

<b>Procédure n° : POL-PRO-DG-127</b>	<b>Date d'émission : 2004-02-13</b>
<b>Titre : Services privés demandés et rémunérés par un usager, un proche ou un représentant légal.</b>	<b>Date de révision : 2024-04-29</b>

**Source :** Direction générale

**Responsables de l'application :** Tous les gestionnaires

**Destinataires :** Personnel de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay  
Personnel du Centre de jour  
Personnel des Résidences Le 1615 et Le 1625  
Usagers et leurs proches

## **1. Préambule :**

Le personnel de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay et des Résidences Le 1615 et Le 1625 ne peut en aucun cas proposer ou exécuter un service de quelque nature que ce soit en échange d'une rétribution financière ou autre de la part d'un usager ou de ses proches.

Dans ce contexte et afin de respecter le désir des usagers ou de leurs proches à recourir à des services privés et de s'assurer de soins et services de qualité et sécuritaires au sein de l'établissement, celui-ci permet le recours aux services privés par l'intermédiaire d'organismes ou d'entreprises reconnues.

Pour ajouter un service privé qui correspond à l'offre de service de l'établissement (ex. : soins infirmiers, PAB, ergothérapeute, entretien ménager, etc.) vous référez à la présente politique.

Pour ajouter un service privé qui correspond à un service non dispensé par l'établissement, vous référez à la politique POL-DG-115 « Accès à des services sur les lieux de l'établissement, moyennant frais ».

## **2. Objectifs :**

- Permettre aux usagers d'avoir des compléments de services à ceux offerts par l'établissement;
- Déterminer la procédure à suivre lors d'une demande de services privés;
- S'assurer que les usagers reçoivent des soins et services de qualité répondant à leurs besoins.

## **3. Définition :**

Les services privés constituent des services demandés et rémunérés par l'utilisateur, ses proches ou son représentant légal et qui correspondent à l'offre de service de l'établissement.

Ils peuvent inclure les services :

- Soins infirmiers ou d'assistance;
- Services de professionnels de la santé;
- D'accompagnement ou de surveillance;
- D'activités de loisirs ou récréatives;
- D'accompagnement en fin de vie;
- D'entretien ménager.

## **4. Responsabilités de l'établissement :**

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay et les Résidences Le 1615 et Le 1625 assument toujours la responsabilité des soins et services dispensés aux usagers. La direction peut intervenir, si elle le juge nécessaire, lorsque la santé et la sécurité des usagers sont mises en cause et si la présente politique n'est pas respectée.

L'établissement vérifie les antécédents judiciaires des personnes retenues avant d'autoriser le contractuel à dispenser des services dans l'établissement. La vérification des antécédents judiciaires est effectuée dans le respect de la politique à cet effet en vigueur dans l'établissement. L'établissement vérifie également le permis professionnel lorsqu'applicable.

## **5. Responsabilités de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant légal :**

L'utilisateur, un proche ou son représentant légal assume la responsabilité :

- De la sélection, de l'embauche, du paiement, du contrat et de l'évaluation des services offerts par la personne avec laquelle il conclut une entente;

- Du suivi à faire auprès de la personne qui offre le service privé en cas de difficultés;
- Demander à l'organisation qui offre le service privé une preuve de son assurance responsabilité et nous en remettre une copie. Aucun soin ne peut être dispensé sans couverture d'assurance.

## 6. Procédures :

Les étapes suivantes sont à respecter, suite à une demande de la part d'un usager, d'un proche ou de son représentant légal pour obtenir des services privés.

### 6.1. Informer le demandeur de services :

Le gestionnaire concerné informe l'utilisateur ou ses proches de ses responsabilités par rapport aux services privés et lui transmet sur demande les noms des organismes ou entreprises privées retenus par l'établissement qui peuvent offrir le type de service privé souhaité. L'utilisateur, un proche ou le représentant légal effectue lui-même les démarches d'embauche en vue d'établir une entente ou un contrat de service, s'il y a lieu.

### 6.2. Clarifier le mandat confié à la personne embauchée pour offrir des services privés :

Le gestionnaire concerné s'informe auprès de l'utilisateur, de son proche ou de son représentant légal du rôle qu'il entend confier à la personne qu'il embauche et de l'horaire de travail qu'il lui a attribué. Ces informations ont pour but d'assurer une bonne concordance entre les soins dispensés et la surveillance assurée par le personnel de l'établissement et la personne qui offre les services privés.

Une fois le mandat clarifié, le gestionnaire concerné procède aux étapes suivantes :

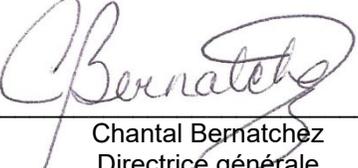
- Fait signer le *Formulaire d'autorisation pour un service privé demandé rémunéré par l'utilisateur, un proche ou son représentant légal* (annexe 1).
- Fait signer le formulaire *Engagement à la confidentialité* (annexe 1 de la POL-DG-110, Respect de la confidentialité dans l'établissement) à la personne qui effectuera le service privé.
- Fait signer le formulaire *Vérification des antécédents judiciaires* (annexe 1 de la POL-PRO-DRHTA-404, Vérification des antécédents judiciaires) à la personne qui effectuera le service privé et l'achemine au conseiller en dotation et à la recherche de talents à la DRHABL, qui effectuera le suivi.
- Recueille une copie de la preuve d'assurance responsabilité.
- Ces formulaires sont par la suite brochés et insérés au dossier de l'utilisateur.

6.3. Informer le personnel soignant :

Le gestionnaire concerné informe le personnel concerné du mandat confié à la personne qui offre les services privés ainsi que des responsabilités mutuelles. Il ajuste les plans de travail du personnel concerné selon le besoin.

6.4. Le gestionnaire concerné s'assure de la qualité des soins et des services offerts. Advenant une préoccupation au niveau de la qualité des soins et des services, le gestionnaire informe la directrice des services à la clientèle afin que cette dernière puisse assurer le suivi.

Signé le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_  
Date

  
Chantal Bernatchez  
Directrice générale



**FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR UN SERVICE PRIVÉ  
DEMANDÉ ET RÉMUNÉRÉ  
PAR L'USAGER, UN PROCHE OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL**

J'autorise \_\_\_\_\_  
(entreprise ou organisme reconnu, coordonnées complètes)

à effectuer un service privé pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

selon l'horaire suivant : \_\_\_\_\_

Préciser le type d'intervenant et de services:

1. Type d'intervenants :
- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Infirmière                | <input type="checkbox"/> |
| Infirmière auxiliaire     | <input type="checkbox"/> |
| Préposé aux bénéficiaires | <input type="checkbox"/> |
| Autre : _____             | <input type="checkbox"/> |
2. Type de services :
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Soins infirmiers                            | <input type="checkbox"/> |
| Soins d'assistance                          | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation                                | <input type="checkbox"/> |
| Mobilisation et transfert                   | <input type="checkbox"/> |
| Accompagnement, divertissement et promenade | <input type="checkbox"/> |
| Accompagnement en fin de vie                | <input type="checkbox"/> |
| Entretien ménager                           | <input type="checkbox"/> |
| Autre : _____                               | <input type="checkbox"/> |

Auprès de \_\_\_\_\_  
(Nom de l'utilisateur)

Je reconnais avoir été informé(e) par le gestionnaire concerné et j'assume les responsabilités qui s'y rattachent:

- i) De la sélection, de l'embauche, du paiement, du contrat et de l'évaluation des services offerts par la personne avec laquelle il conclut une entente;
- ii) Du suivi à faire auprès de la personne qui offre le service privé en cas de difficultés;
- iii) Exiger à l'organisation qui offre le service privé une preuve de son assurance responsabilité et nous en remettre une copie. Aucun soin ne peut être dispensé sans couverture d'assurance.

Signature : \_\_\_\_\_ (usager, proche ou représentant légal) \_\_\_\_\_ (date)

Témoïn: \_\_\_\_\_ (gestionnaire concerné) \_\_\_\_\_ (date)