

DIRECTION  
QUÉBÉCOISE  
DU CANCER

---

Mise à jour des

**Modalités d'encadrement administratif  
des maisons de soins palliatifs**

Janvier 2012

---

Québec 

## Table des matières

Mot du directeur .....	5
Préambule.....	6
Composition du comité de révision .....	7
Contexte et historique .....	8
Portrait des soins palliatifs.....	8
Contribution des maisons .....	8
Caractéristiques des soins et services en maison de soins palliatifs.....	10
Le cadre juridique des maisons de soins palliatifs .....	13
Le financement.....	13
Les protocoles de partenariat avec les maisons.....	13
Le processus.....	14
Objectifs .....	14
Rôles et responsabilités des diverses instances dans le processus d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs.....	14
Ministère de la Santé et des Services sociaux.....	14
Agence de la santé et des services sociaux .....	14
Centre de santé et de services sociaux .....	15
Maison de soins palliatifs.....	15
Les conditions essentielles.....	15
1. Statut.....	15
2. Clientèle et offre de service.....	16
3. Soins.....	16
4. Sécurité.....	17
5. Éthique.....	17
6. Qualité.....	17
7. Gestion et gouverne.....	17
Processus administratif .....	18
Mesures de révision .....	18
Durée .....	18
Recommandations du Comité de révision du processus d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs.....	20

Annexe 1 : Guide pour l'élaboration d'un protocole d'entente entre un centre de santé et de services sociaux et une maison de soins palliatifs .....	21
Annexe 2 : Formulaire d'appréciation des modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs .....	30
Annexe 3 : Modèle d'extrait de résolution du conseil d'administration attestant la demande d'agrément .....	36

## Liste des tableaux

Tableau 1 - Membres du comité de révision (2012) .....	7
Tableau 2 - Liste des maisons de soins palliatifs selon la région administrative et leur nombre de lits respectif le 31 mars 2011.....	9
Tableau 3 – Prestation des soins palliatifs selon divers lieux (peut varier d'un contexte ou d'une région à l'autre) .....	11

## Mot du directeur

En 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux a lancé la Politique en soins palliatifs et de fin de vie. Cette politique précise que les soins palliatifs devraient se prodiguer dans différents lieux pour offrir aux personnes bénéficiant de tels soins et leurs proches la possibilité de choisir l'endroit où elles les recevront.

Les maisons de soins palliatifs constituent un de ces lieux et la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chap. 32), mieux connu sous le nom de Projet de loi 83, a introduit des modifications législatives visant à élargir certaines règles administratives et permettre à des organismes communautaires, telles les maisons de soins palliatifs, de s'en prévaloir.

À cette fin, un comité a été mandaté en 2007 pour conseiller la Direction de la lutte contre le cancer, devenue la Direction québécoise du cancer depuis, pour la définition de critères administratifs et de modalités d'encadrement à appliquer aux maisons de soins palliatifs. Ceux-ci ont été mis en application à compter d'avril 2008 et sont valides jusqu'en mars 2012. La Direction québécoise du cancer a procédé à la mise à jour du rapport en intégrant quelques nouveaux indicateurs et en actualisant la démarche selon les réalités actuelles en prenant en considération les éléments d'amélioration qui lui ont été signifiés, notamment par les membres du comité de révision.

Ce document présente les critères développés pour l'appréciation des maisons de soins palliatifs. Il précise le processus administratif et le rôle des différents partenaires afin que les maisons de soins palliatifs puissent être agréées selon des conditions établies. Des indicateurs sont proposés dans une grille d'évaluation permettant ainsi de porter un jugement sur chacun des critères retenus. Enfin, mentionnons que ce processus s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des services offerts à la population.

Pour avoir déjà mis en place le processus, les agences de la santé et des services sociaux et les maisons de soins palliatifs au Québec sauront encore mieux faire pour ce deuxième cycle de l'appréciation de celles-ci.

Antoine Loutfi, M.D., F.R.C.S.C., F.A.C.S.

Directeur

Direction québécoise du cancer

## Préambule

La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, Chap. 32, connue également sous le nom de Projet de loi 83) a introduit des modifications législatives à la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS) (L.R.Q., chap. S-4.2). Les règles relatives à l'attribution et à la délivrance d'une autorisation de dispenser certains services ont alors été élargies de manière à ce que, notamment, les maisons de soins palliatifs puissent maintenant s'en prévaloir.

L'article 456 de la LSSSS spécifie que toute personne qui satisfait aux exigences déterminées par le ministre y est admissible. Il y a lieu de préciser que cette forme «d'agrément» prévue à ces articles fait référence à une forme de « permission ou d'autorisation » accordée par le ministre à l'organisme si celui-ci satisfait aux exigences qu'il détermine. Cette notion est différente de celle d'agrément des services de santé et des services sociaux qu'un établissement dispense et qui doit être sollicitée auprès d'organismes d'accréditation reconnus même si la LSSSS utilise le même vocable.

La Direction québécoise du cancer a actualisé la mise en place de cet encadrement pour les maisons de soins palliatifs. Elle a travaillé ce dossier en partenariat avec les acteurs et les intervenants les plus concernés. À cette fin, elle a mis en place un comité de travail pour étudier la question, conseiller et faire des recommandations à la Direction québécoise du cancer. Le comité recommandait la mise en œuvre du processus pour une durée de quatre ans à compter du 1<sup>er</sup> avril 2008. L'échéance étant le 31 mars 2012, une mise à jour du processus s'impose.

Le processus mis en place depuis 2008 a été apprécié de tous. Les commentaires positifs émis par les différents intervenants démontrent la pertinence et la valeur de la démarche. Le développement récent de nouvelles maisons qui ont dû répondre aux critères confirme leur justesse et leur légitimité encore aujourd'hui. Après quelques consultations informelles, nous avons convenu de confier à un comité la tâche de faire une révision mineure du processus et de l'actualiser aux nouvelles réalités actuelles.

Ce document présente les conditions que les maisons devront remplir pour maintenir leur accréditation par le ministre de la Santé et des Services sociaux à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012.

## Composition du comité de révision

La composition du comité de révision est représentative du milieu communautaire dont sont généralement issues les maisons. À cette fin, l'Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec a proposé deux personnes qui gèrent de telles maisons. Une d'entre elles avait également participé aux travaux en 2007.

Le comité doit aussi être représentatif des agences qui sont responsables de la mise en œuvre du processus. Deux personnes représentant les agences qui ont des responsabilités dans l'organisation des soins palliatifs et qui avaient participé aux travaux en 2007 siégeaient au comité de révision.

Enfin, un conseiller à la Direction québécoise du cancer représente le ministère de la Santé et des Services sociaux et assure la coordination des travaux.

**Tableau 1 - Membres du comité de révision (2012)**

Membre	Représentativité
Madame Lise Boivin	Chef de service, Direction des affaires médicales et des services de santé Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Monsieur Gilbert Cadieux	Représentant d'une maison et de l'Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec Directeur général de la Maison Adhémar-Dion
Monsieur Jocelyn Châteauneuf	Conseiller à la Direction québécoise du cancer
Madame Christiane Hudon	Représentante d'une maison et de l'Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec Directrice générale de Soli Can
Madame Isabelle Trépanier	Répondante régionale de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

## Contexte et historique

### Portrait des soins palliatifs

La Politique en soins palliatifs de fin de vie définit des principes directeurs et des objectifs à poursuivre dans l'organisation et la prestation des soins palliatifs. Elle prévoit certaines modalités afin que les soins palliatifs soient disponibles sur tout le territoire québécois et qu'ils soient dispensés convenablement. Cette Politique prescrit notamment la disponibilité de ces soins dans divers milieux afin de satisfaire une offre de service répondant le mieux possible aux besoins et aux volontés des personnes malades et de leurs proches.

Au Québec, des soins palliatifs sont offerts dans différents milieux de vie et de soins. Des personnes reçoivent de tels soins à leur domicile, dans leur milieu de vie ou encore dans un milieu de soins, dont les maisons de soins palliatifs, considérées comme des partenaires importants par la Politique de soins palliatifs de fin de vie.

En 2010-2011, près de 20 000 personnes ont reçu des soins palliatifs à domicile dans toutes les régions du Québec. Selon les données recueillies par GESTRED, le Québec disposait le 31 mars 2011 de 659 lits dédiés aux soins palliatifs<sup>1</sup>. Ces lits peuvent être situés dans divers lieux : un centre hospitalier de soins de courte durée, régional ou universitaire, un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), ou encore dans des maisons de fin de vie.

### Contribution des maisons

Les maisons comptent 185 lits, soit 28 % des lits dédiés aux soins palliatifs. Les maisons sont réparties dans quinze régions administratives (voir Tableau 2). De plus, un Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – volet lits dédiés, entériné en novembre par les présidents-directeurs généraux des agences de la santé et des services sociaux, prévoit le développement de nouvelles maisons qui pourraient ajouter environ 25 lits dans les maisons existantes et, si tous les projets se réalisent, quelque 200 dans de nouvelles maisons.

---

<sup>1</sup>. Comme la Politique le préconise également, les personnes en fin de vie doivent avoir accès à une équipe interdisciplinaire composée des professionnels suivants : médecin, pharmacien, infirmière, intervenant psychosocial, accompagnateur de culte, ergothérapeute, physiothérapeute. Des bénévoles et des ressources communautaires peuvent se joindre à ces équipes. Une telle équipe doit être accessible et disponible pour qu'un lit soit considéré comme un « lit dédié aux soins palliatifs ».



**Tableau 2 - Liste des maisons de soins palliatifs selon la région administrative et leur nombre de lits respectif le 31 mars 2011**

Région administrative	Nom de la maison	Nombre de lits
01 - Bas-Saint-Laurent	Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB	6
01 - Bas-Saint-Laurent	Maison de soins palliatifs Marie-Élisabeth	6
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	Maison Colombe-Veilleux	3
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	Le Havre du Lac-Saint-Jean	4
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	Maison Au Jardin de MesAngeS (Soli-Can)	4
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	Maison Notre-Dame du Saguenay	6
03 - Capitale-Nationale	Maison Michel-Sarrazin	15
04 - Maurice et Centre-du-Québec	Maison Albatros Trois-Rivières inc.	6
05 - Estrie	Maison Aube-Lumière	10
06 - Montréal	Résidence de soins palliatifs de l'Ouest-de-l'Île	9
06 - Montréal	Maison André-Gratton	2
07 - Outaouais	Maison Mathieu-Froment-Savoie	9
08 - Abitibi-Témiscamingue	Maison du Bouleau Blanc	4
08 - Abitibi-Témiscamingue	Maison de soins palliatifs de Rouyn-Noranda	6
08 - Abitibi-Témiscamingue	Maison de la Source Gabriel	4
09 - Côte-Nord	La Vallée des Roseaux	7
09 - Côte-Nord	Maison l'Élyme des sables	6
11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Maison Le R.A.D.E.A.U. (Chandler)	3
12 - Chaudière-Appalaches	Maison Catherine-de-Longpré	6
13 - Laval	Maison de soins palliatifs de Laval	12
14 - Lanaudière	Maison Adhémar-Dion	12
15 - Laurentides	Maison de soins palliatifs à Saint-Eustache	4
15 - Laurentides	Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord	9
16 - Montérégie	Maison Victor-Gadbois	12
16 - Montérégie	Maison de soins palliatifs Source Bleue	6
16 - Montérégie	Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges	6
16 - Montérégie	Maison Au Diapason	8
<b>TOTAL :</b>		<b>185</b>

## Caractéristiques des soins et services en maison de soins palliatifs

Les maisons de soins palliatifs sont des organismes privés à but non lucratif, gérés par des conseils d'administration indépendants, qui font une large place à la contribution de bénévoles. Leur mission principale consiste à accueillir des personnes en phase terminale d'un cancer ou d'une autre maladie et à soutenir les proches jusque dans la phase du deuil. Certaines maisons offrent également du répit aux proches qui accompagnent une personne en fin de vie à domicile et du bénévolat à domicile. Parmi toutes les maisons de soins palliatifs, il y en a une qui opère aussi un centre de jour en soins palliatifs pour des personnes en soins palliatifs à domicile, et quelques-unes sont impliquées dans la formation ou la recherche en soins palliatifs.

Le nombre de lits, la gamme de services, le modèle d'organisation, les liens avec les établissements publics varient selon les régions. Les maisons de soins palliatifs obtiennent une grande partie de leur financement de la philanthropie.

Lorsque l'on parle des soins palliatifs à domicile et des maisons de soins palliatifs, on observe parfois une confusion ou une tendance à assimiler les maisons de soins palliatifs à des « résidences d'hébergement » et à les considérer comme un service de première ligne, en substitut au maintien à domicile. La réalité est bien différente, comme le démontrent les constats suivants (voir le Tableau 3 qui présente ces distinctions) :

- Les maisons de soins palliatifs ne sont pas un substitut au domicile, mais un substitut au lit en établissement de santé.
- Le maintien d'une personne à domicile repose d'abord sur la volonté et la collaboration d'un ou des proches, avec les services du CSSS en support.
- Les soins et services donnés en maison de soins palliatifs s'apparentent plus à ceux d'une unité de soins palliatifs en centre hospitalier (CH) ou d'un CHSLD.
- Lorsque le patient ne peut vivre sa phase terminale à domicile, quelle qu'en soit la raison, trois possibilités s'offrent à lui :
  - une maison de soins palliatifs;
  - une unité de soins palliatifs en CH ou en CHSLD, si disponible;
  - un lit régulier en CH, malheureusement encore trop souvent après avoir transité par une urgence à cause d'une complication subite ou de l'épuisement des proches.
- La maison de soins palliatifs est une petite unité de soins réservée et affectée aux patients en fin de vie. D'une part, elle offre sur place plusieurs des soins et services professionnels que l'on pourrait aussi retrouver dans une unité de soins palliatifs en établissement (soins médicaux, soins infirmiers, soutien psychosocial et spirituel), pour une clientèle en phase terminale. D'autre part, sa philosophie cherche en même temps à recréer le vécu à domicile (« mourir comme à domicile »), grâce notamment à :
  - un cadre architectural de type résidentiel;
  - une atmosphère familiale et chaleureuse par la présence d'un personnel dévoué et de bénévoles formés à l'accompagnement;
  - une organisation du travail souple et polyvalente.

Tableau 3 – Prestation des soins palliatifs selon divers lieux (peut varier d'un contexte ou d'une région à l'autre)

Éléments de comparaison	Soins palliatifs à domicile	Soins palliatifs en unité d'établissement public (CHSGS ou CHSLD)	Maison de soins palliatifs
Vocation habituelle du service de soins palliatifs	Suivi à domicile en soins palliatifs avant et durant la phase terminale, lorsque possible.	Deux modalités possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>- équipe de consultation en soins palliatifs mobiles dans les unités de soins;</li> <li>- unité regroupée et dédiée aux soins palliatifs.</li> </ul> Deux types d'unités possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dédiée à la phase terminale;</li> <li>- gestion de symptômes et des cas complexes en soins palliatifs, incluant une certaine proportion de personnes en phase terminale (surtout en CHSGS).</li> </ul>	Habituellement dédiée à la phase terminale. Certaines maisons offrent aussi du répit.
Organisation physique	Domicile du patient	Unité de lits regroupés soit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- à vocation exclusivement réservée aux soins palliatifs, si la taille le permet;</li> <li>- au sein d'une unité accueillant d'autres clientèles.</li> </ul> Chambres individuelles ou à deux lits.	Concept architectural combinant les fonctionnalités d'une unité de soins (ex. : poste des infirmières, utilité propre et souillée, pharmacie et armoire à narcotiques, etc.) et le caractère chaleureux et convivial d'une maison (ex. : salons, bibliothèque, salle à manger, terrasse, etc.).  Chambres individuelles ou à deux lits.
Soins infirmiers	Visites régulières d'une infirmière du soutien à domicile.  Possibilité d'infirmière privée payée par le patient ou la famille.	Infirmières et infirmières auxiliaires <sup>1</sup> assurant les soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, qui travaillent dans l'établissement.  Ratio de jour : environ un soignant par quatre à six patients.	Infirmières et infirmières auxiliaires <sup>2</sup> assurant les soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, embauchées par la maison ou parfois certains postes en prêt de service d'un établissement.  Ratio de jour : environ un soignant par quatre à six patients.
Service médical	Médecin traitant en cabinet ou de CSSS qui fait des visites à domicile et disponibilité sur appel assurée seul ou en groupe.	Médecin du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens qui se consacrent à cette unité (temps partiel ou temps plein), avec couverture de garde.	Médecin traitant de chaque patient ou médecin attiré à la maison (temps partiel ou temps plein); présence de jour et garde sur appel.
Soins de santé et administration des médicaments	Majoritairement assurés par un ou des proches, en alternance, avec le support <i>ad hoc</i> de l'infirmière du CSSS lorsque présente.	Entièrement assurés par le personnel infirmier sur place.	Entièrement assurés par le personnel infirmier sur place.

Éléments de comparaison	Soins palliatifs à domicile	Soins palliatifs en unité d'établissement public (CHSGS ou CHSLD)	Maison de soins palliatifs
Soins de base et d'assistance	Majoritairement assurés par un ou des proches, en alternance, avec le support <i>ad hoc</i> de l'auxiliaire familiale (ou autre intervenant) du CSSS lorsque présente.	Assurés par le personnel infirmier, assisté de préposés aux bénéficiaires.	Assurés par le personnel infirmier, assisté de bénévoles. Parfois les proches peuvent être mis à contribution s'ils le désirent.
Support psychosocial	Travailleur social ou psychologue du CSSS.	Travailleur social ou psychologue embauché par l'établissement.	Travailleur social ou psychologue embauché par la maison ou prêt de service d'un établissement.
Support spirituel	Prêtre de la paroisse, si disponible. Parfois animateur de vie spirituelle du CSSS.	Animateur de vie spirituelle de l'établissement ou qui travaille pour un service régional de pastorale.	Si disponible, animateur de vie spirituelle de la communauté ou prêtre attiré à la maison ou prêt de service d'un établissement.
Alimentation	Préparée par les proches.	Préparée par le personnel du service alimentaire de l'établissement.	Préparée par le personnel du service alimentaire de la maison, ou par des bénévoles dans certains cas.
Bénévolat	Possible grâce à des organismes communautaires mis à contribution.	Présence et accompagnement.	Contribution possible aux soins de base et d'assistance, de même qu'implication dans diverses facettes de la maison (ex. : réception, secrétariat, entretien, etc.).
Financement des services, gratuité et coûts assumés par le patient ou sa famille	Services professionnels et d'assistance assumés par le CSSS. Contribution possible de l'utilisateur pour : - certains services de soutien (ex. : gardiennage); - médicaments : RAMQ ou assurance privée; - location ou achat de lit, lorsque non prêté par le CSSS; - fournitures, vêtements hygiéniques, etc.; - personnel privé supplémentaire (pour ceux qui ont des assurances ou les ressources financières requises); - perte de salaire pour le proche qui doit souvent prendre congé.	Services entièrement défrayés par l'établissement. Possibilité de dons <i>En mémoire</i> ou de legs à la Fondation de l'établissement. Assurance des patients pour le supplément de chambres, le cas échéant.	Services professionnels et d'assistance défrayés par la maison. Financement partiel public par une subvention selon des balises ministérielles et le reste du financement provient de la philanthropie. Médicaments : RAMQ ou assurance privée <sup>3</sup> . Les proches sont invités, sur une base volontaire, à effectuer des dons <i>En mémoire</i> . Les assurances privées peuvent parfois rembourser certains services.

<sup>1</sup> Surtout dans les unités de soins palliatifs situées en CHSLD. <sup>2</sup> Sauf à la Maison Michel-Sarrazin en raison de sa vocation de formation universitaire. <sup>3</sup> Sauf à la Maison Michel-Sarrazin qui a un statut de CHSGS privé et qui assume le coût des médicaments.

## **Le cadre juridique des maisons de soins palliatifs**

La LSSSS prévoit l'organisation des soins de santé et des services sociaux pour les établissements de son réseau. Elle en définit les missions et prévoit des mécanismes afin que certains services puissent être donnés par des organismes externes au réseau de la santé et des services sociaux.

Les maisons sont généralement issues d'initiatives de la communauté et elles sont constituées en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies et doivent se conformer à ses exigences. Elles sont des personnes morales sans but lucratif gérées par des conseils d'administration élus provenant des personnes à qui les maisons offrent des services et de membres de la communauté qu'elles desservent. Elles sont en conséquence indépendantes et autonomes et leur statut face à la LSSSS a été clarifié par les Modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs mis en place en 2008

La LSSSS prévoit que les services médicaux et les services sociaux sont des actes réservés aux établissements. Elle prévoit également qu'un établissement privé non conventionné qui exploite un CHSLD ou encore une résidence privée d'hébergement puisse, selon certaines conditions, offrir différents services de santé ou des services sociaux à des personnes en perte d'autonomie. Plus récemment, le législateur a élargi cette possibilité aux organismes communautaires, en permettant de leur attribuer une allocation financière afin de pouvoir convenir d'une entente de services avec un établissement. Cette possibilité est assortie de l'obligation que l'organisme communautaire détienne un «agrément» délivré par le ministre en vertu des articles 454 et suivants de la LSSSS.

### **Le financement**

Il est généralement admis que la contribution publique aux maisons de soins palliatifs devrait se limiter aux coûts des services sociosanitaires. Les dépenses considérées sont celles concernant les soins infirmiers et auxiliaires, les services psychosociaux, les services pharmaceutiques et, si le plan d'intervention l'exige, les services d'ergothérapie, de physiothérapie, de nutrition et d'animation de vie spirituelle. Les services médicaux sont exclus puisqu'ils sont remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Depuis 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux édicte le seuil de financement des lits situés dans les maisons de soins palliatifs afin d'uniformiser la contribution publique à ces ressources communautaires.

### **Les protocoles de partenariat avec les maisons**

L'utilisation du même modèle d'entente que celui proposé en 2008 est recommandée. Celui-ci a eu des impacts positifs et mobilisateurs, il constitue un élément structurant insufflé par le processus d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs. À cette fin, un guide suggérant les différents éléments constituant les ententes est disponible en annexe 1.

# Le processus

## Objectifs

Le processus d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs vise les objectifs suivants :

- reconnaître que certains soins et services de santé puissent être dispensés ailleurs que dans un centre exploité par un établissement au sens de la LSSSS;
- permettre aux agences de la santé et des services sociaux d'attribuer une allocation financière aux maisons de soins palliatifs qui répondent aux critères;
- déterminer des conditions qui visent à assurer la population et les partenaires du réseau public de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins et services offerts par les maisons de soins palliatifs;
- s'assurer que les soins et services des maisons de soins palliatifs soient intégrés à l'intérieur de la planification régionale et locale par des ententes formelles.

## Rôles et responsabilités des diverses instances dans le processus d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs

Chacun des paliers décisionnels a ses rôles et ses responsabilités inhérents à ce processus. Ces rôles se répartissent de la façon suivante, eu égard aux mandats et aux responsabilités imparties à ces partenaires.

### Ministère de la Santé et des Services sociaux

- En collaboration avec les partenaires, le MSSS s'assure de la définition et de la révision, si nécessaire, des critères et du processus.
- Déterminer les critères, élaborer les processus et établir des délais de révision.
- Développer les outils, les formulaires et les guides nécessaires.
- Assurer le soutien aux agences dans le processus.
- Approuver ou non la délivrance d'une accréditation aux maisons selon les recommandations des agences et en informer les maisons et les agences concernées.

### Agence de la santé et des services sociaux

- Exercer son rôle de planification régionale de l'offre de service en matière de soins palliatifs.
- Diffuser l'information concernant le processus auprès des instances concernées.
- S'assurer que les maisons de soins palliatifs obtiennent le soutien nécessaire dans leur démarche.
- Recevoir et évaluer les demandes des maisons selon les formulaires et les processus prévus et recommander au ministre les maisons qui se qualifient au processus d'encadrement administratif.
- S'assurer de la signature d'ententes entre les maisons et le réseau de la santé et des services sociaux.
- En vertu de l'article 340 de la LSSSS, attribuer les allocations financières aux organismes communautaires visés au deuxième alinéa de l'article 454.

## Centre de santé et de services sociaux

- En vertu de l'article 99.7, instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires qui sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les organismes communautaires, dont les maisons de soins palliatifs.
- Exercer les responsabilités de planification, d'organisation et de coordination territoriales des services prévues à la LSSSS.
- Émettre un avis à l'agence, par lequel le CSSS donne son appréciation de l'intégration de la maison de soins palliatifs dans l'organisation territoriale des services et fait part de son engagement quant aux diverses formes de soutien qu'il prévoit accorder ainsi que l'arrimage des services.

## Maison de soins palliatifs

- Implanter les mesures requises pour remplir les conditions du processus d'encadrement administratif, réviser les documents et s'assurer de leur mise à jour.
- Démontrer sans équivoque la réponse aux conditions en fournissant notamment les documents requis et une résolution, adoptée par le conseil d'administration de la maison, attestant la demande auprès de l'agence
- Faire une demande d'agrément et de révision si nécessaire auprès de son agence selon un calendrier établi par le MSSS.

## Les conditions essentielles

Les conditions retenues par le comité de travail en 2007 sont légèrement ajustées pour s'adapter à la réalité actuelle. Des indicateurs pour chacune de ces conditions sont proposés pour vérifier si la condition est remplie ou non. Quelques critères s'ajoutent et le libellé de certains est bonifié. Ces modifications sont indiquées en caractère gras et en italique pour les repérer facilement dans le formulaire d'appréciation des conditions.

### 1. Statut

- 1.1 La maison de soins palliatifs (MSP) est une personne morale sans but lucratif en vertu d'une loi du Québec, soit, dans les faits, la partie III de la Loi sur les compagnies.
- 1.2 Conformité aux lois et règlements en vigueur.
- 1.3 La majorité des administrateurs sont des utilisateurs des services ou des membres de la communauté que la maison dessert.

## 2. Clientèle et offre de service

- 2.1 Services offerts à la personne.
- 2.2 Services offerts aux proches.
- 2.3 Critères d'admissibilité conformes à la Politique de soins palliatifs de fin de vie.
- 2.4 Les soins palliatifs offerts par la MSP reposent sur une approche globale incluant la participation de la personne et des proches au plan d'intervention ainsi que le travail en interdisciplinarité.

## 3. Soins

### Des soins de qualité

- 3.1 Les membres du personnel infirmier et infirmier auxiliaire clinique qui travaillent à la MSP sont membres de leur ordre professionnel.
- 3.2 Les soins palliatifs offerts par la MSP répondent aux normes, aux protocoles et aux guides de pratique appropriés et reconnus.
- 3.3 La MSP tient, pour chaque personne, un dossier clinique sur l'évolution de son état, incluant un Plan thérapeutique infirmier.
- 3.4 Formation de base donnée à tous les intervenants (membres du personnel et bénévoles) de la MSP.
- 3.5 Formation continue donnée à tous les intervenants (membres du personnel et bénévoles) de la MSP.
- 3.6 La MSP a une politique concernant la gestion, l'entreposage, l'administration et la destruction-succession des médicaments.

### Des soins accessibles

- 3.7 La MSP offre des services cliniques correspondant à l'intensité de soins requise par la personne admise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

### Des soins en continuité

- 3.8 Entente de services signée avec un ou plusieurs CSSS. Dans le cas de l'ouverture d'une maison, un délai de six mois est accordé pour la signature d'une telle entente. Celle-ci précise :
  - l'offre de service en matière de soins palliatifs de part et d'autre;
  - les mécanismes de coordination;
  - les mécanismes de concertation;
  - les mécanismes d'accès de cette offre;
  - la description du soutien clinique offert par le CSSS;
  - la description du soutien administratif, le cas échéant.



#### 4. Sécurité

- 4.1 Plan de mesures d'urgence.
- 4.2 Assurance :
  - commerciale;
  - civile;
  - responsabilité professionnelle couvrant l'ensemble de ses salariés et de ses bénévoles.
- 4.3 Politique de gestion des risques.

#### 5. Éthique

- 5.1 Mesures pour assurer la confidentialité, la sécurité, la circulation des informations cliniques, leur conservation et la destruction des informations détenues selon les normes et procédures en vigueur.
- 5.2 Code d'éthique régissant la confidentialité et les conflits d'intérêts pour tous les intervenants.

#### 6. Qualité

- 6.1 La MSP dispose d'un processus de traitement des différends<sup>2</sup> et d'un mécanisme d'évaluation de satisfaction de la clientèle.
- 6.2 La MSP réalise annuellement des activités d'amélioration continue de la qualité et en fait rapport à son conseil d'administration.

#### 7. Gestion et gouverne

- 7.1 Processus de recrutement, de sélection et d'encadrement des bénévoles.
- 7.2 Les employés et les bénévoles ont accès à du soutien professionnel et personnel.
- 7.3 Rapport financier présenté et adopté à l'assemblée générale selon les modalités suivantes :
  - rapport de mission d'examen pour les allocations financières de moins de 100 000 \$;
  - rapport de vérification pour les allocations financières de 100 000 \$ et plus.
- 7.4 Comme le prévoit l'article 454 de la LSSSS, une fois le premier « agrément » accordé, en fonction des critères précédemment décrits, l'agence de la santé et des services sociaux et la maison de soins palliatifs ont un délai de six mois pour convenir d'une entente de nature financière. Cette entente précise notamment les montants de l'allocation financière et les objectifs de résultats (indicateurs d'accessibilité ou de volume d'activité) à atteindre. Elle prévoit également les autres mécanismes de reddition de compte de la MSP, tels les rapports financiers, d'activité, de taux d'occupation, etc.

---

2. La LSSSS prévoit à l'article 60 que « peut directement formuler une plainte à l'agence toute personne qui (...) est hébergée dans une résidence privée d'hébergement ou par un organisme communautaire visés à l'article 454 (...), relativement aux services qu'elle a reçus ou aurait dû recevoir de l'organisme ou de la résidence ». Sans nier ce droit de recours directement à l'agence, le comité préconise toutefois que chaque maison dispose d'un moyen d'entendre localement les doléances ou les insatisfactions des personnes qu'elle accueille ou de leurs proches, tout en les informant de leur droit à s'adresser directement à l'agence, si elles le préfèrent, ou si elles ne sont pas satisfaites du suivi accordé à leur plainte par la maison de soins palliatifs.

## Processus administratif

Les articles 454 et suivants de la LSSSS introduisent la notion d'agrément comme une condition pour recevoir une allocation financière.

Les articles 455 à 457 prévoient les modalités concernant l'admissibilité et certaines modalités d'obtention de l'agrément par les maisons de soins palliatifs. Ces articles sont libellés ainsi :

455. Seule la personne titulaire d'un agrément délivré en vertu du présent chapitre peut recevoir une allocation financière visée à l'article 454.
456. Est admissible à l'agrément toute personne qui satisfait aux exigences déterminées par le ministre et qui en fait la demande sur la formule que ce dernier lui fournit.
457. La personne qui sollicite un agrément doit transmettre sa demande à l'agence.

L'agence, après approbation, transmet la demande au ministre qui peut délivrer l'agrément aux conditions et, dans le cas d'un organisme visé au deuxième alinéa de l'article 454, pour la clientèle qu'il détermine.

Pour répondre à ces exigences, un processus simple est proposé et un formulaire d'évaluation convivial permettra aux agences d'approuver ou non la demande d'agrément que la maison de soins palliatifs lui adressera. Les maisons devront constituer un dossier comprenant les documents faisant la démonstration que chaque condition est remplie. Ce dossier devra être approuvé par résolution du conseil d'administration et déposé au répondant des soins palliatifs de l'agence à une date déterminée. Le formulaire d'évaluation inclut toutes les données requises et il prévoit des cases à cocher pour chaque indicateur. Il permet également d'établir le suivi à assurer dans le cas de nouvelles maisons. Il constitue le seul document que l'agence devra compléter. Ensuite, le président-directeur général devra le signer et le faire parvenir au MSSS. Enfin, le ministre finalise le processus en écrivant à la maison de soins palliatifs et à l'agence concernée pour lui faire part de sa décision.

## Mesures de révision

Une agence qui jugerait qu'une maison ne répond pas aux critères préalables pour être agréée l'en informera par courrier recommandé. L'agence devra préciser les critères auxquels la maison de soins palliatifs n'a pas répondu et les raisons qui motivent son jugement. Les raisons du refus devront être clairement exposées. Si elle le souhaite, la maison disposera d'un délai de deux semaines pour compléter son dossier ou fournir des documents supplémentaires pour défendre sa demande d'évaluation.

Au terme de ces deux semaines, l'agence réévaluera l'admissibilité de la maison à «l'agrément» et elle informera simultanément la maison et le ministre des résultats de sa réévaluation.

## Durée

Deux scénarios de décision sont possibles (voir Tableau 4) :

- I. Une maison qui ne répond pas à l'ensemble des 43 conditions n'est pas recommandée pour être agréée et le ministre en sera informé par l'agence. Cette maison pourra faire une autre demande après avoir mis en place les mesures pour répondre aux conditions.

- II. La maison qui fera la démonstration qu'elle répond aux 43 conditions préalables sera agréée pour une période de quatre ans, en n'excédant pas le 31 mars 2016. Elle devra démontrer dans la reddition de compte prévue à son entente de financement qu'elle continue de répondre à l'ensemble des conditions et qu'aucune modification majeure n'a été constatée depuis qu'elle a été évaluée comme répondant à l'ensemble des conditions.

L'agrément délivré par le ministre demeure en vigueur tant que le titulaire se conforme à la LSSSS et qu'il satisfait aux exigences et aux conditions déterminées par le ministre (article 458).

## Recommandations du Comité de révision du processus d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs

- Le comité recommande d'appliquer le processus d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs selon les rôles, les responsabilités et l'imputabilité en découlant des divers partenaires.
- Le comité recommande d'appliquer les 43 critères qu'il propose pour agréer les maisons de soins palliatifs tels que les articles 454 et suivants de la LSSSS le prévoient.
- Le comité recommande que le processus soit effectif le 1<sup>er</sup> avril 2012 pour une période n'excédant pas le 31 mars 2016.
- Le comité recommande qu'une nouvelle maison doive répondre à l'ensemble des 43 critères selon la modulation proposée pour certains critères.
- Le comité recommande que la contribution publique aux maisons de soins palliatifs ne doive pas dépasser le coût des services sociosanitaires et doit s'aligner sur les orientations ministérielles en cette matière. Les dépenses considérées sont celles concernant les soins infirmiers et auxiliaires, les services psychosociaux, les services pharmaceutiques et, si le plan d'intervention l'exige, les services d'ergothérapie, de physiothérapie, de nutrition et d'animation de vie spirituelle. Les services médicaux sont exclus, puisqu'ils sont remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- Le comité recommande de tendre vers un modèle d'entente plus uniforme, constituant ainsi un élément structurant d'harmonisation des pratiques et propose à cet effet de référer au même *Guide pour l'élaboration d'un protocole d'entente* que le groupe de travail avait proposé en 2007.

Annexe 1 : Guide pour l'élaboration d'un protocole d'entente entre un centre de santé et de services sociaux et une maison de soins palliatifs

GUIDE POUR L'ÉLABORATION  
D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE  
ENTRE UN CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
ET UNE MAISON DE SOINS PALLIATIFS  
  
VISANT  
LA COORDINATION DES SERVICES DE SOINS PALLIATIFS  
ET DES ÉCHANGES DE SERVICES

Septembre 2007  
(revalidé en janvier 2012)

---

---

## PROTOCOLE D'ENTENTE

---

---

**ENTRE :**     **LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS) DE [NOM DU CENTRE],**  
Personne morale de droit public, légalement constituée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. s. S-4.2), ayant sa principale place d'affaires à l'adresse suivante :

[Adresse]

ici représentée par [nom], directeur général, dûment autorisé à cet effet en vertu d'une résolution du conseil d'administration.

Ci-après appelé le « **CSSS** »

**ET :**           **LA MAISON DE SOINS PALLIATIFS (MSP) [NOM DE LA MAISON]**  
Personne morale, légalement constituée en tant qu'organisme sans but lucratif en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies, ayant ses principales activités à l'adresse suivante :

[Adresse],

ici représentée par [nom, titre], dûment autorisé à cet effet en vertu d'une résolution du conseil d'administration.

Ci-après appelée la « **MSP** »

Ci-après collectivement appelées les « **PARTIES** »

## PRÉAMBULE :

### LES PARTIES EXPOSENT CE QUI SUIT :

**ATTENDU QUE** le CSSS est un établissement public de santé et de services sociaux multivocationnel dont les responsabilités sont définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (ci-après désignée « la Loi »);

**ATTENDU QUE** le CSSS est responsable, en vertu de l'article 99.5 de la Loi, de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants :

1. les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
2. les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
3. l'offre de service requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
4. les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

**ATTENDU QUE** le CSSS a dans ses responsabilités de soins et services d'offrir ses soins palliatifs à la clientèle de son territoire;

**ATTENDU QUE** le CSSS doit, en vertu de l'article 99.7 de la Loi, « afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population » de son territoire, « instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services et partenaires que sont, notamment, (...) les organismes communautaires (...) et les ressources privées »;

**ATTENDU QUE** la MSP est un organisme communautaire sans but lucratif, au sens de l'article 334 de la Loi, et dont la mission est (préciser la mission, dont voici un exemple : offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne qui réside dans le territoire de [NOM] ou les localités [NOMS]) et qui répond aux critères d'admissibilité;

**ATTENDU QUE** les services de soins palliatifs du CSSS et de la MSP sont complémentaires;

**ATTENDU QUE** en vertu de l'article 108.3 de la Loi, « un établissement peut conclure avec un organisme communautaire qui a reçu une allocation financière en application du deuxième alinéa de l'article 454 une entente en vue d'assurer la prestation de tout ou en partie des services de santé ou des services sociaux requis par la clientèle de l'organisme »;

**ATTENDU QUE** le deuxième alinéa de l'article 454 prévoit qu'une allocation financière peut être accordée par l'agence à un organisme communautaire « afin de lui permettre d'obtenir auprès d'un établissement, par entente conclue en application des dispositions de l'article 108.3, tout ou en partie, les services de santé ou de services sociaux requis par la clientèle de l'organisme ou d'offrir certains de ces services »;

**ATTENDU QUE** le CSSS et la MSP ont convenu d'un échange de services en vue d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de soins palliatifs;

**ATTENDU QUE** il y a lieu de préciser dans un protocole d'entente l'offre de service de chacune des parties, les mécanismes de coordination pour assurer la continuité des services de soins palliatifs offerts à la population, et certaines modalités d'échange de services ou de partage de ressources, le cas échéant.

## **LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

### **Article 1 : OBJECTIFS DE L'ENTENTE**

- 1.1. Préciser la contribution du CSSS et de la MSP quant aux services offerts aux personnes requérant des soins palliatifs.
- 1.2. Assurer l'équité, l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes requérant des soins palliatifs.
- 1.3. Établir des mécanismes de partage de l'expertise clinique et d'harmonisation des pratiques professionnelles.
- 1.4. Définir des modalités d'échange de services ou de partage de ressources entre la MSP et le CSSS.

### **Article 2 : PRINCIPES GÉNÉRAUX**

- 2.1. La personne atteinte d'une grave maladie et requérant des soins palliatifs et de fin de vie doit pouvoir choisir librement le lieu de ses derniers jours, selon la disponibilité des ressources du territoire. Les parties reconnaissent que la MSP constitue un des choix possibles.
- 2.2. Les soins palliatifs offerts par le CSSS et par la MSP reposent sur une approche globale de la personne malade, qui comprend la réponse à ses besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels, et qui offre également un soutien aux proches jusque dans la période du deuil, et selon des modalités qui respectent les missions et les limites des ressources humaines et financières des deux parties.
- 2.3. Les soins palliatifs offerts par le CSSS et la MSP sont accessibles sans discrimination ni privilège.



### Article 3 : RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DE LA MSP

- 3.1. Décrire les objets plus spécifiques de la mission, comme l'offre de service de la MSP en soins palliatifs, incluant le volet formation ou sensibilisation, s'il y a lieu.
- 3.2. Définir la clientèle cible de la MSP : critères d'admissibilité, volume, territoire couvert, etc.

#### Concertation

- 3.3. La MSP s'engage à participer, par son ou ses représentants, aux comités et instances du CSSS où elle est invitée et qui sont pertinents à sa mission en soins palliatifs.

### Article 4 : RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CSSS

- 4.1. Le CSSS reconnaît [*deux possibilités de formulation, selon l'historique et la situation de la MSP ou future MSP*]  
l'expertise de la MSP en soins palliatifs et la complémentarité de ses services avec ceux du CSSS.  
ou l'émergence du rôle de la MSP en soins palliatifs, dans une perspective de complémentarité avec les services du CSSS.
- 4.2. Décrire l'offre de service du CSSS en soins palliatifs, selon ce qui est applicable, notamment les lits, l'équipe de consultation hospitalière, les soins à domicile, les services ambulatoires, les services à la clientèle hébergée, les services de soutien dans le deuil, incluant le volet formation, s'il y a lieu et plus particulièrement l'offre de service du CSSS à la maison de soins palliatifs.
- 4.3. Définir la clientèle cible du CSSS : critères d'admissibilité, territoire couvert, etc.

#### Concertation

- 4.4. Le CSSS invite un représentant de la MSP à siéger aux comités et aux instances en lien avec les soins palliatifs (exemples de comités pertinents : comité d'élaboration d'un projet clinique pour le cancer ou des maladies chroniques, comité d'harmonisation des pratiques professionnelles en soins palliatifs, comité d'évaluation des équipes d'oncologie par le Groupe-conseil du MSSS, équipe d'auto-évaluation à une visite d'agrément pour la partie relative aux normes de soins palliatifs, etc.).

## Article 5 : ACCÈS ET CONTINUITÉ DES SERVICES

Les articles de cette section visent à décrire les mécanismes d'accès, de référence et de continuité pour la clientèle, dont voici quelques éléments à prévoir (clauses à personnaliser selon la réalité spécifique de chaque MSP et chaque CSSS).

- 5.1. Décrire les mécanismes de référence vers la MSP [*formulaire de demande, où adresser la demande, copie de dossier ou autres documents requis, délai de traitement de la demande, critères de priorité, etc.*].
- 5.2. La MSP s'engage à diriger vers le CSSS tout patient, avec son consentement, qui s'adresse à la MSP pour une admission en soins palliatifs, mais qui n'est pas déjà connu et suivi à domicile par le CSSS, dans le but d'assurer à ce patient des services et un suivi adéquat à domicile, en attendant son admission éventuelle à la MSP. La MSP transmet alors au CSSS les documents suivants [*préciser*].
- 5.3. Le CSSS s'engage à repérer les usagers qui pourraient bénéficier de la MSP et qui répondent à ses critères d'admission, à promouvoir auprès de ces usagers les services qui sont offerts par la MSP et, le cas échéant, à adresser en leur nom, avec leur consentement, une demande de référence ou d'admission selon les modalités requises par la MSP.
- 5.4. Le CSSS traite avec célérité la demande de la MSP de transférer une personne dont l'état ou les services requis justifient un tel déplacement. Dans le cas où des services additionnels seraient requis en attendant le remplacement de la personne, le CSSS s'engage à ce que ces services soient dispensés dans la mesure des ressources disponibles.

## Article 6 : ÉCHANGES DE SERVICES

### Outils cliniques

- 6.1. La MSP et le CSSS partagent les outils cliniques pertinents, telles les règles de soins, ordonnances collectives, protocoles médicaux, protocoles infirmiers, techniques de soins, politiques et procédures en lien avec les soins infirmiers.

### Services diagnostiques et thérapeutiques

Cet article ne s'applique que si le CSSS offre de tels services.

- 6.2. Lorsque la situation clinique de l'utilisateur le requiert, le CSSS rend disponibles avec célérité et sans frais les services de laboratoire, d'imagerie médicale et de chirurgie.

## Services pharmaceutiques

Cet article ne s'applique que si le CSSS dispose d'une pharmacie hospitalière.

- 6.3. La pharmacie du CSSS donnera accès à la MSP à certains médicaments qui ne peuvent être fournis par une pharmacie d'officine, selon les modalités suivantes : [à définir].

## Prêt de services professionnels

- 6.4. Les services cliniques requis par la personne en fin de vie et ses proches, que la MSP ne peut offrir avec son propre personnel, peuvent faire l'objet d'une entente de prêt de services pour une intervention directe d'un ou plusieurs professionnels cliniques du CSSS auprès de ces personnes à la MSP, et ce, dans les limites de la disponibilité des effectifs (exemples de disciplines cliniques pour un prêt de service : pharmacie, service social, psychologie, nutrition clinique, physiothérapie, ergothérapie, etc.). Des frais de prêt de services seront alors à convenir entre les parties. Toutefois, la consultation téléphonique auprès du professionnel concerné n'occasionne aucuns frais.

## Soutien professionnel

- 6.5. Le CSSS met gracieusement à la disposition de la MSP les expertises professionnelles suivantes, dans le but de soutenir ses activités de qualité et de sécurité : [énumérer les disciplines où un prêt de temps et d'expertise est conclu entre les parties; exemples possibles : conseiller clinique en soins infirmiers, conseiller en prévention des infections, conseiller en gestion de la qualité et des risques, avis du comité de bioéthique, etc.], et ce, dans les limites de leur disponibilité. La demande d'expertise est adressée au directeur du CSSS de qui relève cette expertise.

## Formation

- 6.6. Le CSSS rend accessibles sans frais, au personnel et aux bénévoles de la MSP, les activités de formation offertes à son propre personnel, en lien avec les soins palliatifs et les questions relatives à la qualité, la sécurité et la gestion des risques.

## Soutien administratif et technique

Dans le but de soutenir une MSP, un CSSS pourrait rendre accessibles certains services administratifs et techniques. Des ententes particulières distinctes peuvent être conclues, ou des clauses précises peuvent être prévues dans la présente entente.

Exemples de sujets pouvant faire l'objet d'une entente de soutien, à titre indicatif :

- prêt d'équipement de soins spécialisés non disponible dans la MSP, dans les limites de la disponibilité du CSSS;
- expertise pour les services d'hôtellerie, les services techniques, l'informatique;
- services d'approvisionnement et négociation de prix;
- fournitures spéciales en réserve;
- services de buanderie;
- services alimentaires;
- archivage, numérisation ou microfilmage des dossiers inactifs;
- disposition des déchets biomédicaux.

### Mécanismes de financement

Selon les dispositions de la Loi, il est prévu que les allocations financières aux MSP qui ont obtenu l'agrément en vertu de l'article 454 sont versées par les agences régionales. Toutefois, il existe des CSSS qui versent aussi une allocation financière. Dans ces cas, il est important de prévoir les clauses appropriées dans la présente entente.

## **Article 7 : SUIVI ET ÉVALUATION**

7.1. Les responsables de la mise en œuvre du présent protocole d'entente sont pour le CSSS [madame/monsieur], [nom et fonction] et pour la MSP, [madame/monsieur], [nom et fonction].

7.2. Les parties conviennent de procéder au suivi du protocole d'entente par [préciser quel comité paritaire et à quelle fréquence, par exemple aux quatre, six ou douze mois].

## **Article 8 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PROTOCOLE D'ENTENTE**

### Durée de l'entente

8.1. Le présent protocole d'entente est valide à compter de la signature des parties jusqu'au [indiquer date de la première échéance].

## Renouvellement de l'entente

8.2. Cette entente est renouvelable automatiquement à son échéance, pour des termes de [*indiquer nombre d'années, suggéré deux ou trois*] ans, sans limites du nombre de termes, à moins d'un préavis écrit de trois mois de l'une ou l'autre des parties souhaitant la révocation de l'entente ou la renégociation de différentes clauses.

## Règlement des mésententes

8.3. Les parties conviennent de confier à l'agence régionale l'examen de toute mésentente relative à l'interprétation ou à l'application du présent protocole d'entente, qui ne peut être résolue par les moyens de suivi et d'évaluation prévus à l'article 7. La décision de l'agence régionale, rendue dans les 60 jours de la demande d'examen par les parties, après avoir entendu le CSSS et la MSP, sera finale et sans appel.

EN FOI DE QUOI, les PARTIES ont signé à [*ville*], ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour du mois de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Pour la MSP

Pour le CSSS

\_\_\_\_\_  
[*Nom*]

[*Titre*]

\_\_\_\_\_  
[*Nom*]

Directeur général

## Annexe 2 : Formulaire d'appréciation des modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs

CONDITIONS	INDICATEURS	Requis	Délai accordé pour remplir la condition
<b>1. STATUT</b>			
1.1 La MSP est une personne morale sans but lucratif en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies	1.1.1 Inscrit au Registraire des entreprises du Québec	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1.1.2 Situation régulière au registraire	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1.1.3 Lettres patentes	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.2 Conformité aux lois et règlements en vigueur	1.2.1 Règlements généraux	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1.2.2 Tenue de la dernière assemblée générale dans les délais prévus aux règlements généraux ou par la Loi	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1.2.3 Procès-verbal de la dernière assemblée générale démontrant, notamment, l'adoption de l'ordre du jour, du rapport d'activité, des états financiers et la tenue d'élection démocratique des administrateurs qui respecte ce qui est prévu aux règlements généraux	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.3 La majorité des administrateurs sont des utilisateurs des services ou des membres de la communauté que la maison dessert	1.3.1 Liste des membres du conseil d'administration en place incluant leur activité professionnelle ou leur occupation	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>2. CLIENTÈLE ET OFFRE DE SERVICE</b>			
2.1 Services offerts à la personne	2.1.1 Description de l'offre de service pour les personnes	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.2 Services offerts aux proches	2.2.1 Description de l'offre de service pour les proches dont minimalement des activités d'accompagnement	<input checked="" type="checkbox"/>	

CONDITIONS	INDICATEURS	Requis	Délai accordé pour remplir la condition
2.3 Critères d'admissibilité conformes à la Politique de soins palliatifs de fin de vie	2.3.1 Critères d'admission adoptés par le conseil d'administration et diffusés au réseau public	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.4 Les soins palliatifs offerts par la MSP reposent sur une approche globale incluant la participation de la personne et de ses proches au plan d'intervention ainsi que le travail en interdisciplinarité	2.4.1 Document décrivant la mission et la philosophie d'intervention de la maison conforme aux normes québécoises de soins palliatifs telles que proposées par le Réseau de soins palliatifs du Québec	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2.4.2 Disponibilité d'une équipe interdisciplinaire de soins palliatifs comptant minimalement médecin, infirmière et intervenant psychosocial et accessibilité aux autres disciplines pour prendre en charge les autres besoins physiques, psychologiques et spirituels	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>3. SOINS</b>			
<b>Des soins de qualité</b>			
3.1 Les membres du personnel infirmier et infirmier auxiliaire qui travaillent à la MSP sont membres de leur ordre professionnel	3.1.1 Liste des infirmiers et des infirmiers auxiliaires en poste et leur inscription à jour à leur ordre professionnel	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.2 Les soins palliatifs offerts par la MSP répondent aux normes, aux protocoles et aux guides de pratique standards appropriés et reconnus	3.2.1 Existence de protocoles, de techniques de soins, politiques, de procédures et autres outils cliniques pertinents en soins palliatifs, dont minimalement un protocole d'évaluation et de gestion de la douleur et un protocole d'évaluation des symptômes du client	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.3 La MSP tient, pour chaque personne, un dossier clinique sur l'évolution de son état, <b><i>incluant un Plan thérapeutique infirmier</i></b>	3.3.1 Existence de tels dossiers; <b><i>délai d'un mois pour une nouvelle maison</i></b>	<input checked="" type="checkbox"/>	1 mois

CONDITIONS	INDICATEURS	Requis	Délai accordé pour remplir la condition
3.4 Formation de base donnée à tous les intervenants (membres du personnel et bénévoles) de la MSP	3.4.1 Plan et calendrier de formation de base pour le personnel et les bénévoles	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.5 Formation continue donnée à tous les intervenants (membres du personnel et bénévoles) de la MSP	3.5.1 Plan et calendrier de formation continue pour le personnel et les bénévoles; <b>délai de six mois pour une nouvelle maison</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	6 mois
3.6 La MSP a élaboré une politique concernant la gestion, l'entreposage, l'administration et la destruction des médicaments	3.6.1 Politique écrite de gestion, d'entreposage, d'administration et de destruction des médicaments respectant les lois et règlements en vigueur avec la contribution d'un ou de plusieurs pharmaciens communautaires ou d'établissements	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Des soins accessibles</b>			
3.7 La MSP offre des services cliniques correspondant à l'intensité de soins requise par la personne admise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	3.7.1 Plan d'organisation des services qui prévoit des soins infirmiers sur place et la disponibilité médicale en tout temps <sup>3</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Des soins en continuité</b>			
3.8 Entente de services avec le CSSS qui précise : - l'offre de service en matière de soins palliatifs de part et d'autre; - les mécanismes de coordination; - les mécanismes de concertation; - les mécanismes d'accès de cette offre; - la description du soutien clinique offert par le CSSS - la description du soutien administratif, le cas échéant	3.8.1 <b>Entente valide signée; délai de six mois pour une nouvelle maison</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	6 mois

<sup>3</sup> Par disponibilité médicale, on entend un minimum de deux à trois visites par semaine de chaque patient par son médecin de famille ou par un médecin attiré à la MSP ainsi que la possibilité de rejoindre facilement en tout autre temps un médecin de la MSP, le médecin de famille ou un médecin de son groupe de pratique qui assure la couverture médicale et la garde.



CONDITIONS	INDICATEURS	Requis	Délai accordé pour remplir la condition
<b>4. SÉCURITÉ</b>			
4.1 Gestion des mesures d'urgence	4.1.1 Plan d'évacuation affiché	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4.1.2 Un plan d'évacuation d'urgence écrit est disponible aux employés; <i>délai de trois mois pour une nouvelle maison</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	3 mois
	4.1.3 Un plan de formation et de mise à jour de même que des exercices de simulation sont en place; <i>délai de trois mois pour une nouvelle maison</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	3 mois
	4.1.4 Le schéma de couverture de risque contre les incendies de la municipalité connaît l'existence de la MSP et la condition des résidents	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4.1.5 Disponibilité d'une trousse de premiers soins et capacité à donner la réanimation cardio-respiratoire de base; <i>délai de six mois pour une nouvelle maison</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	6 mois
4.2 Assurance : - commerciale; - responsabilité civile; - responsabilité professionnelle couvrant l'ensemble de ses salariés et de ses bénévoles.	4.2.1 Contrats d'assurance <i>en vigueur</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4.3 Politique de gestion des risques	4.3.1 Politique de déclaration et de divulgation des incidents/accidents	<input checked="" type="checkbox"/>	

CONDITIONS	INDICATEURS	Requis	Délai accordé pour remplir la condition
	4.3.2 Processus d'analyse des incidents et des accidents	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4.3.3 <i>Rapport annuel des analyses des incidents et accidents</i>		12 mois
	4.3.4 Politique de prévention et de gestion des infections	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4.3.5 Politique écrite de disposition de déchets biomédicaux conforme aux normes environnementales	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>5. ÉTHIQUE</b>			
5.1 Mesures pour assurer la sécurité, la circulation des informations cliniques, leur conservation et la destruction des informations détenues selon les normes et procédures en vigueur	5.1.1 Politique de gestion et de conservation des dossiers cliniques	<input checked="" type="checkbox"/>	
	5.1.2 Procédure de transmission confidentielle des informations cliniques entre les partenaires dispensateurs de services	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.2 Code d'éthique régissant la confidentialité et les conflits d'intérêts pour tous les intervenants	5.2.1 Code d'éthique incluant les comportements relatifs à la confidentialité verbale des informations et les conflits d'intérêts	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>6. QUALITÉ</b>			
6.1 La MSP dispose d'un processus de traitement des différends et d'un mécanisme d'évaluation de satisfaction de la clientèle	6.1.1 Nomination d'un responsable des <i>différends</i> sans lien d'emploi avec l'organisme	<input checked="" type="checkbox"/>	
	6.1.2 Questionnaire de satisfaction de la clientèle	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<i>6.1.3 Rapport annuel d'évaluation de la satisfaction de la clientèle</i>		12 mois

6.2 La MSP réalise annuellement des activités d'amélioration continue de la qualité et en fait rapport à son conseil d'administration	6.2.1 <b>Rapport des activités de la dernière année pour les maisons en activité; délai de douze mois pour une nouvelle maison</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 mois
	6.2.2 <b>Procès-verbaux du conseil d'administration faisant état du dépôt du Rapport des activités annuelles d'amélioration continue de la qualité</b>		12 mois
<b>7. GESTION ET GOUVERNE</b>			
7.1 Processus de recrutement, de sélection et d'encadrement des bénévoles	7.1.1 Politique de gestion du bénévolat adoptée par le conseil d'administration	<input checked="" type="checkbox"/>	6 mois
7.2 Les employés et les bénévoles ont accès à du soutien professionnel et personnel	7.2.1 Énumération des activités disponibles (programme d'aide aux employés, mécanismes de référence à des intervenants externes, groupe de parole, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	6 mois
7.3 Rapport financier présenté et adopté à l'assemblée générale selon les modalités suivantes : - rapport de mission d'examen pour les allocations financières de moins de 100 000 \$ - rapport de vérification pour les subventions de 100 000 \$ et plus	7.3.1 Rapport de mission ou de vérification <b>du dernier exercice financier complété; délai de quinze mois pour une nouvelle maison</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	15 mois
7.4 L'agence de la santé et des services sociaux et la maison de soins palliatifs ont convenu d'une entente de nature financière comme prévu par l'article 454 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, qui précise notamment les montants de l'allocation financière et les objectifs de résultats (indicateurs d'accessibilité ou de volume d'activité) à atteindre. L'entente prévoit également les autres mécanismes de reddition de compte de la MSP, tels les rapports financiers, de plaintes et d'accidents, etc.	7.4.1 <b>Entente signée pour l'année en cours; délai de six mois pour une nouvelle maison</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	6 mois

## Annexe 3 : Modèle d'extrait de résolution du conseil d'administration attestant la demande d'agrément

### Extrait de résolution d'une séance du conseil d'administration

Lors d'une réunion du conseil d'administration dûment convoquée tenue le [DATE] de [NOM DE LA MAISON], à laquelle le quorum a été constaté, il a été résolu à l'unanimité ou à la majorité d'adresser à l'Agence de la santé et des services sociaux de [NOM DE LA RÉGION] une demande d'agrément en application de l'article 457 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

À cette fin, un dossier d'évaluation contenant les documents pertinents pour démontrer que la maison répond aux critères d'agrément sera soumis à l'agence. Ce dossier a été déposé aux membres du conseil d'administration qui ont pu en discuter après en avoir pris connaissance. Ils confirment l'exactitude des informations transmises et ils affirment que ces documents ont été approuvés par résolution du conseil d'administration.

Signé le,

Secrétaire du conseil d'administration