



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Guide d'information

**Demande de permis pour l'exploitation d'un
centre d'hébergement et de soins de longue
durée privé**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-75396-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

Table des matières

SECTION I : INFORMATIONS GÉNÉRALES	2
1. Définition d'établissement privé	2
2. Mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée	2
3. Obligation de détenir un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux	3
4. Normes applicables au nom des établissements et des installations du réseau de la santé et de services sociaux	3
5. Conditions relatives à l'acte constitutif de la personne morale ou de la société qui sollicite le permis.....	4
SECTION II : INFORMATIONS RELATIVES À LA DEMANDE DE PERMIS	5
1. Prérequis à une demande de permis	5
2. Présentation de la demande de permis	6
2.1 Validation du nom et autorisation ministérielle	8
3. Ajustement de l'acte constitutif ou constitution de la personne morale ou de la société de personnes à qui le permis sera délivré	8
3.1 Transmission de documents	9
4. Délivrance du permis	9
SECTION III : QUELQUES INFORMATIONS RELATIVES À L'EXPLOITATION D'UN CHSLD	10
1. Approche du milieu de vie.....	10
2. Profils de la clientèle admissible	11
3. Offre de soins et services applicables.....	12
4. Amélioration continue de la qualité des soins et des services	14
SECTION IV : PERFORMANCES FONCTIONNELLES ET TECHNIQUES	23
1. Principes directeurs.....	23
2. Performances fonctionnelles et techniques	23
3. CADRE LÉGAL	23
SECTION V : RÉFÉRENCES APPLICABLES	24

SECTION I : INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. DÉFINITION D'ÉTABLISSEMENT PRIVÉ

Au Québec, les établissements sont publics ou privés¹. La Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) (ci-après appelée « LSSSS ») définit un établissement privé comme tout établissement² :

- 1° non constitué en personne morale;
- 2° constitué en personne morale à but lucratif;
- 3° constitué en personne morale sans but lucratif et exerçant des activités propres à la mission d'un centre hospitalier, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un centre de réadaptation pourvu que les installations maintenues par l'établissement ne puissent permettre d'héberger plus de 20 usagers.

ÉTABLISSEMENT ET INSTALLATION

Il est important de bien différencier la notion d'établissement de celle d'installation. L'établissement est l'entité, ayant une existence légale, responsable de la qualité des soins et des services offerts. Pour fonctionner, il doit posséder au moins une unité concrète de production de biens ou de services, appelée installation. Ainsi, la notion d'installation fait référence au lieu physique où les services à la population sont offerts.

Les notions d'établissement et d'installation ne peuvent exister séparément l'une de l'autre. Alors qu'un établissement peut gérer une ou plusieurs installations, parfois situées sur des territoires différents, une installation doit dépendre d'un seul établissement. Les préoccupations administratives (achats, ventes, plaintes, réclamations, données financières ou statistiques, etc.) porteront sur l'établissement, alors que celles relatives aux services eux-mêmes (quels sont ces services? Où peut-on les recevoir?) feront appel à la notion d'installation.

2. MISSION D'UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Selon l'article 83 de la LSSSS, « la mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est d'offrir, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou

1. Art. 97, Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) (LSSSS).
2. Art. 99, LSSSS.

psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. »

La mission d'un CHSLD peut notamment comprendre l'offre des services d'hébergement suivants :

- lits d'hébergement permanent;
- lits d'hébergement permanent en santé mentale;
- lits d'hébergement temporaire;
- lits d'hébergement temporaire en santé mentale.

3. OBLIGATION DE DÉTENIR UN PERMIS DÉLIVRÉ PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Conformément à l'article 437 de la LSSSS, pour pouvoir exercer les activités propres à la mission d'un CHSLD, il est obligatoire d'être titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le permis pour l'exploitation d'un tel établissement est délivré au nom d'une personne morale ou d'une société de personnes constituée en vertu d'une loi québécoise.

De plus, aucune personne ne peut exploiter une installation, ni laisser croire, de quelque façon que ce soit, qu'elle est autorisée à exercer les activités propres à la mission d'un CHSLD ou exercer une activité sous un nom incluant les mots « centre d'hébergement et de soins de longue durée » si elle n'est pas titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu des dispositions de la LSSSS³.

4. NORMES APPLICABLES AU NOM DES ÉTABLISSEMENTS ET DES INSTALLATIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le nom d'un établissement de même que celui d'une installation doivent être composés d'une partie « générique », qui renseigne la population sur la nature de leur mission, suivie d'un seul « spécifique », qui sert à distinguer un établissement d'un autre ou une installation d'une autre. De plus, les noms doivent respecter les normes de la Commission de toponymie du Québec et les règles de l'Office québécois de la langue française.

Ainsi, le nom de tout établissement qui exploite un CHSLD doit contenir le générique « Centre d'hébergement et de soins de longue durée ». Quant au nom de toute installation maintenue par celui-ci, il doit contenir le générique « CHSLD ». La deuxième partie du nom, proposée par le promoteur, peut être composée du nom

3. Art. 438, LSSSS.

d'une localisation par rapport à un lieu (exemple : nom d'une rue ou d'un quartier), d'une caractéristique géographique (exemple : rivière, anse ou colline à proximité) ou du nom d'une personne importante pour le milieu et décédée depuis au moins un an.

Exemples de noms pour un établissement :

- Centre d'hébergement et de soins de longue durée René-Lévesque;
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Charlesbourg;
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Mont-Joli.

Exemples de noms pour une installation :

- CHSLD du Plateau;
- CHSLD de la Rivière;
- CHSLD Saint-Laurent.

5. CONDITIONS RELATIVES À L'ACTE CONSTITUTIF ⁴ DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ QUI SOLLICITE LE PERMIS

Pour qu'une personne morale ou une société soit titulaire d'un permis, son nom doit respecter les normes applicables aux noms des établissements et des installations du réseau de la santé et des services sociaux et ses activités doivent se limiter à l'exploitation d'un CHSLD. Il faut souligner qu'étant donné cette limite concernant les activités, la personne morale ou la société ne pourrait pas exploiter également d'autres milieux de vie, comme une résidence privée pour aînés (RPA), une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familial (RTF).

Par ailleurs, selon l'article 316 de la LSSSS, « l'acte constitutif d'un établissement ne peut être accordé, modifié, révoqué ou abandonné sans l'autorisation écrite du ministre ». Cela signifie que le ministre devra autoriser au préalable la modification de l'acte constitutif de la personne morale ou de la société qui sollicite le permis, et ce, aux seules fins de changer son nom et de limiter ses activités à l'exploitation d'un CHSLD. Si la personne morale ou la société à qui le permis serait délivré n'est pas encore constituée, le ministre devra autoriser au préalable sa constitution.

4. L'expression « acte constitutif » utilisée dans le présent guide fait référence aux statuts ou lettres patentes d'une personne morale ou au contrat de société d'une société de personnes, selon le cas.

SECTION II : INFORMATIONS RELATIVES À LA DEMANDE DE PERMIS

1. PRÉREQUIS À UNE DEMANDE DE PERMIS

Avant de pouvoir présenter une demande de permis, le requérant devra définir son projet et remplir les conditions minimales suivantes :

- définir les objectifs à atteindre en termes de soins et de services aux usagers, les moyens envisagés et l'organisation des soins et des services proposés;
- fixer des critères d'admission de la clientèle qui soient cohérents avec les orientations ministérielles;
- décrire les services offerts, le nombre et la qualification des employés ainsi que les conditions de travail;
- procéder à une étude de marché qui démontre clairement la présence d'une clientèle en perte d'autonomie capable d'assumer les coûts liés aux services requis ainsi que la pertinence de développer de nouvelles places en CHSLD dans la région choisie; cette étude devra faire la preuve de la viabilité du projet;
- s'assurer du respect des règlements municipaux, qui peuvent fixer des normes plus exigeantes que celles de la Loi sur le bâtiment (chapitre B-1.1);
- préparer des prévisions budgétaires ainsi qu'un montage financier;
- s'assurer que la personne morale ou la société qui sollicitera le permis satisfait aux conditions suivantes :
 - elle est solvable;
 - elle-même ou l'un de ses administrateurs n'a pas été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la LSSSS ou à ses règlements;
 - elle n'a pas été titulaire d'un permis qui, dans les trois ans précédant la demande, a été révoqué ou, le cas échéant, non renouvelé en vertu de l'article 446 ou 446.1 de la LSSSS;
 - aucun de ses administrateurs n'a été déchu, dans les trois ans précédant la demande, de ses fonctions comme membre du conseil d'administration d'un établissement en vertu du paragraphe 2 de l'article 498 de la LSSSS;
 - elle-même ou l'un de ses administrateurs n'a pas été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'un acte criminel lié à l'exercice des activités pour lesquelles un permis est demandé, ou, ayant été déclaré coupable, a obtenu la réhabilitation ou le pardon;
 - elle n'exerce pas des activités propres à l'exploitation d'une RPA, d'une RI ou d'une RTF.

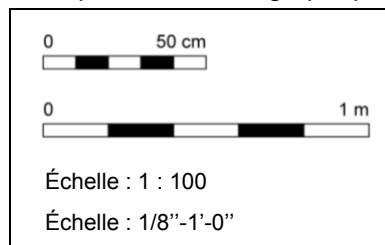
2. PRÉSENTATION DE LA DEMANDE DE PERMIS

La personne qui sollicite le permis doit transmettre sa demande au moyen du formulaire prescrit par le ministre et posséder les qualités, remplir les conditions et fournir les renseignements et les documents prescrits par règlement⁵. Elle doit également démontrer sa capacité à administrer l'établissement sur les plans tant professionnel qu'administratif et financier.

Pour effectuer une demande de permis, le requérant fait parvenir au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le formulaire prévu à l'annexe I du présent guide dûment rempli et signé ainsi que les documents suivants :

- le curriculum vitæ du promoteur;
- une copie de l'étude de marché réalisée;
- une lettre du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) confirmant le besoin de places de CHSLD sur son territoire;
- un organigramme de la structure organisationnelle du futur établissement;
- une copie du contrat type à intervenir entre l'usager et l'établissement indiquant clairement les services couverts, les frais supplémentaires hors contrat, les modalités de paiement et les modalités de résiliation;
- une copie des conditions de travail et d'engagement du personnel;
- une attestation signée par un professionnel habilité en réglementation du bâtiment, par exemple un architecte ou un ingénieur, qui confirme que le bâtiment ou la partie du bâtiment qui abritera la mission CHSLD est conforme aux exigences du Code de construction (chapitre B-1.1, r. 2) ou du Code de sécurité du bâtiment (chapitre B-1.1, r. 3) et de toute autre disposition réglementaire adoptée en vertu de la Loi sur le bâtiment pour l'usage envisagé;
- une copie des plans du bâtiment comprenant une échelle graphique;

Exemples d'échelles graphiques



5. Art. 441, LSSSS.

Les plans devront indiquer (p. ex. au moyen d'une couleur) les secteurs hébergeant la future mission « CHSLD » (ex. : les unités de vie, les espaces communs) de façon à les différencier, le cas échéant, des autres secteurs accueillant un autre type de clientèle (ex. : une clientèle de RI, une RPA);

Sur les plans, les locaux suivants doivent être indiqués :

- les chambres à deux lits;
 - les chambres à un lit;
 - les salles de toilette réservées aux chambres de la clientèle;
 - les salles d'eau (douche adaptée, salle de bain à hauteur variable) réservées aux résidents;
 - les lavabos dans les chambres, s'il y en a;
 - les salons;
 - les salles à manger;
 - les centres de services;
 - les dépôts de matériel souillé (utilité souillée);
 - les locaux de matériel propre (utilité propre);
 - les locaux d'hygiène et de salubrité (dépôt concierge);
 - les buanderettes, s'il y en a;
 - les salles polyvalentes;
 - les salles familiales;
 - le salon de coiffure;
 - le local climatisé de chacune des unités de vie, comme le requiert le tableau des performances fonctionnelles et techniques du formulaire;
 - l'entrée principale du futur CHSLD et le poste d'accueil et de réception.
- un plan d'implantation du bâtiment (site), c'est-à-dire qui indique les dimensions du terrain et du bâtiment lui-même, une vue d'ensemble des stationnements, les moyens d'accès (un plan de type « Google Map ») ou un certificat de localisation si le bâtiment est existant (description extérieure de l'immeuble);
 - pour les résidences ou les CHSLD déjà en activité, les états financiers de la dernière année d'exploitation, accompagnés minimalement d'un rapport de mission d'examen ainsi que d'une attestation de Revenu Québec (http://www.revenuquebec.ca/fr/sepf/services/scr_amr_demande/default.aspx); pour les nouveaux projets, un bilan personnel des promoteurs;
 - si la personne morale ou la société qui sollicite le permis est déjà constituée :
 - une résolution du conseil d'administration ou du conseil de gestion interne, selon le cas, autorisant la présentation de la demande de permis et mandatant une personne à cet effet⁶;
 - une copie de l'acte constitutif;
 - une copie des modifications apportées à l'acte constitutif, s'il y a lieu.

6. À titre indicatif, mentionnons que les communications relatives à la demande de permis se feront entre le MSSS et la personne mandatée pour présenter la demande.

À la demande du MSSS, le requérant pourrait être appelé à transmettre d'autres documents ou des renseignements supplémentaires nécessaires à l'analyse de la demande.

La demande de permis doit être postée à l'adresse suivante :

Direction des ententes de gestion et d'imputabilité
et des relations institutionnelles
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Pour toute question relative à une demande de permis pour l'exploitation d'un CHSLD privé, écrivez-nous à l'adresse électronique permis@msss.gouv.qc.ca.

2.1 Validation du nom et autorisation ministérielle

Le MSSS accuse réception de documents transmis et informe le requérant de la conformité aux normes applicables des noms proposés pour l'établissement et les installations. Le cas échéant, le requérant sera avisé des modifications qui devraient être apportées aux noms pour les rendre conformes. Par la suite, le requérant choisit parmi les noms proposés et validés par le MSSS ceux du futur établissement et de la ou des installations.

Le requérant est également informé des documents à transmettre pour demander l'autorisation ministérielle requise par l'article 316 de la LSSSS et compléter ainsi la demande de permis.

3. AJUSTEMENT DE L'ACTE CONSTITUTIF OU CONSTITUTION DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ DE PERSONNES À QUI LE PERMIS SERA DÉLIVRÉ

Si la demande est acceptée, le ministre autorise par écrit, conformément à l'article 316 de la LSSSS, la constitution ou la modification de l'acte constitutif, selon le cas, de la personne morale ou de la société de personnes à qui le permis sera délivré.

Pour une personne morale, l'original de cette autorisation est transmis au Registraire des entreprises du Québec (REQ). Parallèlement, le MSSS fait parvenir au requérant une copie de l'autorisation ministérielle. Une fois cette autorisation reçue, ce dernier pourra entreprendre les démarches nécessaires auprès du REQ pour la constitution ou la modification de l'acte constitutif, selon le cas, de la personne morale à qui le permis sera délivré. Pour une société de personnes, l'original de l'autorisation est transmis au requérant, qui peut ensuite conclure ou modifier le contrat de société.

3.1 Transmission de documents

Le requérant transmet au MSSS une copie des documents délivrés par le REQ ainsi que l'engagement pour l'affichage du permis prévu à l'annexe II du présent guide.

Lorsqu'il s'agit de la constitution d'une personne morale ou d'une société de personnes, le requérant fait également parvenir une résolution du conseil d'administration ou du conseil de gestion interne, selon le cas, autorisant la présentation de la demande de délivrance de permis.

4. DÉLIVRANCE DU PERMIS

Finalement, conformément à l'article 441 de la LSSSS, le ministre délivre le permis. Le titulaire du permis devra exercer ses activités conformément à ce qui est indiqué à son permis⁷ et l'afficher à la vue du public⁸.

Le permis délivré par le ministre est valide tant qu'il n'est pas modifié, révoqué ou retiré⁹.

Le permis ne peut être cédé sans l'autorisation écrite du ministre¹⁰.

7. Art. 444, LSSSS.

8. Art. 6, Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2, r. 8).

9. Art. 442, LSSSS.

10. Art. 445, LSSSS.

SECTION III : QUELQUES INFORMATIONS RELATIVES À L'EXPLOITATION D'UN CHSLD

1. APPROCHE DU MILIEU DE VIE

Pour assurer un milieu de vie de qualité en CHSLD, il est essentiel que les établissements mènent une réflexion et agissent au quotidien pour améliorer, de façon continue et adaptée, les soins et services qu'ils offrent aux résidents. Il est important de privilégier une approche permettant à la personne hébergée et à ses proches de faire partie intégrante du processus de décision et de prioriser une philosophie d'intervention mettant l'accent sur les caractéristiques et les besoins de la personne hébergée ainsi que sur un environnement physique approprié.

Une telle approche s'intéresse à l'expérience de soins et de services que la personne hébergée vit, au soutien et à l'intégration des familles et des proches, au travail en équipe interdisciplinaire et à une organisation flexible du travail. En somme, elle comprend tout autant la notion d'un milieu de vie chaleureux qui s'apparente au milieu familial que la notion de soins de santé et d'assistance de qualité, professionnels, évolutifs et donnés selon les meilleurs standards.

Les éléments d'un milieu de vie de qualité présentés ne doivent pas être perçus comme étant exhaustifs. Même si elles ne figurent pas toutes dans le présent guide, les initiatives locales visant à favoriser la qualité de vie des résidents en CHSLD et qui respectent les orientations ministérielles en vigueur doivent également être valorisées.

La qualité du milieu de vie devrait être une préoccupation de tous ceux qui interviennent directement ou indirectement auprès de la clientèle hébergée. L'approche à privilégier doit chercher à circonscrire les interventions devant convenir à toute clientèle hébergée en CHSLD. Ainsi, cette approche doit être soutenue par la philosophie basée sur les principes directeurs des orientations ministérielles en vigueur, exposées notamment dans *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*¹¹ :

- les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement;
- l'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités et de l'autonomie des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle;
- la qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie;

11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, 2003.

- l'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et favoriser leur implication dans la prise de décision;
- la personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité;
- toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permet de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination;
- l'établissement doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs.

De plus, il a été documenté que la stabilité du personnel en CHSLD pourrait influencer la qualité des soins et des services. Un haut taux de roulement du personnel, associé au recours à des employés d'agences privées, peut avoir une influence non négligeable sur la nature et la continuité des soins et services. Ces facteurs ont des conséquences sur les liens que peuvent tisser les résidents avec le personnel, donc sur la qualité du milieu de vie.

Par ailleurs, l'un des principes centraux qui guident l'offre des services et des soins concerne l'utilisation optimale des capacités des résidents. De fait, il est important d'exposer les façons dont l'exploitant envisage que son personnel doit encourager les personnes hébergées à maintenir le plus possible leur autonomie et leur indépendance. De plus, les interventions devront favoriser la stimulation intellectuelle, affective, sociale et physique des personnes hébergées. Sans cela, leur autonomie fonctionnelle risque de se détériorer à brève échéance.

2. PROFILS DE LA CLIENTÈLE ADMISSIBLE

Le MSSS a émis des balises d'admission en CHSLD à l'hiver 2012¹². Ces profils ISO-SMAF (annexe III du présent guide) sont considérés comme un outil de soutien à l'évaluation et à l'orientation de la clientèle dans le continuum de soins aux aînés, y compris en CHSLD. Les profils sont des regroupements d'usagers qui présentent des similitudes en ce qui concerne leurs atteintes et leurs limitations fonctionnelles. Au nombre de 14, les profils ISO-SMAF sont regroupés en cinq grandes catégories définies en fonction du type d'atteintes prédominantes et des incapacités.

La très grande majorité des admissions en CHSLD doit être réservée aux personnes qui présentent des profils ISO-SMAF allant de 10 à 14 et qui ne peuvent plus demeurer dans la communauté sans risque que leur bien-être ou leur sécurité soit compromis. Bien que les profils ISO-SMAF s'avèrent indispensables comme outils d'aide à la décision, ils ont une valeur indicative plutôt qu'absolue et exécutoire. Ils ont pour finalité de soutenir le jugement clinique et non d'en tenir lieu. La mise à profit

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Balises pour l'admission des personnes âgées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, décembre 2012, 20 p.

des connaissances et de l'expérience des intervenants demeure essentielle dans le processus décisionnel menant à l'orientation ou non d'un aîné vers un CHSLD.

Étant donné l'âge avancé des personnes hébergées en CHSLD, la très grande majorité d'entre elles sont susceptibles de présenter un profil gériatrique lors de leur admission. Les caractéristiques associées à un tel profil devraient être prises en compte par les intervenants de l'établissement privé dans le processus décisionnel menant à une orientation ou non vers un CHSLD. L'analyse de la condition clinique des personnes devrait tenir compte des variables biopsychosociales reconnues comme caractéristiques d'un profil gériatrique.

Voici un aperçu global des profils que nous retrouvons en CHSLD.

- Les usagers de profil 10 sont ambulants et ont une atteinte grave des fonctions mentales. Ils présentent généralement des troubles de comportement importants pouvant nécessiter une surveillance intensive. Ils ont besoin d'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ). Cette aide est partielle ou complète selon le type d'activités.
- Les personnes dont le niveau d'autonomie correspond aux profils 11 à 14 ont une atteinte prédominante mixte (motrice et mentale) et ont toutes besoin d'aide à la mobilité. Le profil 11 regroupe des individus qui ne sont pas généralement incontinents et qui ont besoin d'aide pour les AVQ.
- Les personnes du profil 12 sont généralement incontinentes, peuvent présenter des troubles de comportement et sont dépendantes de leur entourage pour l'accomplissement des AVQ.
- Quant aux personnes des profils 13 et 14, elles sont alitées. Elles ont une atteinte mentale grave (profil 13) ou très grave avec troubles de communication (profil 14). Ces usagers sont dépendants de leur entourage pour la mobilité et les AVQ.
- Les personnes du profil 14 ont aussi besoin d'aide à la communication.
- Les personnes présentant des profils 10 à 14 ne doivent pas être systématiquement orientées vers un CHSLD. Certaines d'entre elles peuvent être maintenues à domicile dans la mesure où elles bénéficient d'un important soutien de la part de leurs proches et d'un plan de services intensifs à domicile qui minimise les risques de désorganisation.

3. OFFRE DE SOINS ET SERVICES APPLICABLES

Selon les différents profils de la clientèle de CHSLD, les besoins des résidents sont multiples, complexes et évolutifs. Cela représente un grand défi pour la planification de l'offre de soins et de services pour la clientèle hébergée.

L'établissement qui exploite un CHSLD veille à ce que les besoins des personnes hébergées soient évalués périodiquement et à ce que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. Pour ce faire, l'établissement doit s'assurer

que les résidents ont une évaluation à jour (minimalement de moins d'un an et plus récente au besoin) ainsi qu'un plan d'intervention. L'offre des services et des soins doit non seulement répondre aux besoins et aux attentes des résidents, mais aussi favoriser la stabilité des liens entre les personnes hébergées et le personnel du CHSLD. De plus, pour assurer une qualité de services, la pratique collaboratrice incluant le résident et ses proches est incontournable.

SOINS ET SERVICES APPLICABLES

En plus du gîte, les CHSLD doivent offrir, au besoin, les soins et les services suivants aux résidents¹³ :

- **Soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire, préposée aux bénéficiaires)** : activités de type préventif, curatif, palliatif, activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi ainsi qu'activités d'assistance et de confort auprès des résidents. Une présence infirmière sur place 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pendant les trois quarts de travail doit être assurée¹⁴.
- **Soins médicaux** : activités d'évaluation, de diagnostic, de prescription, de traitement et de suivi.
- **Soins pharmaceutiques** : activités qui visent à garantir l'utilisation optimale des médicaments.
- **Nutrition clinique** : activités qui visent à dépister, à prévenir et à corriger les problèmes alimentaires.
- **Service d'alimentation** : activités qui visent à procurer une alimentation de qualité, nutritive et suffisante.
- **Service d'animation-loisirs** : activités de loisirs diversifiées et significatives qui renforcent le potentiel des résidents.
- **Service de réadaptation** : activités qui visent à minimiser les conséquences des problèmes de santé, à développer les habiletés compensatrices, à utiliser le potentiel de la technologie et à adapter l'environnement dans le but de préserver l'autonomie de la personne hébergée.
- **Services psychosociaux** : activités qui visent à restaurer et à préserver l'équilibre psychologique et social de la personne hébergée et de ses proches ainsi que des activités de réinsertion sociale, d'adaptation aux changements de milieu de vie, d'utilisation des ressources de la communauté, de prévention des problèmes de santé mentale, de dépistage et de prévention de la négligence et des abus.

13. Des orientations ministérielles encadrant la pratique en CHSLD sont actuellement en élaboration et viendront guider l'offre de services à assurer.

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Avis sur la présence infirmière en CHSLD*, mai 2014.

- **Services de podiatrie** : activités d'évaluation, de traitement et de suivi de la santé des pieds.
- **Services buccodentaires** : activités d'évaluation, de traitement et de suivi de la santé buccodentaire.

Pour ce qui est des services requis de façon intermittente, des façons de faire doivent être mises au point pour en offrir l'accès aux usagers lorsque le besoin s'en fait sentir. Qu'il s'agisse de médecins spécialistes, d'orthophonistes et d'audiologistes, d'inhalothérapeutes, d'optométristes, de sexologues, de thérapeutes d'approches alternatives (comme la massothérapie ou la zoothérapie), de gérontopsychiatres, de neuropsychiatres, etc., toutes les possibilités doivent être explorées : ententes avec des établissements, partage de ressources professionnelles itinérantes, achat de services auprès de professionnels œuvrant au privé, dans les organismes communautaires, au municipal, vidéoconférence pour accès à l'expertise professionnelle à distance, etc.¹⁵.

DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Le développement des compétences du personnel en CHSLD constitue un des éléments indispensables à la création d'un milieu de vie de qualité. La formation doit toucher tous les aspects de la personne, physiques, psychologiques, sociaux et affectifs. Elle permet non seulement d'améliorer les compétences du personnel, mais aussi de favoriser un meilleur climat de travail¹⁶.

Il importe d'encourager et de favoriser le développement :

- de la formation continue;
- de la recherche;
- du partage des connaissances;
- du soutien clinique, etc.

4. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Ces dernières années, la législation, la réglementation ainsi que les politiques et orientations du MSSS ont permis l'application et l'évolution de mécanismes et de mesures visant l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux usagers ainsi que le respect de leurs droits.

La LSSSS confie aux établissements différentes responsabilités en matière de qualité et de prestation sécuritaire des soins et des services. En vertu de cette loi, tout établissement est tenu de mettre en place un ensemble de mécanismes d'assurance de la qualité des soins et des services et d'en faire un suivi adéquat. Ces mécanismes concernent notamment la démarche d'agrément, le régime d'examen des plaintes, le système de gestion des risques et l'application des mesures de

15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, 2003, p. 15.

16. *Ibid.*, p. 19.

contrôle. L'établissement doit également mettre en place des comités découlant de ces mécanismes ou s'ajoutant à ces derniers, tels que les comités des usagers et de résidents, le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité.

Certaines instances régies par d'autres lois, dont le Bureau du coroner et le Protecteur du citoyen, contribuent également à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services. Elles produisent des rapports dont l'établissement doit assurer le suivi adéquat des recommandations formulées.

Ainsi, le promoteur d'un CHSLD privé est tenu de mettre en place chacun des mécanismes d'assurance de la qualité ou des comités prescrits par la loi. Il doit respecter les modalités d'application, les normes s'y rattachant ainsi que les recommandations, obligations ou suivis en découlant. Plus précisément, puisque les mécanismes peuvent évoluer dans le temps, l'exploitant d'un CHSLD privé demeure responsable de s'assurer du respect des normes ou règles d'application en vigueur.

Bien qu'aucun de ces mécanismes ou mesures contribuant à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services et au respect des droits des usagers ne constitue une condition préalable à l'obtention d'un permis d'exploitation, l'établissement doit les mettre en place, le plus rapidement possible, une fois le permis délivré. De plus, il est de la responsabilité de l'établissement de démontrer au MSSS que les obligations et exigences liées à chacun des mécanismes ou mesures sont respectées. Par ailleurs, chaque établissement doit s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité qui prévoit notamment l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action. Ce dernier doit intégrer les diverses recommandations, mesures ou actions définies à la suite de l'analyse des éléments issus de l'application des mécanismes d'assurance de la qualité ou du contenu d'autres rapports.

DÉMARCHE D'AGRÉMENT

L'agrément constitue la reconnaissance officielle par une autorité externe et compétente de l'engagement d'un établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et des services offerts à ses usagers. L'agrément se définit comme un processus d'autoévaluation et d'évaluation externe d'un ensemble de pratiques et de processus organisationnels en fonction de normes nationales et internationales qui font référence aux meilleures pratiques pour améliorer la qualité des soins et des services, et ce, en fonction d'une démarche qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement. Deux organismes d'agrément sont reconnus par le ministre : le Conseil québécois d'agrément et Agrément Canada.

Afin d'outiller les établissements pour la réalisation de la démarche d'agrément, le MSSS a préparé les *Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*¹⁷.

Inscription à une démarche d'agrément

L'agrément est une obligation légale. En effet, selon l'article 107.1 de la LSSSS, tout établissement doit obtenir d'un organisme d'accréditation reconnu et maintenir l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il assure. Ainsi, le détenteur du permis d'exploitation d'un CHSLD privé doit, selon son choix, communiquer avec l'un des deux organismes d'agrément reconnus par le ministre dès l'obtention de son permis et, sauf exception, être visité par ce dernier dans les 12 mois suivant l'obtention de ce permis.

Obtention et maintien de l'agrément

Depuis le 1^{er} avril 2015, les nouveaux agréments obtenus sont valables pour une durée maximale de cinq ans (elle était de quatre ans auparavant). L'obtention de l'agrément signifie que l'établissement a recours aux processus et aux méthodes d'amélioration de la qualité des soins et des services qui permettent de déceler les problèmes en temps opportun et de mettre en œuvre les actions pour les corriger. L'établissement doit s'assurer de maintenir en tout temps l'agrément.

Suivi de la visite d'agrément

Le rapport émis à la suite de la visite d'agrément indique à l'établissement son degré de conformité aux normes d'excellence fixées par le programme d'agrément. Il lui décrit également en détail les conditions auxquelles il devra se conformer pour maintenir l'agrément de ses services. Le conseil d'administration de l'établissement doit prendre connaissance du rapport dès que possible. L'établissement doit rendre le rapport d'agrément public sur son site Web dans les 60 jours suivant sa réception et le transmettre au ministre, au CISSS ou au CIUSSS de son territoire et aux différents ordres professionnels concernés dont les membres exercent leur profession dans une installation exploitée par cet établissement. Le conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer du suivi systématique des recommandations émises par l'organisme d'agrément.

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Tout usager du réseau de la santé et des services sociaux qui croit que ses droits n'ont pas été respectés ou qui est insatisfait des services qu'il a reçus peut exprimer son insatisfaction ou déposer une plainte à ce sujet auprès de l'établissement concerné. Une procédure définie par la LSSSS détermine les modalités d'examen d'une plainte selon son objet.

17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, 2006, p. 32.

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Le conseil d'administration de tout établissement détenteur d'un permis d'exploitation du MSSS doit nommer un commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui sera responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Celui-ci peut également agir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance.

Le chapitre III de la LSSSS encadre les fonctions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

Deuxième instance

Le Protecteur du citoyen est l'instance de deuxième recours qui permet à un plaignant insatisfait des conclusions qui lui sont transmises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de demander une révision.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts, le conseil d'administration de l'établissement doit créer un comité de vigilance et de la qualité. Ce dernier veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services offerts ainsi que le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes.

À cet effet, ce comité est responsable de recevoir et d'analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. En plus, il doit assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen en matière de services de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.

Le comité doit veiller à ce que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente. Enfin, il exerce toute autre fonction qu'il juge utile au respect du mandat qu'il lui est confié.

Le comité se compose d'au moins quatre personnes, dont le directeur général et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Les autres personnes sont choisies par le conseil d'administration de l'établissement privé ou par le titulaire du permis¹⁸.

18. Art. 182.0.1, LSSSS.

Afin d'outiller les établissements, le MSSS a préparé les *Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les agences de la santé et des services sociaux*¹⁹.

SYSTÈME DE GESTION DES RISQUES

Comité de gestion des risques

Selon l'article 183.1 de la LSSSS, le plan d'organisation de tout établissement, qu'il soit public ou privé, doit prévoir la formation d'un comité de gestion des risques dont le nombre de membres et les règles de fonctionnement sont déterminés par le conseil d'administration de l'établissement.

La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans une installation exploitée par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de service, assurent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant :

- à déterminer et à analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- à s'assurer qu'un soutien est apporté à la victime et à ses proches;
- à assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu (LSSSS, art. 183.2).

Déclaration des incidents et accidents

Chaque établissement a l'obligation de déclarer les incidents et accidents survenus au moyen du formulaire prévu à cet effet (AH-223; LSSSS, art. 233.1) et de constituer et de maintenir à jour un registre local des incidents et accidents survenus en vue d'alimenter le registre national. Pour ce faire, les établissements doivent adhérer au Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS)²⁰, qui permet

19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les agences de la santé et des services sociaux*, 2006, p. 22.

20. Information sur le rapport de déclaration des incidents et accidents et indications pour l'accès au SISSS accessibles aux adresses suivantes :
<http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Actifs-informationnels/SISSS/Accueil.aspx>
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94?OpenDocument>

de constituer le registre local de chacun des établissements en enregistrant toutes les données recueillies à partir des formulaires AH-223 produits lors d'incidents ou d'accidents dans la prestation des soins et des services aux usagers. L'analyse de ces renseignements vise à diminuer la récurrence des événements indésirables et à améliorer la qualité des soins et des services.

Rapport annuel

Le MSSS rend public annuellement un rapport rendant compte des données relatives à la déclaration des événements par établissement. Les établissements ne s'étant pas acquittés de leurs obligations à cet égard sont nommés dans cette publication et font l'objet d'un suivi étroit et rigoureux.

COMITÉ DES USAGERS ET DE RÉSIDENTS

Les comités des usagers et de résidents sont les gardiens des droits des usagers. Ils veillent à ce que ces derniers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle sont les assises qui guident leurs actions.

L'article 209 de la LSSSS énonce notamment qu'un « comité des usagers est institué pour chaque établissement et ce dernier doit, dans le cas d'un établissement public ou d'un établissement privé conventionné visé à l'article 475, lui accorder le budget particulier fixé à cette fin dans son budget de fonctionnement ou, dans le cas d'un établissement privé non conventionné, le montant versé à cette fin par le ministre ».

Le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents*²¹ est l'outil pour aider à mieux comprendre leur rôle et leurs fonctions ainsi que les limites de leurs actions au sein de leur établissement respectif.

Les paramètres budgétaires relatifs au financement de ces comités sont établis par le MSSS et peuvent être obtenus du directeur qualité, évaluation, performance et éthique du CISSS ou du CIUSSS de leur territoire. De même, toutes les questions relatives à la production du rapport d'activités et à la reddition de comptes annuelle de ces comités doivent lui être adressées.

MESURES DE CONTRÔLE

Comme le stipule l'alinéa 1 de l'article 118.1 de la LSSSS : « La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.

21. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents*, 2006, p. 36.

L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. »

Afin d'outiller les établissements à cet égard, le MSSS a préparé les documents suivants :

- *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*²². Ce document donne les balises générales qui s'appliquent à toutes les clientèles du réseau de la santé et des services sociaux et dans chaque milieu d'intervention.
- *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, édition révisée²³. Ce document précise certains éléments relatifs à l'application des orientations ministérielles et dresse la liste des sujets que devrait contenir un protocole d'utilisation des mesures de contrôle.
- *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*²⁴. Ce programme de formation s'adresse au personnel affecté aux soins et aux services ainsi qu'aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux.

RESPONSABILITÉS DES CISSS ET DES CIUSSS EN MATIÈRE D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ À L'ÉGARD DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE LEUR TERRITOIRE

Ces responsabilités trouvent toujours application depuis l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) (ci-après appelée « LMRSSS »), le 1^{er} avril 2015.

Ainsi, le conseil d'administration de chaque établissement doit assurer un suivi étroit et rigoureux de ses obligations, notamment en matière d'agrément, d'examen des plaintes, de gestion des risques et de mesures de contrôle. Il doit également assurer un suivi adéquat à l'égard des recommandations formulées par le Protecteur du citoyen et par le Bureau du coroner.

Par ailleurs, depuis l'entrée en vigueur de la LMRSSS, chaque CISSS ou CIUSSS doit assumer la responsabilité populationnelle qui lui incombe pour tous les réseaux locaux de son territoire, qui constituent son réseau territorial. En cohérence avec ce principe, il revient au CISSS ou au CIUSSS d'assurer une vigie et un suivi de la

22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002, p. 27.

23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, édition révisée, 2015, p. 34.

24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, Programme de formation – Cahier du formateur, 2006, p. 147.

qualité des soins et des services offerts par les établissements privés établis sur son territoire.

Ainsi, le CISSS ou le CIUSSS doit accompagner et soutenir les établissements privés de son réseau territorial de services dans la réalisation de leur mandat en matière de qualité, y compris ceux qui éprouvent des difficultés à répondre aux exigences légales qui leur incombent en matière d'assurance de la qualité des soins et des services. Le CISSS ou le CIUSSS devra également assurer un suivi des mesures correctives que ces derniers doivent mettre en place afin de répondre aux exigences de la LSSSS.

De même, le CISSS ou le CIUSSS devra signaler au MSSS, dans les meilleurs délais, toute situation préoccupante concernant l'application des mécanismes d'assurance de la qualité ou la mise en place des comités requis par la loi qui pourrait compromettre, de manière significative, la qualité des soins et des services offerts à la population de son territoire ou le respect des droits des usagers. Chaque CISSS ou CIUSSS a désigné une personne en autorité afin d'assurer le suivi de la qualité des soins et des services des établissements privés dont les activités se déroulent en tout ou en partie sur le territoire desservi par le CISSS ou le CIUSSS.

Cette personne sera responsable d'accompagner et de soutenir les établissements privés dans la réalisation de ses mandats en matière de qualité et de suivre l'évolution des situations problématiques, selon les modalités prévues. De même, cette personne devra signaler au MSSS, dans les meilleurs délais, toute situation préoccupante concernant l'application des mécanismes ou autres mesures d'assurance de la qualité qui pourrait compromettre de manière significative la qualité des soins et des services offerts à la population de son territoire ou le respect des droits des usagers.

Ainsi, toute forme de reddition de comptes à l'égard du MSSS devra également être transmise à la personne désignée au CISSS ou au CIUSSS, qui devra en assurer le suivi. Elle devra donc recevoir copie de tout rapport, plan d'action ou autre document administratif acheminé par un établissement privé de son territoire et en assurer le suivi requis.

Questions ou commentaires relatifs aux mécanismes d'assurance de la qualité

En tout temps, un établissement privé peut communiquer avec la personne désignée au sein du CISSS ou du CIUSSS de son territoire comme étant responsable d'assurer le suivi des mécanismes ou autres mesures d'assurance de la qualité des établissements privés.

Par ailleurs, l'équipe de la Direction de l'éthique et de la qualité (DEQ) du MSSS demeure disponible pour répondre à toute question relative aux mécanismes, instances ou mesures concernant l'amélioration continue de la qualité des soins et des services. Vous pouvez contacter l'équipe de la DEQ par téléphone au 418 266-7505 ou lui envoyer un courriel à DEQ@msss.gouv.qc.ca.

5. FINANCEMENT

Un CHSLD privé non conventionné est une entreprise privée autofinancée, indépendante et autonome, qui détient un permis délivré par le ministre, mais qui ne reçoit aucune subvention. Le propriétaire est responsable de la promotion de son entreprise ainsi que du financement qui y est associé. De plus, le montant du loyer mensuel est établi par le propriétaire de l'établissement et peut varier en fonction des besoins des résidents et des services offerts. Les personnes hébergées assument entièrement les coûts liés à l'hébergement et aux services reçus.

Enfin, la clientèle s'adresse directement aux responsables de l'établissement pour obtenir une place. À cet égard, le propriétaire doit privilégier la clientèle qui correspond aux besoins des personnes hébergées en CHSLD.

Contrairement aux établissements publics et aux établissements privés conventionnés, les CHSLD privés non conventionnés sont entièrement indépendants et autonomes financièrement et ne reçoivent pas d'argent du gouvernement. Toutefois, un CHSLD privé non conventionné pourrait détenir une entente de service pour l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée avec le réseau de la santé à la suite d'un appel d'offres public ou agir dans le cadre d'un partenariat public-privé. Dans tous les cas, les dispositions législatives et réglementaires applicables devront être respectées par le promoteur ainsi que les exigences prévues aux documents d'appel d'offres.

SECTION IV : PERFORMANCES FONCTIONNELLES ET TECHNIQUES

1. PRINCIPES DIRECTEURS

Le requérant doit se conformer aux sept grands principes directeurs suivants, qui sont tirés des Orientations ministérielles et qui doivent le guider dans ses choix organisationnels :

- Offrir à la clientèle un milieu de vie de qualité où des soins et des services de qualité leur seront prodigués.
- Assurer un environnement physique sécuritaire et adapté aux besoins physiques et psychologiques de la clientèle.
- Offrir un environnement physique à accessibilité universelle dans tous les espaces (intérieurs et extérieurs) fréquentés par les résidents. L'accessibilité est possible par une conception sans obstacle qui répond aux besoins d'une personne qui utilise un fauteuil roulant manuel de type courant ou un autre moyen manuel d'aide à la mobilité comme des aides à la marche, y compris des cannes et marchettes.
- Assurer un appoint d'éclairage naturel dans les tous les espaces, les locaux et les lieux de circulation fréquentés par les résidents.
- Reproduire un milieu de vie résidentiel, facilitant ainsi l'appropriation de son environnement physique.
- Encourager et maintenir l'autonomie de la clientèle.
- Soutenir les activités liées à la prévention et au contrôle des infections.

2. PERFORMANCES FONCTIONNELLES ET TECHNIQUES

Un tableau présentant les performances fonctionnelles et techniques minimales à respecter pour le bâtiment est inclus dans le formulaire de l'annexe I du présent guide.

Le *Guide de planification immobilière de l'unité de vie* (actuellement sous la forme d'un document de travail) sert de référence pour les espaces de l'unité de vie dans le cas d'une construction neuve ou d'un agrandissement. Le requérant peut s'en inspirer. Le guide n'a pas force de loi. Toutefois, la mise en application des recommandations qui y sont énoncées vise la qualité des services et la sécurité de tous.

3. CADRE LÉGAL

Pour l'obtention du permis, le bâtiment doit être conforme à la Loi sur le bâtiment et aux règlements municipaux.

SECTION V : RÉFÉRENCES APPLICABLES

Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2, r. 8).

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2).

Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001).

Loi sur le bâtiment (chapitre B-1.1), accessible sur le site Web de la Régie du bâtiment du Québec à l'adresse suivante : www.rbq.gouv.qc.ca.

Loi concernant la lutte contre le tabagisme (chapitre T-0.01).

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Orientations ministérielles, MSSS, octobre 2003.

Balises pour l'admission des personnes âgées en centre d'hébergement et de soins de longue durée, MSSS, décembre 2012.

Avis sur la présence infirmière en CHSLD, MSSS, mai 2014.

Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux, MSSS, juillet 2006.

Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les agences de la santé et des services sociaux, MSSS, mai 2006.

Information sur le Rapport de déclaration des incidents et accidents et indications pour l'accès au SSISS accessibles sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94?OpenDocument>

Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents, MSSS, juin 2006.

Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, MSSS, 2002.

Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, MSSS, version révisée, mars 2015.

Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement, Programme de formation – Cahier du formateur, MSSS, 2006.

**ANNEXE I -
FORMULAIRE**

Demande de permis pour
l'exploitation d'un centre
d'hébergement et de soins
de longue durée privé

I. Nom et coordonnées du requérant

1. La personne morale ou société de personnes à qui serait délivré le permis est déjà constituée :

Oui Non

2. Si votre réponse est affirmative :

Nom de la personne morale ou société qui sollicite le permis :

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) :

Adresse :

Téléphone : -

Courrier électronique :

II. Nom et coordonnées de la personne mandatée pour présenter la demande

Nom et prénom :

Profession ou métier :

Adresse :

Téléphone : -

Courrier électronique :

III. Nom et coordonnées du directeur général de l'établissement

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone : -

Courrier électronique :

IV. Nom et capacité de l'établissement et de ses installations

1. Proposition(s) de nom pour l'établissement :
2. Proposition(s) de nom pour l'installation ou les installations :
3. Nombre d'installations qui seraient rattachées à l'établissement :
4. Adresse de l'établissement :
5. Adresse de l'installation ou des installations :

6. Services rattachés à l'installation ou aux installations (lits d'hébergement permanent, lits d'hébergement permanent en santé mentale, lits d'hébergement temporaire, lits d'hébergement temporaire en santé mentale) :

Nom de l'installation	Services	Nombre de places (s'il y a lieu)

7. Une résidence privée pour aînés, une ressource intermédiaire ou une ressource de type familiale se retrouve dans le même immeuble où serait situé le CHSLD :

Oui Non

V. Étude de marché

Résumer les conclusions de l'étude de marché qui démontrent clairement les besoins et la capacité de payer de la clientèle visée.

VI. Renseignements sur les immeubles

Les immeubles doivent respecter les performances fonctionnelles et techniques minimales requises pour l'obtention d'un premier permis de CHSLD privé. Ces performances sont décrites dans le tableau suivant, qui doit être rempli par le requérant.

Ces performances sont extraites, entre autres, du *Guide de planification immobilière de l'unité de vie* du répertoire des guides de planification immobilière.

Instructions pour remplir le tableau :

- La première colonne décrit les performances techniques minimales exigées ou souhaitées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- La deuxième colonne est remplie par le requérant. Un crochet dans la case indique que les espaces et les locaux respectent les performances fonctionnelles et techniques décrites.
- La troisième colonne qualifie la performance : souhaitée (S) ou obligatoire (O).
- La dernière colonne est réservée à la vérification effectuée par le MSSS.

Performances fonctionnelles et techniques minimales	✓	S ou O	MSSS
1. LOCALISATION			
a. Les activités avoisinantes, actuelles ou prévisibles, sont compatibles avec celles de la clientèle d'un CHSLD (ex. : secteurs résidentiels, commerces de besoins courants et de quartier, église ou lieu de culte, services médicaux). Considérer que les activités qui entraînent une circulation intense et qui génèrent du bruit ne sont pas privilégiées (ex. : commerce de grande surface, industrie). Décrire la situation géographique environnante :		S	
2. SITE ET BÂTIMENT			
a. Outre le bâtiment, le site est doté d'aires de stationnement.		S	
b. Le bâtiment comporte une entrée accessible à des véhicules de transport (ex. : taxis, ambulances).		O	
c. Les aires extérieures sont :		S	
– protégées par un abri solaire;		O	
– sécurisées (ex. : munies de clôtures).		S	
d. Un trottoir relie le bâtiment à la rue principale.		S	
e. Un parcours sans obstacle permet à la clientèle d'accéder à l'intérieur du bâtiment sans aide et sans avoir à franchir d'obstacles qui limitent la mobilité ou nuisent à la sécurité.		O	
3. AMÉNAGEMENT INTÉRIEUR – GÉNÉRALITÉS			
a. L'accessibilité pour personnes à mobilité réduite est assurée dans tous les espaces et locaux utilisés par la clientèle. La rotation d'un fauteuil roulant y est possible (largeur libre minimale de 1 500 mm).		O	
b. Les corridors accessibles à la clientèle permettent le croisement de deux fauteuils roulants (largeur minimale des corridors de 1 800 mm).		S	
c. Les corridors accessibles à la clientèle ont des mains courantes :		S	
– sur les deux côtés du corridor		O	
– sur seulement un côté du corridor		O	
d. Les espaces et l'équipement auxquels les résidents ne doivent pas avoir accès sont sécurisés (ex. : local d'hygiène et de salubrité (conciergerie), vide-linge (chute à linge), cuisinière, armoire).		O	
4. UNITÉ DE VIE (UDV) – Cette unité regroupe les pièces réservées aux activités quotidiennes des résidents, y compris les espaces nécessaires aux services connexes telles que les salons, les salles à manger, les cuisinettes et les chambres et les salles d'eau. L'UDV comporte également un centre de coordination clinique dans lequel on retrouve les effets nécessaires aux soins et aux services des résidents.			
a. L'UDV est aménagée au-dessus du niveau fini du sol.		O	
b. L'UDV est composée d'au moins 70 % des lits en chambre individuelle.		O	
c. L'UDV ne comporte pas de chambre de plus de deux lits.		O	
d. Outre les chambres, chaque UDV est dotée des espaces et locaux suivants :		O	
– un centre de services;		O	
– une salle à manger comprenant une cuisinette;		O	
– un salon;		O	
– une salle de douche adaptée;		O	
– une salle de bain à hauteur variable;		O	
– une salle de toilette adaptée à proximité des aires de vie (salon, salle à manger, etc.).		O	
e. Chaque étage du bâtiment qui comporte des UDV doit être doté de chacun des locaux suivants :		S	
– une buanderie ou buanderette (local avec une laveuse et une sècheuse);		O	
– un dépôt de matériel souillé (utilité souillée) distinct du local de matériel propre (utilité propre);		O	
– un local d'hygiène et de salubrité (conciergerie).		O	

Performances fonctionnelles et techniques minimales	✓	S ou O	MSSS
f. La répartition des espaces fait qu'aucun résident n'est isolé ou n'est le seul occupant d'une section séparée du bâtiment.		O	
g. Les locaux suivants sont munis de fenêtres qui donnent directement sur l'extérieur : – chambre;		O	
– salle à manger;		O	
– salon.		O	
h. La fenêtre de la chambre permet un éclairage naturel direct.		O	
i. Le volet ouvrant de la fenêtre a une ouverture maximale de 130 mm ou la fenêtre est munie d'une moustiquaire sécuritaire, si l'ouverture est plus large, dans les locaux accessibles à la clientèle.		O	
j. Les locaux sont aménagés pour permettre l'utilisation d'au moins un des lève-personnes suivants : Lève-personne sur rail au plafond : un dégagement de 1 500 mm est prévu :			
– attenant au lit dans les chambres		S	
– attenant à la chaise de douche dans la salle de douche adaptée		S	
– attenant au bain dans la salle de bain à hauteur variable		S	
OU Lève-personne mobile : un dégagement de 1 800 mm est prévu :			
– attenant au lit dans les chambres		O	
– attenant à la chaise de douche dans la salle de douche adaptée		O	
– attenant au bain dans la salle de bain à hauteur variable		O	
5. ESPACES PUBLICS – Ces espaces comprennent les pièces consacrées aux activités sociales des résidents. Ils doivent être aménagés de façon à permettre d'importants rassemblements des résidents, de leurs proches et de bénévoles, lors de certaines activités et dans le cadre d'événements spéciaux. Seuls les locaux fréquentés par les résidents sont retenus pour des fins d'analyse de la proposition.			
a. Les espaces publics comprennent minimalement les espaces et locaux suivants : – une salle polyvalente pouvant se transformer en salle à manger;		O	
– un vestibule ;		O	
– un poste d'accueil et de réception;		O	
– une salle de toilette adaptée ;		O	
– une salle familiale avec salle de toilette et de douche adaptée;		S	
– un salon de coiffure.		S	
b. Tous les locaux suivants sont munis de fenêtres qui donnent sur l'extérieur : – salle polyvalente;		O	
– salle familiale.		O	
c. Le bâtiment comporte un local de rangement pour les effets personnels (ex. valise) des résidents d'une superficie minimale de 13,0 m ² pour 42 lits, ajouter 0,15 m ² /lits supplémentaires.		O	
6. CHAMBRE INDIVIDUELLE – La chambre individuelle doit contenir un lit de soins de longue durée, un meuble de rangement (ex. : commode), un placard, une table de chevet, un fauteuil de lecture ou de repos et un espace pour un téléviseur. Un fauteuil roulant doit pouvoir circuler dans la chambre, notamment au pied du lit, et se stationner près de la fenêtre. Considérer que nos dimensions tiennent compte d'un lit mesurant 1 070 mm x 2 285 mm.			
a. La chambre doit être attenante à une salle de toilette (partagée avec une autre chambre ou réservée à la chambre).		O	
b. Le résident possède un lavabo à même sa chambre lorsqu'il n'y a pas de salle de toilette réservée à la chambre.		O	
c. Dimensions minimales :			
– largeur minimale de tout type de chambre :	3 200 mm	O	
– profondeur minimale :	3 575 mm	O	
– superficie minimale :	14,0 m ²	O	

Performances fonctionnelles et techniques minimales	✓	S ou O	MSSS
7. CHAMBRE À DEUX LITS – Cette chambre doit contenir deux lits de soins de longue durée, deux meubles de rangement (ex. : commode), deux placards, deux tables de chevet, deux fauteuils de lecture ou de repos et un espace pour un téléviseur. Deux fauteuils roulants devraient pouvoir circuler dans la chambre et se stationner près de la fenêtre. Considérer que nos dimensions tiennent compte de lits mesurant 1 070 mm x 2 285 mm.			
a. La chambre doit être attenante à une salle de toilette réservée à la chambre.		O	
b. Les fauteuils roulants devraient pouvoir se croiser dans la chambre notamment au pied des lits.		S	
c. Dimensions minimales :			
– distance minimale entre deux lits :	1 500 mm	O	
– largeur minimale :	3 200 mm	O	
– largeur minimale (permet à deux fauteuils roulants de se croiser au pied des lits) :	4 100 mm	S	
– profondeur minimale :	6 150 mm	O	
– profondeur minimale (permet à deux fauteuils roulants de se stationner près de la fenêtre) :	6 450 mm	S	
– superficie minimale :	24,0 m ²	O	
– superficie minimale (deux fauteuils roulants peuvent se stationner près de la fenêtre et se croiser au pied des lits) :	30,0 m ²	S	
8. SALLE DE TOILETTE DE LA CHAMBRE – Qu'elle soit réservée à une chambre ou mitoyenne (accessible à deux chambres), la salle de toilette doit être aménagée de façon à ce qu'un fauteuil roulant puisse circuler devant la toilette et permettre l'assistance sur ses deux côtés. Il n'est pas nécessaire qu'un fauteuil roulant fasse une giration complète dans ce local. La salle de toilette mitoyenne ne contient pas de lavabo mais contient un lave-mains. Les chambres qui se partagent une salle de toilette mitoyenne doivent être munies d'un lavabo.			
a. Toutes les chambres ont accès à une salle de toilette.		O	
b. Il y a des barres d'appui rétractables de chaque côté du cabinet d'aisances.		O	
c. Un fauteuil roulant peut circuler devant la toilette.		O	
d. Dimensions minimales :			
– largeur minimale (dégagements sur les côtés de la toilette) :	2 175 mm	O	
– profondeur minimale (incluant l'espace devant la toilette) :	1 800 mm	O	
– superficie minimale des salles de toilette :	4,0 m ²	O	
9. SALLES D'EAU (douche adaptée, bain à hauteur variable) – Considérer que la superficie de la douche adaptée minimale ne permet pas de se servir d'une douche civière à l'intérieur de ce local.			
a. Tous les bains et les douches comportent un mitigeur thermostatique et un dispositif antibrûlure.		O	
b. Aucun élément fixe ne vient entraver l'assistance des résidents et les modalités de transfert (les dimensions minimales tiennent compte des dégagements requis).		S	
c. Dimensions minimales de la douche adaptée :			
– largeur minimale (incluant les espaces de chaque côté de la chaise de douche qui permettent l'assistance) :	2 200 mm	O	
– profondeur minimale (incluant l'espace devant la chaise de douche qui permet les transferts) :	2 600 mm	O	
– superficie minimale :	8,0 m ²	O	
d. Dimensions minimales de la salle de bain à hauteur variable : les dimensions tiennent compte de l'utilisation d'un bain à hauteur variable de 2 300 mm x 900 mm.			
Si la zone d'embarquement est sur un côté du bain :		O	
– largeur minimale :	3 350 mm	O	
– profondeur minimale :	3 300 mm	O	
Si la zone d'embarquement est au pied du bain :		O	
– largeur minimale :	2 750 mm	O	
– profondeur minimale :	3 800 mm	O	
– superficie minimale :	12,0 m ²	O	

Performances fonctionnelles et techniques minimales	✓	S ou O	MSSS
10. PERFORMANCES TECHNIQUES			
a. Les ouvertures des portes sont suffisamment larges pour faire circuler une personne en fauteuil roulant dans les secteurs fréquentés par la clientèle : minimum 900 mm		O	
b. Ventilation mécanique : assurer les changements d'air minimum par heure suivants pour les locaux et les espaces suivants :		O	
– chambre du résident : aire extérieure : 2 et aire totale : 4		O	
– corridor des chambres : aire extérieure : 0 et aire totale : 4		O	
– salle de toilette : aire extérieure : 0 et air totale : 10		O	
– salle d'eau (bain et douche adaptée) : aire extérieure : 0 et aire totale : 10		O	
– aire de vie (salon, salle à manger, salle d'activité) : aire extérieure : 4 et aire totale : 4		O	
c. Période de canicule : pour réduire le risque de déshydratation chez les résidents pendant les chaleurs accablantes.		O	
– un espace climatisé est prévu dans chaque unité de vie. Identifier ces locaux sur les plans.		O	
– les unités de vie sont entièrement climatisées. Il n'est pas nécessaire d'identifier les locaux climatisés.		S	
d. Génératrice d'urgence :			
– une génératrice d'urgence peut fonctionner à plein rendement durant une période de 24 heures.		S	
– un branchement à l'extérieur est prévu pour une génératrice extérieure, si requis.		S	
Sinon, quelles sont les mesures prises par l'établissement concernant une panne électrique? Préciser :			
11. CADRE LÉGAL			
a. Le bâtiment est conforme à la Loi sur le bâtiment. Une attestation est fournie et signée par un professionnel habilité en réglementation du bâtiment tel un architecte ou un ingénieur.		O	
b. Le bâtiment est conforme à la réglementation municipale.		O	

VII. Renseignements sur l'organisation et la programmation

1. Précisez les objets sur lesquels portent les politiques et l'orientation que vous voulez leur donner.

Politique	Orientation

2. En référence à l'article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (chapitre S-4.2) et en fonction des besoins de la clientèle visée, précisez la programmation prévue (services offerts, objectif ¹ et caractéristiques particulières).

Soins et services	Objectifs	Caractéristiques
Services d'hébergement		
Soins infirmiers (infirmiers, infirmiers auxiliaires, préposés aux bénéficiaires)		
Soins médicaux		
Soins pharmaceutiques		
Alimentation et nutrition clinique		
Services d'animation et de loisirs		
Services de réadaptation		
Services psychosociaux		
Soins et services de soutien et de surveillance		
Autres (préciser)		

VIII. Renseignements sur la clientèle visée

1. Décrire la clientèle visée par ce projet (Profils ISO-SMAF de la clientèle, nombre).

Profils ISO-SMAF	Nombre	Commentaires
10		
11		
12		
13		
14		
Autres (préciser)		

¹ Exemple : couverture et disponibilité des soins et services.

2. Sur quel(s) territoire(s) de centre intégré de santé et de services sociaux ou de centre intégré universitaire de santé et de services sociaux entendez-vous recruter cette clientèle et comment? (Bien délimiter le territoire et préciser votre stratégie de marketing.)

IX. Renseignements sur le personnel

Présenter la structure d'organisation : nom du poste, fonctions, tâches principales, heures travaillées par quart de travail.

1. Personnel-cadre

Postes (exemples)	Nombre de personnes			Nombre d'heures/ semaine	Commentaires
	JOUR	SOIR	NUIT		
Directeur général d'établissement					
Directrice de soins infirmiers					
Coordonnateur du milieu de vie					
Assistant du supérieur immédiat (ASI)					
Autres (préciser)					

2. Personnel administratif

Postes (exemples)	Nombre de personnes	Nombre d'heures/ semaine	Commentaires
Agent de comptabilité			
Agent de ressources humaines			
Autres (préciser)			

3. Personnel clinique disponible (y compris les jours fériés et les fins de semaine)

Postes	Nombre de personnes			Nombre d'heures/ semaine	Commentaires
	JOUR	SOIR	NUIT		
Médecins					
Infirmières					
Infirmières auxiliaires					
Préposés aux bénéficiaires					
Autres (préciser)					

4. Autres professionnels disponibles

Postes	Nombre de personnes	Nombre d'heures/ semaine	Commentaires
Nutritionnistes			
Ergothérapeutes			
Physiothérapeutes			
Pharmaciens			
Travailleurs sociaux			
Intervenants en animation-loisirs			
Autres (préciser)			

5. Personnel de soutien

Postes (exemples)	Nombre de personnes			Nombre d'heures/ semaine	Commentaires
	JOUR	SOIR	NUIT		
Cuisiniers					
Préposés à l'entretien ménager					
Préposés au service alimentaire					
Autres (préciser)					

X. Prévisions budgétaires et montage financier

MONTAGE FINANCIER		Montants
Coût du projet		
Fonds de roulement		\$
Terrain		\$
Bâtisse		\$
Matériel roulant		\$
Mobilier et équipement		\$
Autres		\$
TOTAL		\$
Financement prévu		
Mise de fonds des promoteurs		\$
Emprunts		\$
Subventions		\$
Autres (préciser)		\$
TOTAL		\$

REVENUS ANNUELS ANTICIPÉS ET REPRÉSENTATIFS		1 ^{re} année d'exploitation à partir de la date d'accueil des résidents	2 ^e année d'exploitation à partir de la date d'accueil des résidents	3 ^e année d'exploitation à partir de la date d'accueil des résidents
RÉSIDENTIEL				
A.	Revenu brut chambres individuelles	\$	\$	\$
	Revenu brut chambres à deux lits	\$	\$	\$
B.	Revenus supplémentaires liés aux activités de nature compatible	\$	\$	\$
	Autres revenus	\$	\$	\$
REVENUS TOTAUX ANNUELS ANTICIPÉS ET REPRÉSENTATIFS		\$	\$	\$

DÉPENSES ANNUELLES ANTICIPÉES ET REPRÉSENTATIVES

	1 ^{re} année d'exploitation à partir de la date d'accueil des résidents	2 ^e année d'exploitation à partir de la date d'accueil des résidents	3 ^e année d'exploitation à partir de la date d'accueil des résidents
A. Exploitation – Services cliniques			
Soins infirmiers et d'assistance	\$	\$	\$
Services professionnels (pharmaceutiques, médicaux, physiothérapie, ergothérapie, psychosociaux, nutrition clinique, pastorale, animation, loisirs, etc.)	\$	\$	\$
Sous-total Exploitation – Services cliniques	\$	\$	\$
B. Exploitation – Autres éléments et maintien des actifs			
Service d'hébergement			
Gîte, taxes, assurances, chauffage, électricité, eau chaude	\$	\$	\$
Services alimentaires	\$	\$	\$
Buanderie	\$	\$	\$
Lingerie et literie	\$	\$	\$
Entretien ménager et autres	\$	\$	\$
Services pharmaceutiques (main-d'œuvre)	\$	\$	\$
Administration et fonctionnement	\$	\$	\$
Frais bancaires	\$	\$	\$
Intérêts sur les emprunts	\$	\$	\$
Fournitures et produits de consommation	\$	\$	\$
Entretien des actifs (réparation des installations, site, équipements)	\$	\$	\$
Dépenses capitalisables en maintien des actifs	\$	\$	\$
Médicaments	\$	\$	\$
Sous-total Exploitation – Autres éléments et maintien des actifs	\$	\$	\$
C. Immobilisations			
Frais de financement annuel	\$	\$	\$
Sous-total Exploitation – Immobilisations	\$	\$	\$
DÉPENSES ANNUELLES ANTICIPÉES ET REPRÉSENTATIVES	\$	\$	\$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES DÉPENSES	\$	\$	\$

LIQUIDITÉS

	1 ^{re} année d'exploitation	2 ^e année d'exploitation	3 ^e année d'exploitation
Liquidités au début		\$	\$
(+) Mises de fonds	\$	\$	\$
(+) Emprunts bancaires	\$	\$	\$
(+) Autres recettes	\$	\$	\$
(-) Remboursement du capital sur les emprunts bancaires	\$	\$	\$
(-) Acquisitions d'immobilisations corporelles	\$	\$	\$
(-) Autres déboursés	\$	\$	\$
Liquidités à la fin	\$	\$	\$

XI. Attestation

J'atteste que les réponses au présent questionnaire sont complètes et conformes à la vérité et, advenant l'obtention d'un permis, je m'engage à respecter les dispositions de la LSSSS ainsi que les normes applicables aux centres d'hébergement et de soins de longue durée privés.

Également, je déclare :

- que la personne morale ou société qui sollicite le permis n'a pas été titulaire d'un permis qui, dans les trois ans précédant la demande, a été révoqué ou, le cas échéant, non renouvelé en vertu de l'article 446 ou 446.1 de la LSSSS;
- que la personne morale ou société qui sollicite le permis est solvable;
- que la personne morale ou société qui sollicite le permis ou l'un de ses administrateurs n'a pas été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la LSSSS ou à son Règlement d'application;
- qu'aucun des administrateurs de la personne morale ou société qui sollicite le permis n'a été déchu, dans les trois ans précédant la demande, de ses fonctions comme membre du conseil d'administration d'un établissement en vertu du paragraphe 2 de l'article 498 de la LSSSS;
- que la personne morale ou société qui sollicite le permis ou l'un de ses administrateurs n'a pas été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'un acte criminel lié à l'exercice des activités pour lesquelles un permis est demandé, ou ayant été déclaré coupable, a obtenu la réhabilitation ou le pardon;
- que la personne morale ou société qui sollicite le permis n'exerce pas des activités propres à l'exploitation d'une ressource intermédiaire, d'une ressource de type familial ou d'une résidence privée pour aînés.

Signature de la personne mandatée pour
présenter la demande

Date

LISTE DE CONTRÔLE DES DOCUMENTS

Les documents que vous devez joindre à votre demande de permis sont énumérés ci-dessous. S'il manque des documents nécessaires, le formulaire de demande pourrait vous être renvoyé. Cochez la case voulue lorsque le document est joint :

- Formulaire
- Curriculum vitæ du promoteur
- Copie de l'étude de marché
- Lettre du CISSS ou du CIUSSS
- Organigramme de la structure organisationnelle
- Copie du contrat type (entre l'utilisateur et l'établissement)
- Copie des conditions de travail et d'engagement du personnel
- Attestation de conformité à la Loi sur le bâtiment signée par un professionnel habilité
- Copie des plans du bâtiment comportant une échelle graphique
- Certificat de localisation ou plan d'implantation du bâtiment
- États financiers et rapport de mission d'examen
- Attestation de Revenu Québec
- Bilan personnel des promoteurs (pour les nouveaux projets)

Si la personne morale ou société qui sollicite le permis est déjà constituée, inclure :

- Résolution du conseil d'administration ou du conseil de gestion interne
- Copie de l'acte constitutif
- Copie des modifications apportées à l'acte constitutif

ANNEXE II – ENGAGEMENT D’AFFICHAGE DU PERMIS

En tant que personne dûment autorisée par la personne morale ou la société qui sollicite le permis pour l’exploitation d’un centre d’hébergement et de soins de longue durée privé et conformément à l’article 6 du Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2, r. 8), je m’engage à afficher, en tout temps, le permis obtenu à la vue du public.

EN FOI DE QUOI, j’ai signé dans la municipalité de le du mois de 2016.

Nom légal complet de l’établissement :

Par :

[Signature de la personne autorisée par résolution du conseil d’administration de l’établissement ou du conseil de gestion interne, dans le cas d’une société de personnes], [fonction]

ANNEXE III – PROFILS ISO-SMAF (Dubuc, N., Delli-Colli, N., 2004)

GROUPE 1 atteinte prédominante aux tâches domestiques	GROUPE 2 atteinte motrice prédominante	GROUPE 3 atteinte mentale prédominante	GROUPE 4 Atteinte mixte + mentale aide à la mobilité	GROUPE 5 Atteinte mixte + mentale alité et dépendant AVQ
Profil iso-SMAF 1	Profil iso-SMAF 4	Profil iso-SMAF 5	Profil iso-SMAF 11	Profil iso-SMAF 13
<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: difficultés pour l'entretien de la personne et la fonction vésicale ▶ mob :difficultés pour circuler à l'extérieur et pour utiliser les escaliers ▶ comm :s/p ▶ fm : très légers problèmes de mémoire ▶ AVD : stimulation ou surveillance pour entretien de la maison et les courses. Difficultés pour les repas, transport et budget 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ : difficultés et aide partielle ou stimulation pour se laver ou entretenir sa personne ▶ mob : aide pour marcher à l'intérieur, à l'extérieur et pour utiliser les escaliers ▶ comm :s/p ▶ fm : légers problèmes de mémoire de faits récents ▶ AVD : aide totale pour entretien de la maison, repas, course, lessive. Difficultés avec le téléphone et aide pour les transactions complexes. Accompagnement pour les moyens de transport 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: stimulation pour laver et entretenir leur personne et des diff. autres items ▶ mob : difficultés à circuler à l'extérieur et à utiliser les escaliers ▶ comm : s/p ▶ fm: problèmes de mémoire des faits récents, problèmes d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement ▶ AVD : aide complète pour l'entretien de la maison, repas, course, lessive. Aide pour le téléphone, médicaments, budget. Accompagnement pour le transport 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale pour se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occ. ou fréquente mais continence niveau fécal. Surveillance ou aide pour les toilettes ▶ mob : aide pour transferts, marche, fauteuil roulant. N'utilisent plus les escaliers ▶ comm : vision, audition langage ▶ fm : atteinte modérée toutes les fonctions, surtout jugement. Peu de problème comportement ou problèmes mineurs ▶ AVD: aide complète et régulière. Aide pour le transport 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: aide partielle pour se nourrir, aide totale pour laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilisent plus les toilettes ▶ mob : aide pour les transferts ou grabataire, ne marchent plus et déplacées en fauteuil roulant ▶ comm : vision, audition et langage ▶ fm : atteinte modérée, jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs ▶ AVD : aide complète et régulière, aide pour le transport ou déplacées en ambulance
Profil iso-SMAF 2	Profil iso-SMAF 6	Profil iso-SMAF 7	Profil iso-SMAF 12	Profil iso-SMAF 14
<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ : difficultés pour l'entretien de la personne ▶ mob : difficultés pour circuler à l'extérieur ou pour utiliser les escaliers ▶ comm : s/p ▶ fm : très légers problèmes de mémoire ▶ AVD : aide pour l'entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation pour le transport et le budget. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: stimulation ou surveillance pour laver et entretenir leur personne. Diff. ou stimulation dans les autres items ▶ mob : aide ou surveillance pour circuler extérieur, difficultés à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier ▶ comm : difficulté à voir et à entendre ▶ fm : problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations conseils pour prendre des décisions. Désorientation occ. dans temps et espace ▶ AVD : aide complète sauf diff. avec téléphone, accompagnement pour transport 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: aide pour laver, entretenir sa personne, stimulation ou aide pour habiller. Surveil. ou stimulation pour autres items ▶ mob : peu de diff. sauf pour circuler à l'extérieur ▶ comm : un peu d'atteinte à la vision et à l'audition ▶ fm : atteinte modérée mémoire, orientation, compréhension et particulièrement jugement. Présence de troubles de comportements mineurs ▶ AVD : aide complète et régulière dans tout AVD. Accompagnement pour transport. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale pour laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire + fécale fréquente ou totale. Aide pour toilettes ou ne les utilisent plus. ▶ mob : surveillance ou aide occasionnelle pour marcher à l'intérieur, à l'extérieur et n'utilisent plus les escaliers ▶ comm : audition et langage mais expriment leur pensée ▶ fm: atteintes graves, troubles comportement importants ▶ AVD : aide compl. + régul. Aide transport 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ : aide totale pour se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totales ▶ mob : grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements ▶ comm : fonctions très affectées. Communiquent besoins primaires ou ne communiquent plus ▶ fm : déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportements sont inexistantes ou mineurs comme des jérémiades ▶ AVD : aide totale
Profil iso-SMAF 3	Profil iso-SMAF 9	Profil iso-SMAF 8		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: difficultés pour se laver ou pour entretenir leur personne ▶ mob : difficultés pour circuler à l'extérieur ou pour utiliser les escaliers ▶ comm : s/p ▶ fm : légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision ▶ AVD : aide totale pour l'entretien de la maison, préparation des repas, la lessive et la prise de médicaments. Aide pour les courses et le budget. Difficultés pour le téléphone et le transport 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: difficulté ou stimulation à se nourrir. Aide pour laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occ. ou fréquente, incontinence fécale ou lavement occasionnelle. Surveillance ou aide pour utiliser la toilette ▶ mob : aide pour transferts et marche. F.R avec diff. ou aide. Ne circulent pas seules à l'ext. et n'utilisent plus les escaliers. ▶ comm : difficultés ▶ fm : légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension Problèmes de jugement. ▶ AVD: aide compl., aide pour transport, utilise téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: stimulation ou aide. Aide pour se laver, entretenir sa personne, habillement ▶ mob : aide pour circuler à l'extérieur, surveillance à l'intérieur et n'utilisent pas les escaliers ▶ comm : voir et entendre diminués ▶ fm : atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement qui demandent un encadrement journalier ▶ AVD : aide complète et régulière 		
		Profil iso-SMAF 10		
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ AVQ: stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale pour se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes ▶ mob : aide pour circuler à l'ext. et surveillance à l'int. et pr utiliser escaliers ▶ comm : difficultés comm., défaut langage ▶ fm : toutes fonctions sont gravement atteintes, troubles comportement importants qui nécessitent surveillance plus intensive ▶ AVD : aide complète et aide pour le transport 		