrits, de la négligence criminelle, etc.). Le CISSS peut mettre un terme immédiat au présent protocole d'entente lorsque, à son avis, le bien-être et/ou la sécurité de ses usagers sont menacés. Le CISSS doit informer, par écrit, le prestataire de services de cette résiliation et lui en exposer explicitement les motifs.

Dans la situation où une entente nationale sur l'allocation de services en AVQ (SAP) serait mise en place par le MSSS, l'entente actuelle sera révisée en fonction des barèmes de cette entente nationale.

6.5. Clauses concernant les différends ou les mésententes

Tout différend ou mésentente entre le prestataire de services et le CISSS découlant de l'application de la présente entente doit être signifié par écrit à l'autre partie et être résolu entre les personnes nommées par les parties à cette fin.

La recherche d'une solution satisfaisante pour les deux parties doit se faire lors d'une rencontre formelle en présence des représentants de chacune des parties et de toute personne qu'ils jugent opportun de convoquer à une telle rencontre.

6.6. Estimation du volume mensuel du contrat

MRC :	Nombre d'heures approximatif annuel	Tarif horaire
Soins d'assistance personnelle	2400 heures	37,70\$/hr

- Le taux inclut notamment : Salaire des employés (incluant avantages sociaux généraux et charges sociales, les frais de déplacement, le temps supplémentaire, les assurances, les fournitures nécessaires à la prestation de services, etc.)
- Le nombre d'heures est approximatif et pourrait être ajusté à la hausse ou à la baisse en fonction des besoins évalués par le CISSS.

7. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

- Le prestataire de services doit sensibiliser ses employés à leur devoir de confidentialité des renseignements personnels qu'ils obtiennent sur des usagers auxquels ils donnent des services, y compris à la fin du lien d'emploi avec le prestataire de services. Pour ce faire, le prestataire de services doit faire signer un engagement de confidentialité à chacun de ses employés, selon son propre formulaire d'engagement de confidentialité ou selon son code de conduite incluant le respect de la confidentialité;
- Le prestataire de services reconnaît que les renseignements personnels qu'il détient sur les usagers du CISSS sont assujettis aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (c. P -39.1) et par conséquent, il doit en assurer la confidentialité;
- Le prestataire de services doit signaler au CISSS, dans les meilleurs délais, tout incident susceptible de nuire à la protection des renseignements personnels d'un usager;
- Le prestataire de services s'engage à détruire les dossiers qu'il détient sur des usagers du CISSS auxquels ses employés ont donné des services dans le cadre du présent protocole d'entente, selon les dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (c. p. -39. 1).

8. PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES DU CISSS


- L'utilisateur, ou son représentant, le cas échéant, peut formuler une plainte, conformément au règlement sur la procédure d'examen des plaintes du CISSS prévu à l'annexe 3 du présent protocole d'entente sur la prestation des services qu'il a reçu ou aurait dû recevoir du prestataire de services;
- Le prestataire de services ou un de ses employés ne peut empêcher un usager ou son représentant le cas échéant, de déposer une plainte auprès du CISSS du Bas-Saint-Laurent ni lui adresser des représailles sous aucune forme.

9. SIGNATURES

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé :

Pour l'Établissement :

À Rimouski, le 11 octobre 2024 | 10:02 EDT

DocuSigned by:


Par : Dr Jean-Christophe Carvalho
Président-directeur général

DocuSigned by:



Par : Claudie Deschênes,
Directrice des programmes DI-TSA-DP
par intérim



Par : Vincent Rajotte
Directeur des programmes soutien à domicile,
ressources non institutionnelles et soins
palliatifs et de fin de vie

Pour le prestataire :


À Mont-Joli, le 2024-09-03



Par : Pascal Vaillancourt
Les Bourgeons de la Mitis

Annexe 1 : Assurance responsabilité

Annexe 2 – Déclaration incident-Accident

N° de l'événement	RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT	N° du formulaire																																																
 DT9034																																																		
Section 1 : Identification de la personne touchée Type de personne touchée : <input type="checkbox"/> Aucune (si oui, passez à la section 2) <input type="checkbox"/> Usager																																																		
Nom de l'établissement <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CJ <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRD <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CRDP																																																		
Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement																																																		
Événement	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Date</th> <th colspan="2">Heure</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Année</td> <td style="width: 33%;">Mois</td> <td style="width: 33%;">Jour</td> <td style="width: 16%;">Heure</td> <td style="width: 16%;">Min.</td> </tr> </table>	Date			Heure		Année	Mois	Jour	Heure	Min.	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée																																						
Date			Heure																																															
Année	Mois	Jour	Heure	Min.																																														
Constat	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Date</th> <th colspan="2">Heure</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Année</td> <td style="width: 33%;">Mois</td> <td style="width: 33%;">Jour</td> <td style="width: 16%;">Heure</td> <td style="width: 16%;">Min.</td> </tr> </table>	Date			Heure		Année	Mois	Jour	Heure	Min.																																							
Date			Heure																																															
Année	Mois	Jour	Heure	Min.																																														
Lieu où s'est produit l'événement (précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :																																																		
Information sur l'utilisateur Curatelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Type de déficience : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Langage Si oui : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Multidéficiences <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle																																																		
Situation préalable État de la personne : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Désorienté/confus <input type="checkbox"/> Agressif/violent <input type="checkbox"/> Comateux Capacité de déplacement : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Dépendance totale <input type="checkbox"/> Inconnue Surveillance requise : <input type="checkbox"/> Usuelle <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Inconnue																																																		
Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif) _____ _____ _____ _____ _____																																																		
Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G) A- Chute : <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Quasi-chute <i>(décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée)</i> <input type="checkbox"/> Bain/douche <input type="checkbox"/> Chaise/fauteuil <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> En circulant <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Lève-personne <input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Lors d'activités <input type="checkbox"/> Lors d'un transfert <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Trouvé par terre <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____																																																		
B- Erreur de : <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Traitement/intervention <input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Allergie connue <input type="checkbox"/> Conservation/entreposage <input type="checkbox"/> Disparition/décompte <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Dose/débit <input type="checkbox"/> Heure/date d'administration <input type="checkbox"/> Identité de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Infiltration/extravasation <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure/protocole <input type="checkbox"/> Omission <input type="checkbox"/> Péremption <input type="checkbox"/> Trouvé <input type="checkbox"/> Type/sorte/texture/consistance <input type="checkbox"/> Voie d'administration <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="width: 50%;">a) Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré</th> <th colspan="4" style="width: 50%;">b) Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Identification</th> <th style="width: 12.5%;">Dose</th> <th style="width: 12.5%;">Voie</th> <th style="width: 12.5%;">Heure</th> <th style="width: 25%;">Identification</th> <th style="width: 12.5%;">Dose</th> <th style="width: 12.5%;">Voie</th> <th style="width: 12.5%;">Heure</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			a) Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b) Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré				Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure																																
a) Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b) Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré																																														
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure																																											
Autres renseignements :																																																		
C- Test diagnostique : <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Pré-analytique <input type="checkbox"/> Analytique <input type="checkbox"/> Post-analytique <input type="checkbox"/> Description <input type="checkbox"/> Erreur de saisie liée à l'ordonnance <input type="checkbox"/> Erreur liée à l'identification <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____																																																		
Identification																																																		

N° du formulaire

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)

C- Test diagnostique

Imagerie

Angiographie Échographie Fluoroscopie IRM (résonance magnétique) Mammographie Ostéodensitométrie

Radiographie SPECT (tomographie d'émission monophotonique) Stéréotaxie TEP Scan (tomographie par émission de positrons)

Tomodensitométrie Autre test (précisez) : _____

Type : Dose Examen prescrit Identité de l'utilisateur Qualité de l'image clinique Protocole administré

Réaction indésirable Autre (précisez) : _____

Examen/Protocole qui a effectivement été administré	Examen/Protocole prescrit qui aurait dû être administré
Identification	Identification

Autres renseignements :

D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)

Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUJU)

E- Problème de : Matériel Équipement Bâtiment Effet personnel

Description du matériel/de l'équipement/du bâtiment/de l'effet personnel en cause :

Bris/défectuosité Dégât d'eau Disparition/perte Disponibilité Incendie Panne d'ascenseur

Panne électrique Panne informatique Panne système télécom. Programmation Salubrité Stérilité/bris d'asepsie

Utilisation non conforme Autre (précisez) : _____

F- Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation

Abus Agression Harcèlement Intimidation Type : Physique Psychologique/verbal Sexuel Financier

G- Autres types d'événements (veuillez cocher la case appropriée)

Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.) Automutilation Blessure d'origine connue Blessure d'origine inconnue

Bris de confidentialité Décompte chirurgical inexact - omis Défaut de port d'équipement/vêtement de protection Désorganisation comportementale (avec blessure)

Erreur liée au dossier Évasion (garde fermée) Événement en lien avec une activité Événement relié au transport

Fugue/disparition (encadrement intensif) Intoxication suite à consommation de drogue/alcool ou substance dangereuse Lié au consentement Lié à l'identification

Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions) Obstruction respiratoire Plaie de pression Relation sexuelle en milieu d'hébergement

Tentative de suicide/suicide Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)

Autre (précisez) : _____

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

Aucune Psychologiques Physiques Autre (précisez) : _____

Décrivez les conséquences physiques (parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Décrivez les mesures prises :

Personnes avisées	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant (une seule personne)

Nom du déclarant (en lettres moulées)	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

Annexe 3 – Formulaire de déclaration d’une plainte



FORMULAIRE DE DÉCLARATION

VEUILLEZ COCHER LA CASE DU TERRITOIRE ET DE L'INSTALLATION VISES

Territoire : Kamouraska La Matanie La Matapédia La Mitis
 Les Basques Rimouski-Neigette Rivière-du-Loup Témiscouata

Installation : Centre hospitalier CLSC Centre d’hébergement Déficience physique Dépendance
 CPEJ DI-TSA-DP Rés. privées aînés (précisez) : _____ RI/RTF (précisez) : _____
 Organismes communautaires (précisez) : _____ Services ambulanciers (précisez) : _____

SIGNALEMENT MALTRAITANCE

Motif : Matériel ou financier Organisationnel (soins et services) Physique Psychologique
 Sexuel Discrimination et âgisme Violation des droits

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : No : _____ Rue : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 No de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____
 Date de naissance : _____ Lieu où l'usager peut être joint dans l'établissement (No chambre/local) : _____
 Adresse électronique (courriel) : _____ Numéro du dossier de l'usager : _____

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER OU DE LA PERSONNE QUI ASSISTE L'USAGER (S'IL Y A LIEU)

Si, conformément à la loi, l'usager est représenté ou assisté (par une autre personne que le représentant de l'usager ou d'un intervenant) dans la formulation de la présente plainte, l'identification de son représentant ou de la personne qui l'assiste, est requise.

Cochez la case appropriée : Représentant de l'usager Personne qui assiste

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : No : _____ Rue : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 Lien de parenté avec l'usager (s'il y a lieu) : _____ No de téléphone : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS

Verso →

Suite de la description de l'événement ou de l'exposé des faits si nécessaire ↓

QUELLES SONT VOS ATTENTES SUITE À CETTE DÉMARCHE ?

DATE (Année/mois/jour)	HEURE	SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

SECTION RÉSERVÉE AU COMMISSAIRE ET AUX COMMISSAIRES ADJOINTS AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	
<input type="checkbox"/> Plainte <input type="checkbox"/> Assistance <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Intervention	No de dossier :
Reçu par :	
Mode de dépôt : <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Verbal	
Date de réception (AA/MM/JJ) :	

Pour information supplémentaire, veuillez composer le 1 844 255-7568

**VOUS POUVEZ TRANSMETTRE VOTRE FORMULAIRE DE DÉCLARATION PAR LA POSTE
 À L'ATTENTION DU
 COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
 287, RUE PIERRE-SAINDON, 3^E ÉTAGE, C. P. 3500, RIMOUSKI (QUÉBEC) G5L 8V5
 OU PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE : plaintes.cisssbsl@sss.gouv.qc.ca**

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent



Annexe 4 – Signalement de situations de maltraitance

Signalement de situations de maltraitance

Date du signalement : _____

Nom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro de dossier : _____

RAPPEL : Double identification de l'utilisateur importante

Comme stipulé dans l'article 5.3.3 de la procédure de la Lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute personne majeure en situation de vulnérabilité (DQEPE-PRO-011), je procède ce jour à un signalement sur une situation de :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maltraitance psychologique | <input type="checkbox"/> Maltraitance organisationnelle |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance physique | <input type="checkbox"/> Âgisme |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance sexuelle | <input type="checkbox"/> Violation des droits |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance matérielle ou financière | <input type="checkbox"/> Stigmatisation |

Milieu de vie où réside l'utilisateur (RI, RTF, RPA, CHSLD ou domicile) et nom de la ressource, s'il y a lieu _____

Cet usager **est protégé** par une mesure de protection légale ou un mandat de protection homologué

Synthèse de la situation : _____

Une prise en charge est actuellement en cours par l'intervenant afin de contrer la situation de maltraitance et le gestionnaire est informé de la situation.

Nom de l'intervenant pivot : _____

Nom de la mission et de la MRC : _____

Nom du gestionnaire : _____

Pour le moment :

Aucune intervention n'est attendue de votre part

OU

Mentionner les attentes particulières à l'endroit du commissaire : _____

Nom de la personne qui fait le signalement : _____

Signature : _____

Titre d'emploi : _____

Installation : _____

Programme clinique et n° téléphone : _____

N. B. Ce formulaire doit être acheminé par courriel à : plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

ENTENTE DE SERVICES
NO : 637151-240105-Matapedia

INTERVENUE
ENTRE

Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, personne morale de droit public dûment constituée selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (R.L.R.Q. c. S-4.2), ayant sa principale place d'affaires au 355, boulevard Saint-Germain Ouest, Rimouski (Québec) G5L 3N2, représenté par Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général, dûment autorisé à agir à cette fin, tel qu'il le déclare;

Ci-après appelé le CISSS

ET

AIDE-MAISON VALLÉE DE LA MATAPÉDIA, personne morale dûment constituée, située au 20-A, rue Desbiens, Amqui, Québec, G5J 3P1 ici représentée par Madame Nadia St-Pierre, dûment autorisée à agir à cette fin tel qu'elle le déclare;

CI-APRÈS DÉSIGNÉS « LES PARTIES »

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVQ	Activité de la vie quotidienne
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de service individualisé
SAD	Soutien à domicile
SAP	Services d'assistance personnelle

Table des matières

1. OBJECTIFS	4
2. PRINCIPES DIRECTEURS.....	4
3. CLIENTÈLES.....	4
4. NATURE DES SERVICES.....	5
5. RESPONSABILITÉS DES PARTIES.....	5
5.1. Engagements du prestataire de services	5
5.2. Engagements du CISSS.....	6
6. GESTION DU PROTOCOLE D'ENTENTE	7
6.1. Répondants du protocole.....	7
6.2. Mécanisme de coordination et de suivi du protocole d'entente.....	7
6.3. Durée du protocole d'entente	7
6.4. Modification du protocole d'entente.....	7
6.5. Clauses concernant les différends ou les mécontentes.....	7
6.6. Estimation du volume mensuel du contrat	7
7. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	8
8. PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES DU CISSS.....	8
9. SIGNATURES	8
Annexe 1 : Assurance responsabilité	9
Annexe 2 –Déclaration incident-Accident.....	10
Annexe 3 – Formulaire de déclaration d'une plainte	12
Annexe 4 – Signalement de situations de maltraitance	14

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT que l'article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (c S-4,2, désignée ci-après LSSSS) confère le droit à toute personne 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 sécuritaire;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de l'article 99.5 de la LSSSS, tout Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) est responsable de définir un projet clinique et organisationnel pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population de son territoire;

CONSIDÉRANT que ce protocole d'entente permet de confier des services dispensés aux usagers inscrits au soutien à domicile offert par les programmes-services du CISSS;

CONSIDÉRANT que ces services sont requis par l'état de santé d'un usager et prévus à un plan d'intervention (PI) élaboré par le CISSS avec la collaboration de l'usager ou avec son représentant;

CONSIDÉRANT que chacune des parties demeure autonome et responsable du respect des droits de leur clientèle respective, des obligations de leur personnel, de l'utilisation de leurs ressources et de la qualité des services qu'elle offre.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Le préambule et toutes les annexes font partie intégrante de la présente entente. Seul les annexes sont modifiables et doivent être négociées entre les parties selon les services.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS

La présente entente de collaboration a pour objet de retenir les services d'une entreprise offrant une main-d'œuvre qualifiée pour exercer les tâches dédiées aux soins d'assistance personnelle au Bas-Saint-Laurent et dont leur état de santé requiert de tels services, lesquels sont déterminés par le CISSS dans leur PI.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Le présent protocole d'entente est basé sur les principes directeurs suivants :

- Travailler en complémentarité, de façon globale, le suivi de la qualité des services offerts et la continuité de ces services;
- Répondre aux besoins de l'usager requis par son état de santé, en fonction de son autonomie ou de ses déficiences;
- Favoriser la participation de l'usager ou de son représentant, le cas échéant, à l'élaboration du PI de l'usager, conformément à l'article 10 de la LSSSS à la suite de l'évaluation des besoins par l'intervenant pivot du CISSS;
- Favoriser l'autonomie de l'usager et maximiser ses capacités résiduelles;
- Transmettre de façon confidentielle toute information nécessaire à la dispensation des services. L'information échangée entre les parties est uniquement l'information requise dans le cadre de la dispensation d'un service sécuritaire et de qualité. Elle doit être autorisée par la personne concernée ou donnée dans les limites des lois : la LSSSS, la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne du Québec;
- Signaler tout changement, de part et d'autre, de la condition de la personne pouvant avoir un impact sur le besoin de services. Celui-ci fera l'objet d'une réévaluation du service ou d'une discussion entre les parties et l'intervenant pivot.

3. CLIENTÈLES

- Les usagers en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Les usagers pouvant présenter une déficience physique, intellectuelle ou encore un trouble du spectre de l'autisme;
- Les usagers pouvant présenter une problématique de santé mentale ou de dépendance;
- Les jeunes en difficulté.

4. NATURE DES SERVICES

Les services requis se divisent en deux types de services :

- Services d'assistance personnelle de base¹.
- Services d'assistance personnelle en lien avec les soins².

Les Prestataires de services sont responsables de l'organisation de l'offre de services. Ainsi, c'est à eux de déterminer les routes de travail en fonction des besoins et de la meilleure utilisation de leurs ressources. (MRC).

5. RESPONSABILITÉS DES PARTIES

5.1. Engagements du prestataire de services

- 5.1.1. Le prestataire de services s'engage à désigner une personne responsable de l'application du présent protocole d'entente et à avoir une personne de liaison pour les demandes de services.
- 5.1.2. Le prestataire de services doit s'assurer de la compétence, en tout temps, des personnes qu'il emploie afin de dispenser, en toute sécurité, des services auprès des usagers inscrits au soutien à domicile offert par les programmes-services du CISSS. Il doit s'assurer notamment que le personnel offrant les soins possède les formations requises, conformément au devis d'appel d'offres. Il doit également s'assurer de maintenir à jour les compétences de son personnel.
- 5.1.3. Le prestataire de services s'engage auprès du CISSS à assurer le suivi de la qualité des services dispensés par ses employés en fonction de ce qui est prévu au PI.
- 5.1.4. Le prestataire de services s'engage à détenir et à fournir au CISSS une preuve d'assurance responsabilité civile au montant de 2 M\$ pour couvrir toute poursuite dans le cadre du présent protocole d'entente (annexe 1).
- 5.1.5. Le prestataire de services doit adopter un code d'éthique applicable à ses employés. Il doit le faire connaître à ses employés et doit veiller au respect des obligations prévues dans ce code d'éthique dont notamment celle de traiter l'utilisateur avec respect et courtoisie. Il doit également sensibiliser son personnel au strict respect de la confidentialité et s'assurer qu'un engagement à la confidentialité soit signé par tout le personnel.
- 5.1.6. Le prestataire de services s'engage auprès du CISSS à vérifier les antécédents judiciaires de l'ensemble de son personnel.
- 5.1.7. Le prestataire de services s'engage à communiquer à la personne dûment désignée du CISSS, l'intervenant pivot, toute information pertinente en lien avec le PI de l'utilisateur afin d'assurer un suivi adéquat de l'utilisateur par le CISSS.
- 5.1.8. Le prestataire de services s'assure que tout employé sous sa direction déclare, dans un délai maximal de 24 heures ouvrables à son responsable, tout incident ou accident, survenant à un usager et qui résulte de la prestation des services confiés par le CISSS au prestataire de services. Dans un délai maximum de 72 heures ouvrables, le prestataire de services s'engage à aviser la personne dûment désignée du CISSS ou son représentant, et ce, selon les conditions et les modalités de la procédure de déclaration des incidents et des accidents du CISSS incluse à l'Annexe 2 de la présente entente.
- 5.1.9. En cas d'enjeu au niveau des ressources humaines, le prestataire doit présenter son plan de contingence au CISSS du Bas Saint-Laurent. S'il n'est pas en mesure d'honorer temporairement certaines demandes de services, il devra convenir des activités déléguées avec le gestionnaire concerné du CISSS du Bas-Saint-Laurent, et considérer la priorité des besoins identifiés par le CISSS BSL dans le réaménagement des routes de travail. Il devra également présenter au CISSS BSL les moyens qu'il compte prendre pour régulariser la situation dans les meilleurs délais.
- 5.1.10. Le prestataire de services applique son code d'éthique en vigueur concernant les liens de parenté ou autre conflit d'intérêts potentiel entre l'employé du prestataire de services et l'utilisateur à qui il offre le service.

¹ Services regroupant les services d'alimentation, hygiène, habillage, déshabillage, gestion de l'élimination, la mobilité (transferts et déplacements), la communication.

² Services nécessitant que les non professionnels soient formés et supervisés pour les effectuer de façon sécuritaire : administration de la médication, lecture de la tension artérielle, glycémie capillaire avec glucomètre, soins d'hygiène de colostomie, application de bas médical de compression, etc., dans le cadre de la règle de soins nationale.

- 5.1.11. Le prestataire de services s'engage à mesurer la qualité des services et le degré de satisfaction auprès de l'utilisateur dans une perspective d'amélioration des services.
- 5.1.12. Le prestataire de services participe au besoin à l'invitation du CISSS et avec le consentement de l'utilisateur, ou de son représentant, le cas échéant, à l'élaboration ou au suivi du PI de l'utilisateur.
- 5.1.13. Le prestataire de services s'engage à collaborer activement lors de plaintes et d'enquêtes concernant ses services (annexe 3).
- 5.1.14. Le prestataire de services s'engage à utiliser les notions de bienveillance et lutter contre toute forme de maltraitance envers les personnes âgées et toutes personnes majeures en situation de vulnérabilité, selon la politique et procédure du CISSS du Bas-Saint-Laurent dont le formulaire de signalement se trouve à l'annexe 4.
- 5.1.15. Le prestataire de services s'engage à faire sa facturation selon les heures réelles octroyées en services à la suite des demandes du CISSS en détaillant le nom de l'utilisateur, son numéro de dossier, la date, le type et les heures de services rendus.

5.2. Engagements du CISSS

- 5.2.1. Le CISSS s'engage à désigner une personne responsable de l'application du présent protocole d'entente.
- 5.2.2. Le CISSS informe l'utilisateur, ou son représentant le cas échéant, des services qui seront rendus par le prestataire de services.
- 5.2.3. Le CISSS s'engage à fournir au prestataire de services, avec l'accord de l'utilisateur, un formulaire de référence pour chaque personne référée en précisant la durée du service, le nombre d'heures requis ainsi que les tâches à accomplir et toute autre information nécessaire au bon fonctionnement du service.
- 5.2.4. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de l'utilisateur transmette au prestataire de services, avec le consentement de l'utilisateur ou avec son représentant, toute information pertinente reliée au PI de l'utilisateur pour permettre au prestataire de services de dispenser les services conformément à ce dernier. Le document transmis au prestataire de services décrit les objectifs poursuivis, le type de services à dispenser à l'utilisateur, leur fréquence, leur durée ainsi que la période couverte et toute autre information pertinente pour assurer une prestation de services de qualité et sécuritaire auprès de l'utilisateur.
- 5.2.5. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de l'utilisateur informe, dans les 72 heures, le prestataire de services de tout changement du PI d'un utilisateur en lien avec les services dispensés par le prestataire de services à cet utilisateur et qu'il transmette au prestataire de services toute information pertinente reliée au PI de l'utilisateur.
- 5.2.6. Le CISSS s'engage auprès du prestataire de services à assurer un suivi de toute situation concernant un utilisateur et portée à sa connaissance par le prestataire de services.
- 5.2.7. Le CISSS assure auprès du prestataire de services le suivi de toute déclaration d'incident ou d'accident survenu à un utilisateur dans le cadre de la prestation de services confiés à un employé du prestataire de services, dans le cadre du présent protocole d'entente. Le cas échéant, elle informe le prestataire de services des mesures prises par le CISSS pour prévenir la récurrence d'un tel incident ou accident.
- 5.2.8. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de sa propre initiative ou à la demande du prestataire de services effectue une évaluation dans les meilleurs délais, lorsqu'il y a un changement dans la condition de l'utilisateur et informe le prestataire de services de tout changement.
- 5.2.9. Le CISSS doit réviser et modifier la référence de l'utilisateur lors de changements dans les services requis incluant la référence annuelle reconduite.
- 5.2.10. Le CISSS favorise la participation du prestataire de services à l'élaboration ou au suivi du PI avec le consentement de l'utilisateur ou de son représentant, en participant aux rencontres de mise à jour du plan d'intervention de l'utilisateur.
- 5.2.11. Le CISSS s'engage à évaluer les besoins de l'utilisateur dans les deux semaines avant la fin de l'échéancier nommée dans le formulaire de référence afin d'informer de toutes modifications ou reconduction à l'offre de services.
- 5.2.12. Le CISSS doit adopter un code d'éthique applicable à ses employés. Il doit le faire connaître à tous ses employés et doit veiller au respect des obligations prévues dans ce code d'éthique.

5.2.13. Le CISSS s'engage à faire le paiement des services rendus à l'intérieur de 30 jours sur réception des factures détaillées.

5.2.14. Le CISSS s'engage à offrir aux usagers, en fonction des besoins établis au plan d'intervention et qui répondent aux critères d'admissibilité, les services professionnels suivants :

- Infirmier(ère);
- Ergothérapeute;
- Physiothérapeute;
- Thérapeute en réadaptation physique;
- Intervenant(e) social(e);
- Éducateur(trice) spécialisé(e);
- Nutritionniste;
- Tout(e) autre professionnel(le) requis par la situation.

6. GESTION DU PROTOCOLE D'ENTENTE

6.1. Répondants du protocole

Les parties nomment les instances suivantes comme répondantes de ce protocole :

- La Direction générale du prestataire de services;
- La Direction des programmes DI-TSA-DP ou son représentant;
- La Direction du programme SAD ou son représentant.

6.2. Mécanisme de coordination et de suivi du protocole d'entente

Les parties conviennent que des rencontres seront réalisées selon le besoin des répondants du protocole et selon la modalité prévue à l'entente de collaboration.

6.3. Durée du protocole d'entente

Le présent protocole d'entente entre en vigueur le 21 juin 2024 et se termine le 20 juin 2027, est renouvelable 2 fois pour une durée de 1 an, soit jusqu'au 20 juin 2029.

L'une ou l'autre des parties peut mettre fin au protocole d'entente par un avis écrit adressé à l'autre partie, et ce, avec un préavis d'au moins 90 jours

6.4. Modification du protocole d'entente

De même, l'une ou l'autre des parties peut demander de revoir un élément inclus dans le protocole, et ce, dans le but d'améliorer la collaboration ou la qualité des services donnés à la clientèle.

Certains motifs graves constituent une cause de résiliation de plein droit du présent protocole d'entente par le CISSS, sous réserve d'un préavis écrit de dix (10) jours au prestataire de services (par exemple, des conduites préjudiciables envers un usager comme des voies de fait, un non-respect répétitif des consignes du PSI d'un usager, un non-respect des règles du CISSS malgré des rappels écrits, de la négligence criminelle, etc.). Le CISSS peut mettre un terme immédiat au présent protocole d'entente lorsque, à son avis, le bien-être et/ou la sécurité de ses usagers sont menacés. Le CISSS doit informer, par écrit, le prestataire de services de cette résiliation et lui en exposer explicitement les motifs.

Dans la situation où une entente nationale sur l'allocation de services en AVQ (SAP) serait mise en place par le MSSS, l'entente actuelle sera révisée en fonction des barèmes de cette entente nationale.

6.5. Clauses concernant les différends ou les mécontentes

Tout différend ou mécontente entre le prestataire de services et le CISSS découlant de l'application de la présente entente doit être signifié par écrit à l'autre partie et être résolu entre les personnes nommées par les parties à cette fin.

La recherche d'une solution satisfaisante pour les deux parties doit se faire lors d'une rencontre formelle en présence des représentants de chacune des parties et de toute personne qu'ils jugent opportun de convoquer à une telle rencontre.

6.6. Estimation du volume mensuel du contrat

MRC :	Nombre d'heures approximatif annuel	Tarif horaire
Soins d'assistance personnelle	6000 heures	41\$/hr

- Le taux inclut notamment : Salaire des employés (incluant avantages sociaux généraux et charges sociales, les frais de déplacement, le temps supplémentaire, les assurances, les fournitures nécessaires à la prestation de services, etc.)
- Le nombre d'heures est approximatif et pourrait être ajusté à la hausse ou à la baisse en fonction des besoins évalués par le CISSS.

7. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

- Le prestataire de services doit sensibiliser ses employés à leur devoir de confidentialité des renseignements personnels qu'ils obtiennent sur des usagers auxquels ils donnent des services, y compris à la fin du lien d'emploi avec le prestataire de services. Pour ce faire, le prestataire de services doit faire signer un engagement de confidentialité à chacun de ses employés, selon son propre formulaire d'engagement de confidentialité ou selon son code de conduite incluant le respect de la confidentialité;
- Le prestataire de services reconnaît que les renseignements personnels qu'il détient sur les usagers du CISSS sont assujettis aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (c. P -39.1) et par conséquent, il doit en assurer la confidentialité;
- Le prestataire de services doit signaler au CISSS, dans les meilleurs délais, tout incident susceptible de nuire à la protection des renseignements personnels d'un usager;
- Le prestataire de services s'engage à détruire les dossiers qu'il détient sur des usagers du CISSS auxquels ses employés ont donné des services dans le cadre du présent protocole d'entente, selon les dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (c. p. -39. 1).

8. PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES DU CISSS

- L'usager, ou son représentant, le cas échéant, peut formuler une plainte, conformément au règlement sur la procédure d'examen des plaintes du CISSS prévu à l'annexe 3 du présent protocole d'entente sur la prestation des services qu'il a reçu ou aurait dû recevoir du prestataire de services;
- Le prestataire de services ou un de ses employés ne peut empêcher un usager ou son représentant le cas échéant, de déposer une plainte auprès du CISSS du Bas-Saint-Laurent ni lui adresser des représailles sous aucune forme.

9. SIGNATURES

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé :

Pour l'Établissement :

À Rimouski, le 11 octobre 2024 | 09:59 EDT

DocuSigned by:
Jean-Christophe Carvalho
Par : Dr Jean-Christophe Carvalho
Président-directeur général

DocuSigned by:
Claudie Deschênes
Par : ~~Didier Kaba~~, Claudie Deschênes
Directeur des programmes DI-TSA-DP par intérim

Vincent Rajotte
Par : Vincent Rajotte
Directeur des programmes soutien à domicile, ressources non institutionnelles et soins palliatifs et de fin de vie

Pour le prestataire :

À Amqui, le 3/10/2024

Nadia St-Pierre
Par : Nadia St-Pierre
Aide-Maison Vallée


Annexe 1 : Assurance responsabilité

Annexe 2 – Déclaration incident-Accident

N° de l'événement

**RAPPORT DE DÉCLARATION
D'INCIDENT OU D'ACCIDENT**

N° du formulaire



DT9034

Section 1 : Identification de la personne touchée
 Type de personne touchée:
 Aucune (et oui, passez à la section 2) Usager

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement

Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Pénible <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Indéterminé
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	

(Précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de lieu ou d'événement)

Information sur l'utilisateur

Curiosité: Non Oui Type de détectrice: Aucune Auditiva Cognitive Intellectuelle Langage
 Sexe: Privée Publique Motrice Multimédias Physique Visuelle

Situation préalable

État de la personne: Normal Agité Somnolent Inconnu Désorienté/confus Agressif/volant Comateux

Capacité de déplacement: Totale Partielle Dépendance totale Inconnue Surveillance: Usuelle Étroite Continue Inconnue

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

Section 4 : Type d'événement (Faites un choix de A à G)

A- Chute : Chute Quasi-chute (décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la cause appropriée)

Bain/douches Chaise/fauteuil Civière En circuit Escalier Léva-personne Lit Lors d'activités
 Lors d'un transfert Toilette Trouvé par terre Autre (précisez): _____

B- Erreur de : Médicament Traitement/intervention Diète

Allergie connue Conservation/entreposage Disparition/décompte Disponibilité Dose/débit
 Heure/date d'administration Identité de l'utilisateur Infiltration/extravasation Non respect d'une procédure/protocole Omission
 L'omission Trouvé Type/sorte/texture/consistance Vol d'administration
 Autre (précisez): _____

a	Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b	Médicament/traitement/intervention/diète qui aurait dû être administré			
	Identification	Dose	Vois	Heure		Identification	Dose	Vois	Heure

Autres renseignements: _____

C- Test diagnostique :

Laboratoire

Pré-analytique Analytique Post-analytique Description Erreur de base de données
 Erreur liée à l'identification Non respect d'une procédure Autre (précisez): _____

Manifestation: _____

N° du formulaire

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)

C- Test diagnostique

Imagerie

Angiographie Echographie Fluoroscope IRM (résonance magnétique) Mammographie Ostéodensitométrie

Radiographie SPECT (tomographe d'émission monophotonique) Stéréotaxie TEP Scan (tomographie par émission de positrons)

Tomodensitométrie Autre test (précisez) : _____

Type : Dose Examen prescrit Identité de l'utilisateur Qualité de l'image clinique Protocole administré

Réaction indésirable Autre (précisez) : _____

Examen/Protocole qui a effectivement été administré	Examen/Protocole prescrit qui aurait dû être administré
Identification	Identification

Autres remarques : _____

D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)

Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (RMJU)

E- Problème de : Matériel Équipement Bâtiment Effet personnel

Description du matériel de l'équipement, du bâtiment ou de l'effet personnel en cause : _____

Bris/défaillance Déficit d'eau Disparition/perte Disponibilité Incendie Panne d'intercom

Panne électrique Panne informatique Panne système télécom. Programmation Sécurité Stérilité/bris d'asepsie

Utilisation non conforme Autre (précisez) : _____

F- Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation

Abus Agression Harcèlement Intimidation Type : Physique Psychologique/verbal Sexuel Financier

G- Autres types d'événements (veuillez cocher la case appropriée)

<input type="checkbox"/> Accès non autorisé (heux, équipements, etc.)	<input type="checkbox"/> Autoclavation	<input type="checkbox"/> Blessure d'origine connue	<input type="checkbox"/> Blessure d'origine inconnue
<input type="checkbox"/> Bris de confidentialité	<input type="checkbox"/> Décompte chirurgical inexact - omis	<input type="checkbox"/> Déficit de port d'équipement/vêtement de protection	<input type="checkbox"/> Désorganisation comportementale (avec blessure)
<input type="checkbox"/> Erreur liée au dossier	<input type="checkbox"/> Évasion (porte fermée)	<input type="checkbox"/> Événement en lien avec une activité	<input type="checkbox"/> Événement lié au transport
<input type="checkbox"/> Fugue/départ (travaillant en interne)	<input type="checkbox"/> Intoxication suite à consommation d'alcool ou substance dangereuse	<input type="checkbox"/> Lié au coïtissement	<input type="checkbox"/> Lié à l'identification
<input type="checkbox"/> Lié aux mesures de contrôle (isolement et confinement)	<input type="checkbox"/> Obstruction respiratoire	<input type="checkbox"/> Piège de pression	<input type="checkbox"/> Relation sexuelle en milieu d'hébergement
<input type="checkbox"/> Tentative de suicide/suicide	<input type="checkbox"/> Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)		

Autre (précisez) : _____

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

Aucune Psychologique Physiques Autre (précisez) : _____

Décrivez les conséquences physiques (gêne du corps, douleur, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée : _____

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Décrivez les mesures prises : _____

Personnes impliquées	Nom : _____	Fonction ou lien : _____	Heure : _____	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom : _____	Fonction ou lien : _____	Heure : _____	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom : _____	Fonction ou lien : _____	Heure : _____	<input type="checkbox"/> Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant (une seule personne)

Nom du déclarant (en lettres majuscules)	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

Annexe 3 – Formulaire de déclaration d’une plainte

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

FORMULAIRE DE DÉCLARATION

VEUILLEZ COCHER LA CASE DU TERRITOIRE ET DE L'INSTALLATION VISÉS

Territoires : Kamouraska La Matanie La Matapédia La Mitis
 Les Basques Rimouski-Neigette Rivière-du-Loup Témiscouata

Installation : Centre hospitalier CLSC Centre d'hébergement Déficience physique Dépendance
 CPEJ DI-TSA-DP Rés. privées aînés (précisez) : _____ RI/RTF (précisez) : _____
 Organismes communautaires (précisez) : _____ Services ambulanciers (précisez) : _____

SIGNELEMENT MALTRAITANCE

Motif : Matériel ou financier Organisationnel (soins et services) Physique Psychologique
 Sexuel Discrimination et âgeisme Violation des droits

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : No. _____ Rue : _____ Ville : _____ Code postal : _____

No de téléphone : _____ Résidence : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____

Date de naissance : _____ Lieu où l'utilisateur peut être joint dans l'établissement (No chambre/local) : _____

Adresse électronique (courriel) : _____ **Numéro du dossier de l'utilisateur :** _____

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER OU DE LA PERSONNE QUI ASSISTE L'USAGER (S'IL Y A LIEU)

Si, conformément à la loi, l'utilisateur est représenté ou assisté (par une autre personne que le représentant de l'utilisateur ou d'un intervenant) dans la formulation de la présente plainte, l'identification de son représentant ou de la personne qui l'assiste, est requise.

Cocher la case appropriée : Représentant de l'utilisateur Personne qui assiste

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : No. _____ Rue : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Lien de parenté avec l'utilisateur (s'il y a lieu) : _____ No de téléphone : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS

Verso →

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Suite de la description de l'événement ou de l'exposé des faits si nécessaire |

QUELLES SONT VOS ATTENTES SUITE À CETTE DÉMARCHE ?	

DATE (Année/mois/jour)	HEURE	SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

SECTION RÉSERVÉE AU COMMISSAIRE ET AUX COMMISSAIRES ADJOINTS AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	
<input type="checkbox"/> Plainte <input type="checkbox"/> Assistance <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Intervention	No de dossier :
Recu par :	
Mode de dépôt : <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Verbal	
Date de réception (AA/MM/JJ) :	

Pour information supplémentaire, veuillez composer le 1 844 255-7566

VOUS POUVEZ TRANSMETTRE VOTRE FORMULAIRE DE DÉCLARATION PAR LA POSTE
 À L'ATTENTION DU
 COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
 287, RUE PIERRE-SAINDON, 3^e ÉTAGE, C. P. 3500, RIMOUSKI (QUÉBEC) G5L 8V5
 OU PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE : plaintes.clsssbsl@sss.gouv.qc.ca

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Annexe 4 – Signalement de situations de maltraitance

Signalement de situations de maltraitance

Date du signalement : _____

Nom de l'usager : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro de dossier : _____

RAPPEL : Double identification de l'usager importante

Comme stipulé dans l'article 5.3.3 de la procédure de la Lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute personne majeure en situation de vulnérabilité (DQEPE-PRO-011), je procède ce jour à un signalement sur une situation de :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maltraitance psychologique | <input type="checkbox"/> Maltraitance organisationnelle |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance physique | <input type="checkbox"/> Agisme |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance sexuelle | <input type="checkbox"/> Violation des droits |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance matérielle ou financière | <input type="checkbox"/> Stigmatisation |

Milieu de vie où réside l'usager (RI, RTF, RPA, CHSLD ou domicile) et nom de la ressource, s'il y a lieu _____

Cet usager **est protégé** par une mesure de protection légale ou un mandat de protection homologué

Synthèse de la situation : _____

Une prise en charge est actuellement en cours par l'intervenant afin de contrer la situation de maltraitance et le gestionnaire est informé de la situation.

Nom de l'intervenant pivot : _____

Nom de la mission et de la MRC : _____

Nom du gestionnaire : _____

Pour le moment :

Aucune intervention n'est attendue de votre part

OU

Mentionner les attentes particulières à l'endroit du commissaire : _____

Nom de la personne qui fait le signalement : _____

Signature : _____

Titre d'emploi : _____

Installation : _____

Programme clinique et n° téléphone : _____

N. B. Ce formulaire doit être acheminé par courriel à : plaintes.cisssbsl@sss.gouv.qc.ca

ENTENTE DE SERVICES
NO : 637151-250815-basques

INTERVENUE
ENTRE

Santé Québec, personne morale de droit public, agissant par l'entremise de l'établissement **Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent**, (R.L.R.Q. c. S-4.2), ayant sa principale place d'affaires au 355, boulevard Saint-Germain Ouest, Rimouski (Québec) G5L 3N2, représenté par Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général, dûment autorisé à agir à cette fin, tel qu'il le déclare;

Ci-après appelé le CISSS

ET

Logis-Aide des Basques personne morale dûment constituée, situé au 634, rue Richard, Trois-Pistoles (Québec) , G0L 4K0, ici représenté par Mme Marianne Goulet, Directrice générale, dûment autorisé à agir à cette fin tel qu'elle le déclare;

CI-APRÈS DÉSIGNÉS « LES PARTIES »

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVQ	Activité de la vie quotidienne
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
LRSSS	Loi sur les renseignements de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de service individualisé
SAD	Soutien à domicile
SAP	Services d'assistance personnelle

Table des matières

1. OBJECTIFS.....	4
2. PRINCIPES DIRECTEURS.....	4
3. CLIENTÈLES.....	4
4. NATURE DES SERVICES.....	5
5. RESPONSABILITÉS DES PARTIES.....	5
5.1. Engagements du prestataire de services	5
5.2. Engagements du CISSS.....	6
6. GESTION DU PROTOCOLE D'ENTENTE.....	7
6.1. Répondants du protocole	7
6.2. Mécanisme de coordination et de suivi du protocole d'entente.....	7
6.3. Durée du protocole d'entente.....	7
6.4. Modification du protocole d'entente	7
6.5. Clauses concernant les différends ou les mécontentes	7
6.6. Estimation du volume mensuel du contrat.....	8
7. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	8
8. PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES DU CISSS	8
9. SIGNATURES.....	8
Annexe 1 : Assurance responsabilité.....	9
Annexe 2 –Déclaration incident-Accident.....	11
Annexe 3 – Formulaire de déclaration d'une plainte	13
Annexe 4 – Signalement de situations de maltraitance	15

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT qu'un établissement peut conclure avec une personne ou un groupement, une entente pour la dispensation, pour le compte de l'établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement, selon l'article 518 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux;

CONSIDÉRANT que la conclusion de cette entente a notamment pour objectif d'assurer aux usagers la dispensation en temps opportun, des soins et des services dont ils ont besoin;

CONSIDÉRANT que ce protocole d'entente permet de confier des services dispensés aux usagers inscrits au soutien à domicile offert par les programmes-services du CISSS;

CONSIDÉRANT que ces services sont requis par l'état de santé d'un usager et prévus à un plan d'intervention (PI) élaboré par le CISSS avec la collaboration de l'usager ou avec son représentant légal;

CONSIDÉRANT que chacune des parties demeure autonome et responsable du respect des droits de leur clientèle respective, des obligations de leur personnel, de l'utilisation de leurs ressources et de la qualité des services qu'elle offre.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Le préambule et toutes les annexes font partie intégrante de la présente entente. Seules les annexes sont modifiables et doivent être négociées entre les parties selon les services.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS

La présente entente de collaboration a pour objet de retenir les services d'une entreprise offrant une main-d'œuvre qualifiée pour exercer les tâches dédiées aux soins d'assistance personnelle au Bas-Saint-Laurent à des personnes dont l'état de santé requiert de tels services, lesquels sont déterminés par le CISSS dans leur PI.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Le présent protocole d'entente est basé sur les principes directeurs suivants :

- Travailler en complémentarité, de façon globale, le suivi de la qualité des services offerts et la continuité de ces services;
- Répondre aux besoins de l'usager requis par son état de santé, en fonction de son autonomie ou de ses déficiences;
- Favoriser la participation de l'usager ou de son représentant légal, le cas échéant, à l'élaboration du PI de l'usager, conformément à l'article 13 de la LGSSSS à la suite de l'évaluation des besoins par l'intervenant pivot du CISSS;
- Favoriser l'autonomie de l'usager et maximiser ses capacités résiduelles;
- Transmettre de façon confidentielle toute information nécessaire à la dispensation des services. L'information échangée entre les parties est uniquement l'information requise dans le cadre de la dispensation d'un service sécuritaire et de qualité. Elle doit être autorisée par la personne concernée ou donnée dans les limites des lois : la LRSSS, la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne du Québec;
- Signaler tout changement, de part et d'autre, de la condition de la personne pouvant avoir un impact sur le besoin de services. Celui-ci fera l'objet d'une réévaluation du service ou d'une discussion entre les parties et l'intervenant pivot.

3. CLIENTÈLES

- Les usagers en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Les usagers pouvant présenter une déficience physique, intellectuelle ou encore un trouble du spectre de l'autisme;
- Les usagers pouvant présenter une problématique de santé mentale ou de dépendance;
- Les jeunes en difficulté.

4. NATURE DES SERVICES

Les services requis se divisent en deux types de services :

- Services d'assistance personnelle de base¹.
- Services d'assistance personnelle en lien avec les soins².

Les Prestataires de services sont responsables de l'organisation de l'offre de services. Ainsi, c'est à eux de déterminer les routes de travail en fonction des besoins et de la meilleure utilisation de leurs ressources. (MRC).

5. RESPONSABILITÉS DES PARTIES

5.1. Engagements du prestataire de services

- 5.1.1. Le prestataire de services s'engage à désigner une personne responsable de l'application du présent protocole d'entente et à avoir une personne de liaison pour les demandes de services.
- 5.1.2. Le prestataire de services doit s'assurer de la compétence, en tout temps, des personnes qu'il emploie afin de dispenser, en toute sécurité, des services auprès des usagers inscrits au soutien à domicile offert par les programmes-services du CISSS. Il doit s'assurer notamment que le personnel offrant les soins possède les formations requises. Il doit également s'assurer de maintenir à jour les compétences de son personnel.
- 5.1.3. Le prestataire de services s'engage auprès du CISSS à assurer le suivi de la qualité des services dispensés par ses employés en fonction de ce qui est prévu au PI.
- 5.1.4. Le prestataire de services s'engage à détenir et à fournir au CISSS une preuve d'assurance responsabilité civile au montant de 2 M\$ pour couvrir toute poursuite dans le cadre du présent protocole d'entente (annexe 1).
- 5.1.5. Le prestataire de services doit adopter un code d'éthique applicable à ses employés. Il doit le faire connaître à ses employés et doit veiller au respect des obligations prévues dans ce code d'éthique dont notamment celle de traiter l'usager avec respect et courtoisie. Il doit également sensibiliser son personnel au strict respect de la confidentialité et s'assurer qu'un engagement à la confidentialité soit signé par tout le personnel.
- 5.1.6. Le prestataire de services s'engage auprès du CISSS à vérifier les antécédents judiciaires de l'ensemble de son personnel.
- 5.1.7. Le prestataire de services s'engage à communiquer à la personne dûment désignée du CISSS, l'intervenant pivot, toute information pertinente en lien avec le PI de l'usager afin d'assurer un suivi adéquat de l'usager par le CISSS.
- 5.1.8. Le prestataire de services s'assure que tout employé sous sa direction déclare, dans un délai maximal de 24 heures ouvrables à son responsable, tout incident ou accident, survenant à un usager et qui résulte de la prestation des services confiés par le CISSS au prestataire de services. Dans un délai maximum de 72 heures ouvrables, le prestataire de services s'engage à aviser la personne dûment désignée du CISSS ou son représentant légal, et ce, selon les conditions et les modalités de la procédure de déclaration des incidents et des accidents du CISSS incluse à l'Annexe 2 de la présente entente.
- 5.1.9. En cas d'enjeu au niveau des ressources humaines, le prestataire doit présenter son plan de contingence au CISSS du Bas Saint-Laurent. S'il n'est pas en mesure d'honorer temporairement certaines demandes de services, il devra convenir des activités déléguées avec le gestionnaire concerné du CISSS du Bas-Saint-Laurent, et considérer la priorité des besoins identifiés par le CISSS BSL dans le réaménagement des routes de travail. Il devra également présenter au CISSS BSL les moyens qu'il compte prendre pour régulariser la situation dans les meilleurs délais.
- 5.1.10. Le prestataire de services applique son code d'éthique en vigueur concernant les liens de parenté ou autre conflit d'intérêts potentiel entre l'employé du prestataire de services et l'usager à qui il offre le service.
- 5.1.11. Le prestataire de services s'engage à mesurer la qualité des services et le degré de satisfaction auprès de l'usager dans une perspective d'amélioration des services.

¹ Services regroupant les services d'alimentation, hygiène, habillage, déshabillage, gestion de l'élimination, la mobilité (transferts et déplacements), la communication.

² Services nécessitant que les non professionnels soient formés et supervisés pour les effectuer de façon sécuritaire : administration de la médication, lecture de la tension artérielle, glycémie capillaire avec glucomètre, soins d'hygiène de colostomie, application de bas médical de compression, etc., dans le cadre de la règle de soins nationale.

- 5.1.12. Le prestataire de services participe au besoin à l'invitation du CISSS et avec le consentement de l'utilisateur, ou de son représentant légal, le cas échéant, à l'élaboration ou au suivi du PI de l'utilisateur.
- 5.1.13. Le prestataire de services s'engage à collaborer activement lors de plaintes et d'enquêtes concernant ses services (annexe 3).
- 5.1.14. Le prestataire de services s'engage à utiliser les notions de bienveillance et lutter contre toute forme de maltraitance envers les personnes âgées et toutes personnes majeures en situation de vulnérabilité, selon la politique et procédure du CISSS du Bas-Saint-Laurent dont le formulaire de signalement se trouve à l'annexe 4.
- 5.1.15. Le prestataire de services s'engage à faire sa facturation selon le temps alloué pour les services déterminé par l'Établissement et inscrit sur la demande de services. Ce temps peut varier d'un utilisateur à l'autre pour la même activité. L'organisation du service devra se faire généralement dans les 48 heures suivant la réception de la demande ou selon le besoin de l'utilisateur.

Les critères suivants peuvent faire varier le temps alloué :

- La sécurité de l'utilisateur;
- Le niveau de participation de l'utilisateur;
- L'approuve adaptée à sa condition (ex. : troubles cognitifs).

5.2. Engagements du CISSS

- 5.2.1. Le CISSS s'engage à désigner une personne responsable de l'application du présent protocole d'entente.
- 5.2.2. Le CISSS informe l'utilisateur, ou son représentant légal le cas échéant, des services qui seront rendus par le prestataire de services.
- 5.2.3. Le CISSS s'engage à fournir au prestataire de services, avec l'accord de l'utilisateur, un formulaire de référence pour chaque personne référée en précisant la durée du service, le nombre d'heures requis ainsi que les tâches à accomplir et toute autre information nécessaire au bon fonctionnement du service.
- 5.2.4. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de l'utilisateur transmette au prestataire de services, avec le consentement de l'utilisateur ou avec son représentant légal, toute information pertinente reliée au PI de l'utilisateur pour permettre au prestataire de services de dispenser les services conformément à ce dernier. Le document transmis au prestataire de services décrit les objectifs poursuivis, le type de services à dispenser à l'utilisateur, leur fréquence, leur durée ainsi que la période couverte et toute autre information pertinente pour assurer une prestation de services de qualité et sécuritaire auprès de l'utilisateur.
- 5.2.5. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de l'utilisateur informe, dans les 72 heures, le prestataire de services de tout changement du PI d'un utilisateur en lien avec les services dispensés par le prestataire de services à cet utilisateur et qu'il transmette au prestataire de services toute information pertinente reliée au PI de l'utilisateur.
- 5.2.6. Le CISSS s'engage auprès du prestataire de services à assurer un suivi de toute situation concernant un utilisateur et portée à sa connaissance par le prestataire de services.
- 5.2.7. Le CISSS assure auprès du prestataire de services le suivi de toute déclaration d'incident ou d'accident survenu à un utilisateur dans le cadre de la prestation de services confiés à un employé du prestataire de services, dans le cadre du présent protocole d'entente. Le cas échéant, elle informe le prestataire de services des mesures prises par le CISSS pour prévenir la récurrence d'un tel incident ou accident.
- 5.2.8. Le CISSS s'engage à ce que l'intervenant pivot de sa propre initiative ou à la demande du prestataire de services effectue une évaluation dans les meilleurs délais, lorsqu'il y a un changement dans la condition de l'utilisateur et informe le prestataire de services de tout changement.
- 5.2.9. Le CISSS doit réviser et modifier la référence de l'utilisateur lors de changements dans les services requis incluant la référence annuelle reconduite.
- 5.2.10. Le CISSS favorise la participation du prestataire de services à l'élaboration ou au suivi du PI avec le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal, en participant aux rencontres de mise à jour du plan d'intervention de l'utilisateur.
- 5.2.11. Le CISSS s'engage à évaluer les besoins de l'utilisateur dans les deux semaines avant la fin de l'échéancier nommée dans le formulaire de référence afin d'informer de toutes modifications ou reconductions à l'offre de services.

5.2.12. Le CISSS doit adopter un code d'éthique applicable à ses employés. Il doit le faire connaître à tous ses employés et doit veiller au respect des obligations prévues dans ce code d'éthique.

5.2.13. Le CISSS s'engage à faire le paiement des services rendus à l'intérieur de 30 jours sur réception des factures détaillées.

5.2.14. Le CISSS s'engage à offrir aux usagers, en fonction des besoins établis au plan d'intervention et qui répondent aux critères d'admissibilité, les services professionnels suivants :

- Infirmier(ère) ;
- Ergothérapeute ;
- Physiothérapeute ;
- Thérapeute en réadaptation physique ;
- Intervenante social(e) ;
- Éducateur(trice) spécialisé(e) ;
- Nutritionniste ;
- Tout(e) autre professionnel(le) requis par la situation.

6. GESTION DU PROTOCOLE D'ENTENTE

6.1. Répondants du protocole

Les parties nomment les instances suivantes comme répondantes de ce protocole :

- La Direction générale du prestataire de services;
- La Direction des programmes DI-TSA-DP ou son représentant;
- La Direction du programme SAD ou son représentant.

6.2. Mécanisme de coordination et de suivi du protocole d'entente

Les parties conviennent que des rencontres seront réalisées selon le besoin des répondants du protocole et selon la modalité prévue à l'entente de collaboration.

6.3. Durée du protocole d'entente

Le présent protocole d'entente entre en vigueur le 1^{er} août 2025 et se termine le 31 janvier 2027, non renouvelable.

L'une ou l'autre des parties peut mettre fin au protocole d'entente par un avis écrit adressé à l'autre partie, et ce, avec un préavis d'au moins 90 jours

6.4. Modification du protocole d'entente

De même, l'une ou l'autre des parties peut demander de revoir un élément inclus dans le protocole, et ce, dans le but d'améliorer la collaboration ou la qualité des services donnés à la clientèle.

Certains motifs graves constituent une cause de résiliation de plein droit du présent protocole d'entente par le CISSS, sous réserve d'un préavis écrit de dix (10) jours au prestataire de services (par exemple, des conduites préjudiciables envers un usager comme des voies de fait, un non-respect répétitif des consignes du PSI d'un usager, un non-respect des règles du CISSS malgré des rappels écrits, de la négligence criminelle, etc.). Le CISSS peut mettre un terme immédiat au présent protocole d'entente lorsque, à son avis, le bien-être et/ou la sécurité de ses usagers sont menacés. Le CISSS doit informer, par écrit, le prestataire de services de cette résiliation et lui en exposer explicitement les motifs.

Dans la situation où une entente nationale sur l'allocation de services en AVQ (SAP) serait mise en place par le MSSS, l'entente actuelle sera révisée en fonction des barèmes de cette entente nationale.

6.5. Clauses concernant les différends ou les mésententes

Tout différend ou mésentente entre le prestataire de services et le CISSS découlant de l'application de la présente entente doit être signifié par écrit à l'autre partie et être résolu entre les personnes nommées par les parties à cette fin.

La recherche d'une solution satisfaisante pour les deux parties doit se faire lors d'une rencontre formelle en présence des représentants de chacune des parties et de toute personne qu'ils jugent opportun de convoquer à une telle rencontre.

6.6. Estimation du volume mensuel du contrat

MRC :	Nombre d'heures approximatif annuel	Tarif horaire
Soins d'assistance personnelle	3000 heures (250 hrs / mois)	37,30\$/hr

- Le taux inclut notamment : Salaire des employés (incluant avantages sociaux généraux et charges sociales, les frais de déplacement, le temps supplémentaire, les assurances, les fournitures nécessaires à la prestation de services, etc.)
- Le nombre d'heures est approximatif et pourrait être ajusté à la hausse ou à la baisse en fonction des besoins évalués par le CISSS.

7. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

- Les PARTIES reconnaissent la règle de base de confidentialité du dossier de l'article 5 de la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux :
 - *Tout renseignement détenu par un organisme est confidentiel et, sous réserve du consentement exprès de la personne qu'il concerne, il ne peut être utilisé ou communiqué que conformément à la présente loi.*
 - *Lorsqu'il est possible d'utiliser ou de communiquer un tel renseignement sous une forme ne permettant pas d'identifier directement la personne concernée, l'utilisation ou la communication doit se faire sous cette forme.*
 - *Pour l'application de la présente loi, un renseignement est considéré détenu par un organisme même lorsque ce dernier en confie la conservation à un tiers.*
- Les PARTIES conviennent de respecter les lois et les règlements applicables en matière de confidentialité et de protection de la vie privée des individus.
- Notamment, les PARTIES s'engagent à tenir compte, dans la réalisation de la présente entente, de toutes recommandations ou avis de la Commission d'accès à l'information du Québec.

8. PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES DU CISSS

- L'usager, ou son représentant légal, le cas échéant, peut formuler une plainte, conformément au règlement sur la procédure d'examen des plaintes du CISSS prévu à l'annexe 3 du présent protocole d'entente sur la prestation des services qu'il a reçu ou aurait dû recevoir du prestataire de services;
- Le prestataire de services ou un de ses employés ne peut empêcher un usager ou son représentant légal le cas échéant, de déposer une plainte auprès du CISSS du Bas-Saint-Laurent ni lui adresser des représailles sous aucune forme.

9. SIGNATURES

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé :


Pour l'Établissement :

À Matane....., le 2025-07-31.....


 Par : André D'Anjou
 Coordonnateur de la chaîne logistique

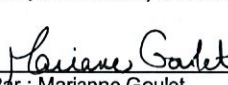

 Par : Pascal Lamarre,
 Directeur des programmes DI-TSA-DP


 Par : Vincent Rajotte
 Directeur des programmes soutien à domicile.


 Par : Jean-Christophe Carvalho
 Président-directeur général

Pour le prestataire :

À Trois-Rivières, le 30/07/2025.


 Par : Marianne Goulet
 Directrice générale

Annexe A – Déclaration d'intégrité (À signer)

Déclaration d'intégrité

En signant ce contrat, je MARIANE GOULET (Nom du représentant du prestataire de services) déclare avoir pris connaissance des exigences d'intégrité auxquelles le public est en droit de s'attendre d'une partie à un contrat public, et dont le respect est évalué au regard notamment des éléments prévus aux articles 21.26, 21.26.1 et 21.28 de la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1), et je m'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour y satisfaire pendant toute la durée du contrat à être conclu.

LE PRESTATAIRE DE SERVICES,

30/07/2025


(Date)

Mariane Goulet

(Signature)

Annexe 1 : Assurance responsabilité

Annexe 2 – Déclaration incident-Accident

N° de l'événement	<p>RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT</p>  <p style="text-align: center;">DT9034</p>	N° du formulaire																																																
<p>Section 1 : Identification de la personne touchée</p> <p>Type de personne touchée : <input type="checkbox"/> Aucune (si oui, passez à la section 2) <input type="checkbox"/> Usager</p>																																																		
<p>Nom de l'établissement</p> <p><input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLO <input type="checkbox"/> C.J. <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRD <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CRDP</p>																																																		
<p>Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">Événement</th> <th colspan="3">Date</th> <th colspan="2">Heure</th> <th rowspan="2"> <input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée </th> </tr> <tr> <th>Année</th> <th>Mois</th> <th>Jour</th> <th>Heure</th> <th>Min.</th> </tr> <tr> <td>Constat</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td>Heure</td> <td>Min.</td> <td></td> </tr> </table>			Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.																														
Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée																																												
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.																																													
Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.																																													
<p>Lieu où s'est produit l'événement : <small>(précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace)</small></p>																																																		
<p>Information sur l'utilisateur</p> <p>Curatelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Type de déficience : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Langage</p> <p>Si oui : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Multifonctionnelles <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle</p>																																																		
<p>Situation préalable</p> <p>État de la personne : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Désorienté/confus <input type="checkbox"/> Agressif/violent <input type="checkbox"/> Comateux</p> <p>Capacité de déplacement : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Dépendance totale <input type="checkbox"/> Inconnue Surveillance requise : <input type="checkbox"/> Usuelle <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Inconnue</p>																																																		
<p>Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)</p>																																																		
<p>Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)</p> <p>A- Chute : <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Quasi-chute <small>(décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée)</small></p> <p><input type="checkbox"/> Bain/douche <input type="checkbox"/> Chaise/fauteuil <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> En circuitant <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Lève-personne <input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Lors d'activités</p> <p><input type="checkbox"/> Lors d'un transfert <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Trouvé par terre <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>B- Erreur de : <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Traitement/intervention <input type="checkbox"/> Diète</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie connue <input type="checkbox"/> Conservation/entreposage <input type="checkbox"/> Dispersion/décroquet <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Dose/débit</p> <p><input type="checkbox"/> Heure/date d'administration <input type="checkbox"/> Identité de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Infiltration/extravasation <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure/protocole <input type="checkbox"/> Omission</p> <p><input type="checkbox"/> Pérormption <input type="checkbox"/> Trouvé <input type="checkbox"/> Type/soie/texture/consistance <input type="checkbox"/> Voie d'administration</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">a) Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré</th> <th colspan="4">b) Médicament/traitement/intervention/diète qui aurait dû être administré</th> </tr> <tr> <th>Identification</th> <th>Dose</th> <th>Voie</th> <th>Heure</th> <th>Identification</th> <th>Dose</th> <th>Voie</th> <th>Heure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Autres renseignements : _____</p> <p>C- Test diagnostique :</p> <p><input type="checkbox"/> Laboratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-analytique <input type="checkbox"/> Analytique <input type="checkbox"/> Post-analytique <input type="checkbox"/> Description <input type="checkbox"/> Erreur de saisie liée à l'ordonnance</p> <p><input type="checkbox"/> Erreur liée à l'identification <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Identification : _____</p>			a) Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b) Médicament/traitement/intervention/diète qui aurait dû être administré				Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure																																
a) Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b) Médicament/traitement/intervention/diète qui aurait dû être administré																																														
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure																																											

N° du formulaire

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)

C- Test diagnostique

Imagerie

Angiographie Échographie Fluoroscopie IRM (résonance magnétique) Mammographie Ostéodensitométrie

Radiographie SPECT (tomographie d'émission monophotonique) Stéréotaxie TEP Scan (tomographie par émission de positrons)

Tomodensitométrie Autre test (précisez) : _____

Type : Dose Examen prescrit Identité de l'utilisateur Qualité de l'image clinique Protocole administré

Réaction indésirable Autre (précisez) : _____

Examen/Protocole qui a effectivement été administré	Examen/Protocole prescrit qui aurait dû être administré
Identification	Identification

Autres renseignements :

D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)

Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUU)

E- Problème de : Matériel Équipement Bâtiment Effet personnel

Description du matériel de l'équipement du bâtiment de l'effet personnel en cause :

Bris/défectuosité Dégât d'eau Disparition/perte Disponibilité Incendie Panne d'ascenseur

Panne électrique Panne informatique Panne système télécom. Programmation Sécurité Stérilité/bris d'asepsie

Utilisation non conforme Autre (précisez) : _____

F- Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation

Abus Agression Harcèlement Intimidation Type : Physique Psychologique/verbal Sexuel Financier

G- Autres types d'événements (veuillez cocher la case appropriée)

Accès non autorisé (loux, équipements, etc.) Automutilation Blessure d'origine connue Blessure d'origine inconnue

Bris de confidentialité Décompte chirurgical incorrect - écrit Défaut de port d'équipement/vêtement de protection Désorganisation comportementale (avec blessure)

Erreur liée au dossier Évasion (garde fermée) Événement en lien avec une activité Événement relié au transport

Fugue/départ (encadrement intensif) Intoxication suite à consommation d'alcool/drogue/substance dangereuse Lié au consentement Lié à l'identification

Lié aux mesures de contrôle (solement et contentions) Obstruction respiratoire Plaisir de pression Relation sexuelle en milieu d'hébergement

Tentative de suicide/suicide Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)

Autre (précisez) : _____

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

Aucune Psychologiques Physiques Autre (précisez) : _____

Descrives les conséquences physiques (parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) d'inte(s) ou prévenue(s)

Descrives les mesures prises :

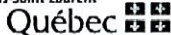
Personnes avisées	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Section 7 : Nom du déclarant (une seule personne)

Nom du déclarant (en lettres moulées)	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

Annexe 3 – Formulaire de déclaration d'une plainte

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent



FORMULAIRE DE DÉCLARATION

VEUILLEZ COCHER LA CASE DU TERRITOIRE ET DE L'INSTALLATION VISÉS	
Territoire :	<input type="checkbox"/> Kamouraska <input type="checkbox"/> La Matanie <input type="checkbox"/> La Matapédia <input type="checkbox"/> La Mi's <input type="checkbox"/> Les Basques <input type="checkbox"/> Rimouski-Neigette <input type="checkbox"/> Rivière-du-Loup <input type="checkbox"/> Témiscouata
Installation :	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement <input type="checkbox"/> Déficience physique <input type="checkbox"/> Dépendance <input type="checkbox"/> CPEJ <input type="checkbox"/> DI-TSA-DP <input type="checkbox"/> Rés. privées aînés (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> RI/RTF (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Organismes communautaires (précisez) : _____ Services ambulanciers (précisez) : _____
SIGNALEMENT MALTRAITANCE	
Motif :	<input type="checkbox"/> Matériel ou financier <input type="checkbox"/> Organisationnel (soins et services) <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Discrimination et âgisme <input type="checkbox"/> Violation des droits
IDENTIFICATION DE L'USAGER	
Nom :	Prénom :
Adresse : No :	Rue :
	Ville :
	Code postal :
No de téléphone :	Résidence :
	Travail :
	Cellulaire :
Date de naissance :	Lieu où l'utilisateur peut être joint dans l'établissement (No chambre/focal) :
Adresse électronique (courriel) :	Numéro du dossier de l'utilisateur :
IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER OU DE LA PERSONNE QUI ASSISTE L'USAGER (S'IL Y A LIEU)	
Si, conformément à la loi, l'utilisateur est représenté ou assisté (par une autre personne que le représentant de l'utilisateur ou d'un intervenant) dans la formulation de la présente plainte, l'identification de son représentant ou de la personne qui l'assiste, est requise.	
Cocher la case appropriée : <input type="checkbox"/> Représentant de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Personne qui assiste	
Nom :	Prénom :
Adresse : No :	Rue :
	Ville :
	Code postal :
Lien de parenté avec l'utilisateur (s'il y a lieu) :	No de téléphone :
DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSE DES FAITS	
Verso →	

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Suite de la description de l'événement ou de l'exposé des faits si nécessaire :

QUELLES SONT VOS ATTENTES SUITE À CETTE DÉMARCHÉ ?

DATE <small>(Année/mois/jour)</small>	HEURE	SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

SECTION RÉSERVÉE AU COMMISSAIRE ET AUX COMMISSAIRES ADJOINTS AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	
<input type="checkbox"/> Plainte <input type="checkbox"/> Assistance <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Intervention	No de dossier :
Recu par :	
Mode de dépôt : <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Verbal	
Date de réception (AA/MM/JJ) :	

Pour information supplémentaire, veuillez composer le 1 844 255-7568

VOUS POUVEZ TRANSMETTRE VOTRE FORMULAIRE DE DÉCLARATION PAR LA POSTE
À L'ATTENTION DU
COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
287, RUE PIERRE-SAINDON, 3^e ÉTAGE, C. P. 3500, RIMOUSKI (QUÉBEC) G5L 8V5
OU PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE : plaintes.cisssbsl@sss.gouv.qc.ca

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent



Annexe 4 – Signalement de situations de maltraitance

Signalement de situations de maltraitance

Date du signalement : _____

Nom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro de dossier : _____

RAPPEL : Double identification de l'utilisateur importante

Comme stipulé dans l'article 5.3.3 de la procédure de la Lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute personne majeure en situation de vulnérabilité (DQEPE-PRO-011), je procède ce jour à un signalement sur une situation de :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maltraitance psychologique | <input type="checkbox"/> Maltraitance organisationnelle |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance physique | <input type="checkbox"/> Âgisme |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance sexuelle | <input type="checkbox"/> Violation des droits |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance matérielle ou financière | <input type="checkbox"/> Stigmatisation |

Milieu de vie où réside l'utilisateur (RI, RTF, RPA, CHSLD ou domicile) et nom de la ressource, s'il y a lieu _____

Cet usager **est protégé** par une mesure de protection légale ou un mandat de protection homologué

Synthèse de la situation : _____

Une prise en charge est actuellement en cours par l'intervenant afin de contrer la situation de maltraitance et le gestionnaire est informé de la situation.

Nom de l'intervenant pivot : _____

Nom de la mission et de la MRC : _____

Nom du gestionnaire : _____

Pour le moment :

Aucune intervention n'est attendue de votre part

OU

Mentionner les attentes particulières à l'endroit du commissaire : _____

Nom de la personne qui fait le signalement : _____

Signature : _____

Titre d'emploi : _____

Installation : _____

Programme clinique et n° téléphone : _____

N. B. Ce formulaire doit être acheminé par courriel à : plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

