

PROTOCOLE DE COLLABORATION
SERVICES AUX PERSONNES VIVANT DES PROBLÈMES
D'ENCOMBREMENT ET D'INSALUBRITÉ MORBIDE

Villes de la desserte du RLS La Pommeraie (voir carte)
CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Société Protectrice des Animaux des Cantons
Sûreté du Québec MRC Brome-Missisquoi
Organisme L'Éveil Brome-Missisquoi
Organisme Entrée chez soi Brome-Missisquoi
Services ambulanciers

Avril 2018

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	5
Définitions des termes associés aux problèmes d'encombrement et d'insalubrité morbide	7
Profil de la personne	9
Indices	10
Objectifs	12
Objectifs du protocole inter-organismes.....	12
Objectifs spécifiques	12
Responsabilités communes des partenaires	12
Partenaires pivots (municipalités et CIUSSS)	13
Rôle de chacun des partenaires.....	14
Contexte de danger grave et imminent.....	18
Signatures des organismes participants	19

ANNEXES

Présentation des annexes

1. Trajectoire pour situations d'encombrement et d'insalubrité
2. Formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels entre partenaires du réseau de services
3. Formulaire d'observation d'encombrement ou d'insalubrité
4. Carte de la desserte du RLS La Pommeraie.

REMERCIEMENTS

*« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès,
travailler ensemble est la réussite. »*

Henry Ford

Mettre au monde un projet de collaboration intersectorielle peut s'avérer ambitieux. Solidariser une communauté pour venir en aide à des personnes souvent très vulnérables un défi. Pour les partenaires du territoire de Brome-Missisquoi, ce fut un rendez-vous réussi, à la hauteur de nos talents réunis. La réalisation de ce protocole d'entente nous a permis d'aller à la rencontre de partenaires généreux, compétents et engagés face à notre population.

Nous tenons à remercier chaleureusement :

- Catherine Carré, directrice générale de l'OMH Cowansville
- Guillaume Dostie, superviseur groupe CAMBI, Paramédic
- Carl Girard, directeur général de la SPA des Cantons
- Lise Roy, coordonnatrice à l'organisme Entrée chez soi
- Stéphanie Lemay et Danny Turner, coordonnateur local en police de proximité à la Sûreté du Québec
- Michel Ouellette, capitaine en prévention au service de sécurité incendie à la Ville de Cowansville
- Alexandre Primeau, inspecteur en chef des bâtiments à la Ville de Sutton
- Carlos Turgeon, pompier préventionniste au service de sécurité incendie à la Ville de Cowansville
- Timothy Wisdom, coordonnateur à l'organisme l'Éveil
- Nancy Di Vincenzo, directrice générale à l'organisme l'Éveil
- Louise Santerre, travailleuse sociale, accueil psychosocial, RLS La Pommeraie CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- Sylvie Bessette, travailleuse sociale, spécialiste en activité clinique SMAD, RLS La Pommeraie CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- Stéphanie Chénier, chef de service santé mentale adulte et dépendance première et deuxième ligne, RLS La Pommeraie et Haute-Yamaska CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Nathalie Hébert, Médecin vétérinaire, Conseillère en bien-être animal et en réglementation, MAPAC.

Un merci spécial à l'agente administrative pour sa minutie, sa créativité et son soutien pour la production des documents.

Note relative au texte :

Pour faciliter la présentation et éviter les impairs, le genre masculin employé dans le texte tient également compte du féminin.

CONTEXTE

Ces dernières années, nous avons reçu de nombreux signalements concernant des individus qui accumulent de façon excessive des objets hétéroclites menant à des conditions de vie insalubres dans leur domicile.

Les problèmes d'encombrement et d'insalubrité morbide concernent des personnes qui accumulent chez elles des objets et/ou des animaux de toute nature au point de rendre le logement inhabitable. Les personnes aux prises avec un problème d'encombrement et d'insalubrité morbide ont des caractéristiques particulières et spécifiques.

DÉFINITIONS DES TERMES ASSOCIÉS AUX PROBLÈMES D'ENCOMBREMENT ET D'INSALUBRITÉ MORBIDE

Syndrome de Diogène : Désigne un trouble du comportement de la personne âgée caractérisé par une négligence de l'hygiène corporelle, une syllogomanie et une attitude paranoïaque, conduisant à des conditions de vie insalubre.

Entasseur pathologique : Amonceler, empiler, mettre en tas généralement sans ordre. Le pathologique est ce qui provoque la souffrance de l'individu.

Encombrement : État de ce qui est encombré. Volume relatif (de quelque chose à l'intérieur d'un espace). Accumulation gênante d'objets.

Encombrer : Embarrasser, gêner, obstruer. Remplir ou occuper l'espace de façon gênante avec quelque chose.

Syllogomanie : Trouble du comportement caractérisé par la tendance à amasser et à conserver divers objets ou déchets, pouvant conduire à des conditions de vie insalubre.

Amasseur compulsif : Réunir en quantité considérable, par additions successives, sans aucune raison logique, mais par nécessité de conjurer l'angoisse qui naîtrait si ces actes n'étaient pas exécutés.

Syndrome de l'hébergement d'innombrables animaux : Se caractérise par l'habitude malade de vivre avec un nombre exagéré d'animaux pouvant rendre le domicile impropre à l'occupation humaine.

Salubrité : Se définit comme la qualité de ce qui est salubre ou sain, caractérisée par l'absence de maladies et de risques de maladie, assurée et maintenue grâce à des exigences relatives à l'hygiène des personnes, des animaux et des choses. (Référence : Grand dictionnaire terminologique de l'Office de la langue française, 2005).

Insalubrité : Fait référence au caractère ou l'état de ce qui est nuisible à la santé. (Référence : Grand dictionnaire terminologique de l'Office de la langue française, 2005).

Insalubrité morbide : Désigne un état anormal d'insalubrité majeure causée par un dérèglement psychologique.

Sources :

<http://www.granddictionnaire.com>

INSPQ, «insalubrité, syndrome de Diogène et santé publique», Bulletin d'information en santé environnementale, 22-04-2005.

PROFIL DES PERSONNES

Encombrement :

- ✓ Fonctionnelles dans leur vie, ont un réseau social et un travail.
- ✓ Paient toujours leur loyer afin d'éviter que les propriétaires ne les évincent sous ce prétexte.
- ✓ Ambivalentes, habitées par la honte et la gêne parfois.
- ✓ Anxieuses.
- ✓ Réfractaires à recevoir de l'aide.

Insalubrité morbide :

- ✓ Isolées socialement, ont probablement été isolées tout au long de leur vie.
- ✓ Avaient ou ont peu de relations en dehors du travail.
- ✓ Aucune demande d'aide: ces personnes peuvent rationaliser leur comportement et leur mode de vie.
- ✓ Elles semblent ne pas se rendre compte de ce qu'elles font ou de leur environnement, et semblent ne pas avoir conscience de leurs besoins de base.
- ✓ Elles sont suspicieuses, distantes, méfiantes, déforment la réalité, sont hostiles.
- ✓ Anxieuses.
- ✓ Refusent de recevoir de l'aide.

INDICES

	ENCOMBREMENT	INSALUBRITÉ MORBIDE
EFFET DU TEMPS SUR LA SITUATION	<input type="checkbox"/> Une ampleur <input type="checkbox"/> Une chronicité Le risque d'incendie peut être élevé.	<input type="checkbox"/> Une détérioration <input type="checkbox"/> Une chronicité <input type="checkbox"/> Voir si dangereux.
LE LOGEMENT (condition générale)	<input type="checkbox"/> Logement (très) encombré, mais relativement fonctionnel et propre <input type="checkbox"/> Surface de plancher dégagée par endroits pour se déplacer <input type="checkbox"/> C'est parfois une pièce qui est très encombrée (inaccessible).	<input type="checkbox"/> Accès au logement difficile <input type="checkbox"/> Difficulté d'accès aux pièces du logement et à la circulation dans les corridors <input type="checkbox"/> Intérieur désorganisé : tout est sens dessus dessous.
LE LOGEMENT (éléments de description)	<input type="checkbox"/> Accumulation organisée ou non; souvent présence d'une thématique d'objets : journaux, contenants en plastique, circulaires, etc. <input type="checkbox"/> Présence de beaucoup de boîtes et d'empilement <input type="checkbox"/> Cuisine généralement fonctionnelle (four, évier) <input type="checkbox"/> Logement sale et poussiéreux; les insectes qu'on peut y retrouver sont des poissons d'argent ou des punaises de lit.	Accumulation désorganisée : déchets, toutes sortes d'objets hétéroclites. <input type="checkbox"/> Ce qui sert à l'hygiène est souvent non fonctionnel : éviers, baignoires, toilettes <input type="checkbox"/> Logement insalubre : risque élevé de présence d'insectes volants (mouches) ou rampants (vers, larves) et de punaises de lit <input type="checkbox"/> Présence possible d'excréments <input type="checkbox"/> Odeur parfois forte et repoussante.
HYGIÈNE DE LA PERSONNE	<input type="checkbox"/> Hygiène non négligée.	<input type="checkbox"/> Négligence environnementale et corporelle <input type="checkbox"/> La personne peut dégager une odeur suscitant l'évitement, le rejet ou l'exclusion.
CONSTATS	<input type="checkbox"/> L'encombrement est plus toléré et tolérable pour le voisinage	<input type="checkbox"/> Ces personnes connaissent peu les lois et responsabilités du citoyen <input type="checkbox"/> Elles ne demandent pas d'aide et font le déni de leur

	ENCOMBREMENT	INSALUBRITÉ MORBIDE
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ces personnes sont, à prime abord, réfractaires à recevoir de l'aide <input type="checkbox"/> Parce qu'elles sont moins désorganisées, il est en général plus facile d'entrer en contact avec ces personnes qui ont un meilleur état de santé que dans les cas d'insalubrité <input type="checkbox"/> Ces situations peuvent évoluer vers un syndrome d'insalubrité morbide <input type="checkbox"/> La présence d'animaux complexifie l'intervention. 	<p>situation. Ces personnes sont réfractaires à recevoir de l'aide et collaborent de façon mitigée avec la Ville / le propriétaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La présence d'animaux complexifie l'intervention <input type="checkbox"/> La situation génère de la répulsion, de l'impuissance et du découragement chez les gens qui en sont témoins.

Source : Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions.

OBJECTIFS

Objectifs du protocole inter-organismes

- Améliorer la trajectoire de service en matière d'encombrement et d'insalubrité morbide.
- Offrir aux personnes vivant dans des conditions d'insalubrité l'accès à des services d'aide.
- Préciser les rôles et les modalités de collaboration et de fonctionnement entre les organismes qui œuvrent au niveau de la problématique rencontrée.

Objectifs spécifiques

Les parties se donnent les objectifs spécifiques suivants :

- Intervenir et s'engager dans le respect des décisions prises par les partenaires impliqués dans la trajectoire de service.
- Respecter les procédures générales d'intervention en situation de crise et de suivi pour chacun des organismes concernés, précisant les responsabilités respectives, le cheminement de la clientèle et les mécanismes de collaboration inter-organisations. (voir Annexe 1)
- Prioriser les interventions nécessaires pour le déroulement de la trajectoire auprès de la personne affectée.
- Être conforme aux règles de confidentialité telles qu'établies par la loi : Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (LRQ, chapitre A-21) et les codes d'éthique des ordres professionnels. Les personnes disposées à recevoir l'aide doivent donc signer un formulaire d'autorisation de divulgation. (voir Annexe 2)
Loi P-38.001: Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Elle s'applique comme une **loi d'exception**. Il faut cependant se rappeler que la personne demeure titulaire de tous ses autres droits. Elle constitue le fondement légal permettant de priver une personne de sa liberté, elle implique que ces dispositions doivent être rigoureusement suivies et ne s'applique que lorsque toutes les autres interventions ont été tentées et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes.
- **S'assurer de la pérennité du protocole au sein de l'organisation.**

RESPONSABILITÉS COMMUNES DES PARTENAIRES (signataires du protocole de collaboration)

- Nommer un répondant opérationnel qui agira à titre d'agent de liaison entre son organisation et les divers organismes signataires de ce protocole. Les villes partenaires s'assurent de trouver deux répondants opérationnels, l'un au service d'urbanisme et l'autre au service de la sécurité incendie.
- Promouvoir au sein de leur organisation, par de la formation ou autrement, les objectifs du protocole d'intervention en matière d'encombrement et d'insalubrité morbide.

- Assurer, prioritairement, la mise en place des services appropriés.
- Compiler, tenir à jour et transmettre aux autres organisations participantes les statistiques pertinentes à la mise à jour du protocole.
- Respecter les règles de confidentialité telles qu'établies par la loi : Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (LRQ, chapitre A-21) ainsi que les codes d'éthique des ordres professionnels concernés.
- **N'utiliser la Loi P-38 qu'en cas d'exception.**
- Participer à des rencontres statutaires conjointes nécessaires à l'évolution du protocole.

PARTENAIRES PIVOTS (MUNICIPALITÉS ET CIUSSS)

Ces organisations s'engagent aux actions communes suivantes :

Offrir aux personnes vivant dans des conditions d'insalubrité morbide des services d'aide psychosociale et d'accompagnement. Et promouvoir le protocole de collaboration dans le but d'assurer une continuité de la trajectoire de service.

Actions :

- S'assurer qu'une formation soit donnée aux intervenants et promouvoir l'importance des mesures à prendre dans les situations d'encombrement et d'insalubrité morbide.
- Appliquer la procédure d'intervention telle que décrite dans le document en Annexe 1 – Trajectoire pour situation d'encombrement et d'insalubrité.
- Présenter les services de suivi psychosocial aux personnes affectées.
- En cas de refus d'autorisation d'échanger de l'information avec les partenaires (Annexe 2) Formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels entre partenaires du réseau de services, l'intervention dite multidisciplinaire se fera sans l'intervention de l'accueil psychosocial. Toutefois, si la personne affectée présente une condition de dangerosité pour elle-même ou pour autrui, le CIUSSS doit être informé.

RÔLE DE CHACUN DES PARTENAIRES

Municipalités :

Assure le traitement du signalement par le biais du service sécurité incendie et du service de l'urbanisme avec une visite des lieux. Elle devient pivot lors de l'étape de l'évaluation de la situation. Elle fait connaître sa réglementation et émet une procédure d'intervention. La municipalité fait un suivi du plan de conformité avec remise d'avis d'anomalies; s'il y a un retour à la conformité, le signalement fait l'objet d'un bilan et le dossier est fermé. S'il n'y a pas de retour à la conformité, elle fait un bilan et une orientation. La municipalité peut émettre un constat d'infraction avec ou sans amende et entreprend des procédures légales pour forcer un retour à la conformité. La procédure se termine en complétant la section «bilan et orientation» du formulaire d'observation d'encombrement ou d'insalubrité.

CIUSSS de l'Estrie - CHUS:

Assure la mise en place des interventions et devient le pivot à l'étape de l'intervention multidisciplinaire dans le cadre de l'évaluation de la vulnérabilité. Le CIUSSS évalue le niveau de vulnérabilité de la personne, identifie des partenaires à impliquer dans la démarche d'accompagnement, priorise les interventions, planifie le suivi et la prise en charge de la situation.

SPA des Cantons :

Assure l'évaluation sommaire de l'état de santé des animaux, conjointement avec la municipalité, l'organisme fait la visite des lieux, envoie un courriel de signalement au greffe de la municipalité, fait le décompte des animaux et s'organise si nécessaire avec la capture et le transport des animaux.

En ce qui concerne la présence d'animaux, l'intervention de la SPA des Cantons est déterminée selon le type d'entente existante entre elle et la municipalité concernée (entente ponctuelle ou annuelle). En l'absence de la SPA des Cantons, le MAPAC sera interpellé.

Sûreté du Québec / Paramédics

Au besoin, assure la sécurité des intervenants et de la population. Au besoin, les partenaires sollicitent les services de la Sûreté du Québec afin de s'assurer de la sécurité des intervenants.

Assure la sécurité afin d'évaluer la santé de la personne vivant dans des conditions d'insalubrité morbide.

EN CAS D'INTERVENTIONS NON PLANIFIÉES

Dans le but de faciliter la tâche du service de sécurité incendie, si la SPA des Cantons, les policiers, l'inspecteur municipal, la DPJ ou les paramédics sont demandés pour une évaluation à domicile en dehors des heures de bureau du SSI (lundi au vendredi de 8h à 16h), un appel au 911 pour transmettre le signalement doit être fait pour une prise en charge immédiate. Le service de sécurité incendie souhaite être présent en même temps que les partenaires.

L'organisme L'Éveil :

Après évaluation des besoins de la personne, met en place les services de type santé mentale SIV (suivi intensité variable) ou un suivi individuel. L'organisme effectue le suivi auprès des partenaires avec le consentement de la personne.

L'organisme Entrée chez soi :

Après évaluation des besoins de la personne, Entrée chez soi met en place des services de type santé mentale SIV (suivi intensité variable) ou un hébergement transitoire ou un soutien communautaire en logement. L'organisme effectue le suivi auprès des partenaires avec le consentement de la personne.

Qu'est-ce que le SIV (suivi intensité variable)?

Définition :

Le Soutien d'Intensité Variable (SIV) fait partie de l'axe de soutien aux mesures d'insertion sociale. Les services sont offerts par un intervenant pivot.

Le soutien d'intensité variable de type *case management* s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. Dans ce cas, l'intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. L'intervenant qui offre un soutien d'intensité variable doit établir un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service. Dans le secteur de la santé mentale, c'est l'intervenant pivot qui coordonne les services, établit les liens auprès de la personne traitée et assure une présence même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services (PASM 2015-2020).

- **Pour qui?**

Pour les personnes de 18 ans jusqu'au troisième âge :

- Souffrant d'une maladie mentale grave entraînant des symptômes et des déficits fonctionnels qui produisent de la détresse et des difficultés majeures dans le fonctionnement de la vie adulte au quotidien (par exemple, l'emploi, les soins personnels et les relations sociales et interpersonnelles).
- Présentant un trouble mental grave dont le diagnostic dominant est à l'axe 1 : le service s'étend donc au-delà des états psychotiques. Des troubles anxieux sévères et chroniques peuvent bénéficier du SIV.
- Étant prises avec un trouble mental grave qui s'associe à des incapacités touchant :
 - L'autonomie fonctionnelle
 - Les habiletés personnelles
 - Les habiletés sociales
 - L'intégration communautaire.
- Présentant un risque significatif de détérioration de la condition clinique ou sociale en l'absence de SIV.
-

En plus du trouble mental grave, la personne peut présenter un trouble ou problème concomitant de rupture sociale, d'itinérance, d'abus de substance ou de démêlés avec la justice.

- **Fréquence de suivi**

L'intensité des services offerts par le SIV se module en fonction de l'évolution de la condition clinique et sociale de la personne. Une personne peut être inscrite à plusieurs reprises, au cours de sa vie, au programme SIV.

- Nécessite de 2 à 7 rencontres / mois, presque exclusivement dans la communauté, avec la personne.
- Durée de suivi de plusieurs mois, généralement plus d'une année.

- **Objectifs :**

- Aider et soutenir les personnes dans la résolution des problèmes de leur vie quotidienne;
- Soutenir et accompagner les personnes dans leur processus de rétablissement;
- Supporter un processus d'intégration significatif à la vie citoyenne et améliorer les conditions de vie des personnes.

- **L'approche axée sur les forces**

Selon l'approche centrée sur les forces, toute personne a la capacité de se rétablir et de reprendre le pouvoir sur sa vie. L'intervenant mise sur les forces de la personne et non sur ses déficits ou ses difficultés. La personne est en charge de la direction que prendront les services qui lui sont offerts. Cette approche repose sur une bonne alliance

thérapeutique, c'est-à-dire sur une relation de confiance entre l'intervenant et la personne, l'absence de coercition et l'appropriation du pouvoir de la personne. Le lieu privilégié d'intervention est dans la communauté. Cette approche permet d'envisager des options plutôt que des contraintes, à l'aide des buts et des talents de chacun.

- **Les principes au cœur de l'approche :**

- Le soutien est centré sur les forces, les intérêts de l'individu plutôt que sur le diagnostic;
- Les individus possèdent la capacité inhérente d'apprendre, de grandir et de changer;
- La personne utilisatrice est le maître d'œuvre de la relation d'aide;
- La relation personne utilisatrice / intervenant devient un facteur essentiel du processus de soutien;
- Le mode d'intervention privilégié est l'accompagnement des usagers dans des contextes de la vie en société;
- La communauté est une oasis de collaborateurs potentiels au processus.

CIUSSS DE L'ESTRIE CHUS : Accueil psychosocial et guichet d'accès en santé mentale adulte et dépendance

- Assure la réception de la demande via l'accueil psychosocial et assure un rôle pivot lors de la mise en place de l'intervention multidisciplinaire.
- Évalue le niveau de vulnérabilité de la personne selon des critères précis (éléments de vulnérabilité, aptitude et potentiel de dangerosité demandant une intervention immédiate P-38).
- Identifie les partenaires qui pourront être interpellés dans le cadre de cette intervention.
- Effectue la priorisation des interventions.
- Réfère vers nos partenaires SIV la personne selon une approche personnalisée.
- Oriente la demande vers l'équipe de santé mentale adulte lorsque nécessaire pour permettre la mise en place de services complémentaires.

CONTEXTE DE DANGER GRAVE ET IMMINENT

En somme, au sens de la LSSS, si une personne apte à prendre ses décisions est volontaire à recevoir des services et que l'évaluation permet d'identifier une situation problématique pour laquelle une intervention sociale ou biomédicale pourrait apporter une correction, l'accès à ces services lui est garanti par le réseau socio-sanitaire.

Toutefois, une personne qui n'est pas volontaire à recevoir des services et qui semble apte à prendre ses décisions ne peut être contrainte à en recevoir. Dès lors que la création d'une alliance avec ces personnes comme solution viable à long terme s'avère impossible, c'est en vertu du Code civil qu'il est permis d'envisager la dispensation de services à des personnes non volontaires. Dans ces cas, il faut demander, soit à un juge de déclarer une personne inapte à prendre une décision pour elle-même, soit à un service policier avec la collaboration des services de crise régionaux de contraindre la personne à se rendre en milieu hospitalier pour y être examinée. Toutefois, comme il s'agit d'une atteinte aux droits fondamentaux de la personne, les autorités concernées et les tribunaux utilisent ces mesures avec prudence.

Dans le cas **où une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui**, c'est la loi P-38.0001 qui s'applique. L'intervenant de crise du CSSS en collaboration avec le policier est habilité à évaluer la gravité du danger ou son caractère immédiat afin, le cas échéant, de procéder aux interventions prescrites par cette loi. Ce qu'il faut en comprendre c'est que, pour utiliser la contrainte, il faut réunir deux éléments:

1. La présentation que le **danger est grave** et que la personne représente donc un danger pour elle-même ou pour autrui.
2. La présomption que ce **danger est imminent** pour la personne ou pour autrui et qu'une intervention est nécessaire.

Source : ENTENTE DE COLLABORATION entre les organismes CSSS Laurentides

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ D'ABERCORN

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ D'ANGE-GARDIEN

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ D'EAST FARNHAM

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE BOLTON-OUEST

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE BRIGHAM

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE FRELIGHSBURG

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficiencia de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE NOTRE-DAME-DE-STANBRIDGE

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE PIKE RIVER

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE SAINT-ARMAND

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficiencia de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE SAINTE-SABINE

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE SAINT-IGNACE-DE-STANBRIDGE

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE STANBRIDGE EAST

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

MUNICIPALITÉ DE STANBRIDGE STATION

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

VILLAGE DE BROME

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

VILLE DE BEDFORD

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

VILLE DE COWANVILLE

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

VILLE DE DUNHAM

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

VILLE DE FARNHAM

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

VILLE DE LAC BROME

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

VILLE DE SUTTON

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficiencia de la trajectoire.

CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DES ANIMAUX DES CANTONS

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

SÛRETÉ DU QUÉBEC MRC BROME-MISSISQUOI

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

ORGANISME L'ÉVEIL BROME-MISSISQUOI

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

DESSERCOM

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

AMBULANCE DEMERS INC.

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

Signatures des organismes participants

Par la présente, j'engage mon organisation à assumer les responsabilités décrites dans la présente entente et à collaborer à l'efficience de la trajectoire.

PARAXION SERVICES AMBULANCIERS

Prénom / Nom : _____

Titre : _____

Coordonnées : _____

Signature : _____

Date : _____

ANNEXES

PRÉSENTATION DES ANNEXES

ANNEXE 1 - TRAJECTOIRE POUR SITUATIONS D'ENCOMBREMENT ET D'INSALUBRITÉ

La trajectoire est une synthèse graphique du processus d'intervention.

ANNEXE 2 - FORMULAIRE D'AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENTRE PARTENAIRES DU RÉSEAU DE SERVICES

Le formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels entre partenaires du réseau de services permet l'échange d'informations dès le début du processus entre le réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires. Il doit être signé le plus rapidement possible.

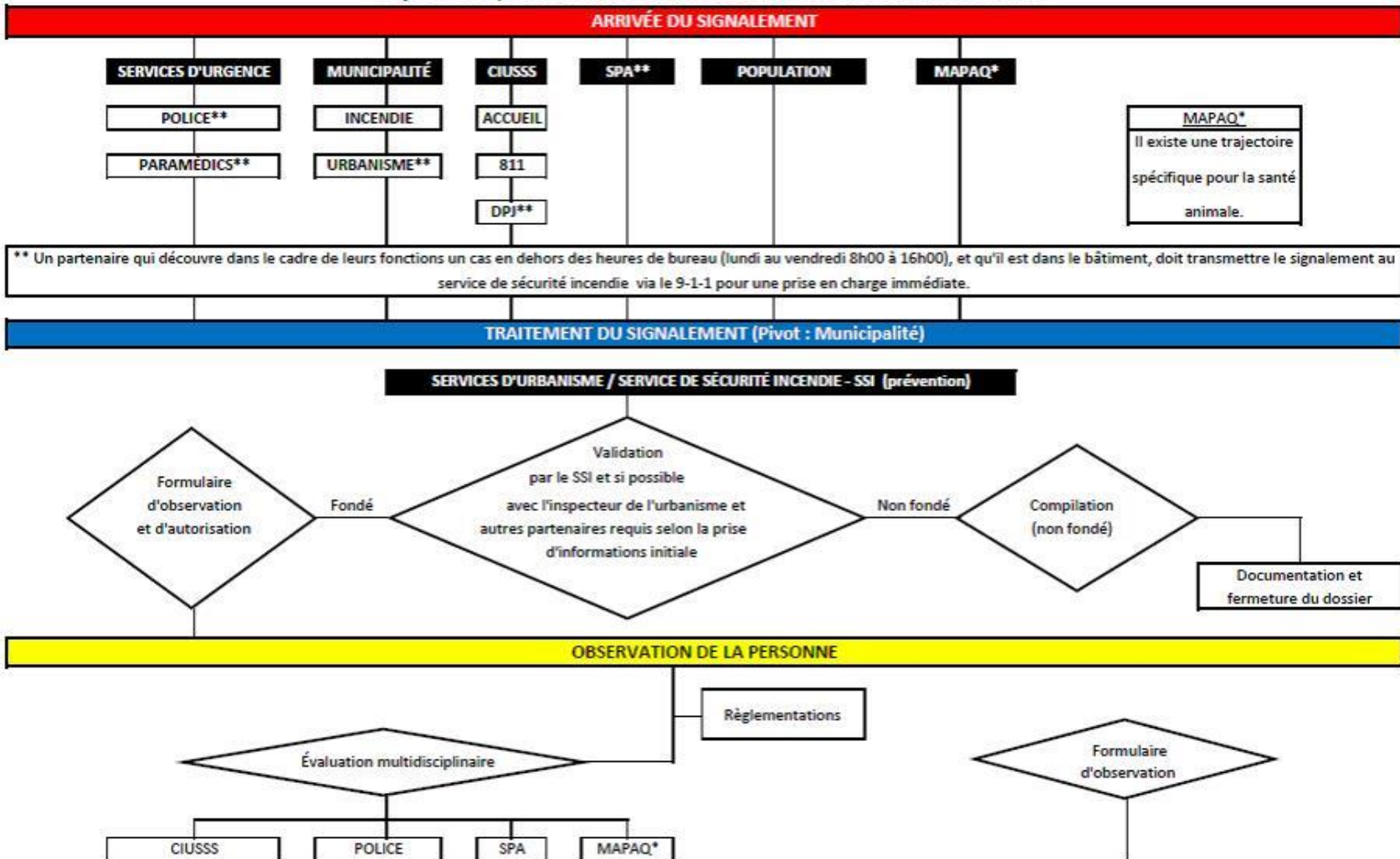
Le formulaire complété sera acheminé à l'accueil psychosocial CLSC (RLS La Pommeraie) au numéro de télécopieur suivant : 450 266-0680.

ANNEXE 3 - FORMULAIRE D'OBSERVATION D'ENCOMBREMENT OU D'INSALUBRITÉ

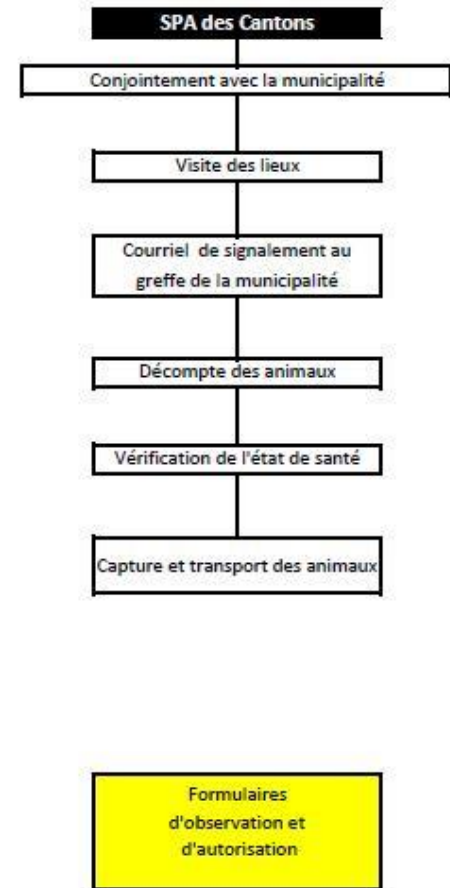
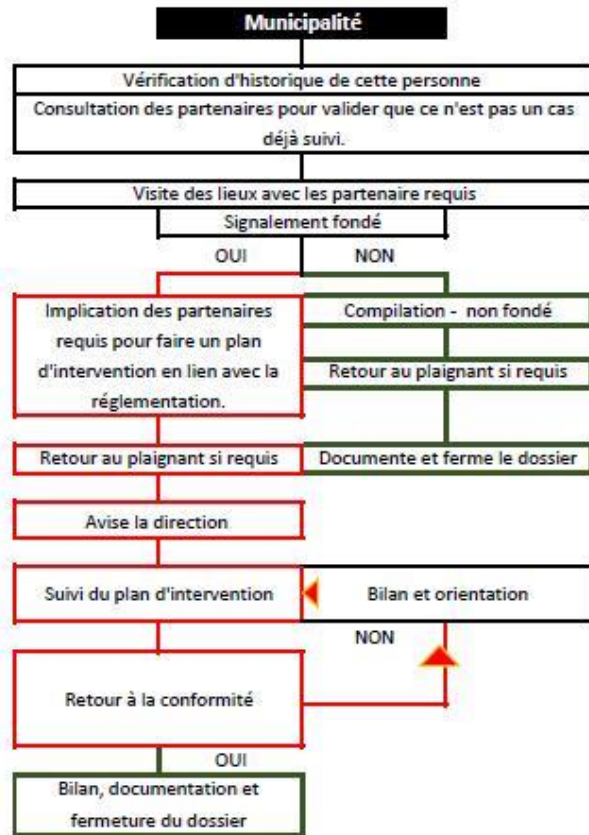
Le formulaire d'observation d'encombrement ou d'insalubrité est utilisé à chacune des étapes d'évaluation ou d'intervention. Un nouveau formulaire est complété par l'intervenant responsable de son évaluation ou intervention à chacune des visites jusqu'à ce que l'on arrive au bilan et observation. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a plus d'interventions faites auprès du client, mais bien que l'étape d'observation est terminée. Les formulaires complétés seront acheminés à l'accueil psychosocial CLSC (RLS La Pommeraie) au numéro de télécopieur suivant : 450 266-0680.

ANNEXE 4 - CARTE DE LA DESSERTE DU RLS LA POMMERAIE

Trajectoire pour situations d'encombrement et d'insalubrité



INTERVENTION MULTIDISCIPLINAIRE (Pivot : CIUSSS)





Nom du client :
Adresse :
Téléphone :
Nom du représentant légal :

Formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements personnels entre partenaires du réseau de services

Je soussigné(e), _____, comprend que pour favoriser une réponse optimale à mes besoins,

- les intervenants doivent échanger des renseignements personnels à mon égard;
- seuls les renseignements pertinents à l'orientation de l'intervention seront partagés;
- je peux annuler en tout temps ce consentement en avisant verbalement ou par écrit un intervenant. Cette annulation n'exclut pas que je reçoive des services, mais elle pourrait limiter l'efficacité de l'intervention;
- l'échange d'informations se fera surtout verbalement et en toute confidentialité, dans le respect des lois et règlements en vigueur;
- les seules informations écrites pouvant être distribuées aux partenaires autorisés sont :
 - le formulaire de consentement à la communication de renseignements personnels que j'ai signé;
 - le formulaire d'observation, signalement, encombrement ou insalubrité.

J'accepte que cet ou ces établissements, organismes ou personnes soient consultés TOUS <input type="checkbox"/> Initiales : _____	Initiales du client ou du membre ou de son représentant légal
CIUSSS	
Municipalité	
L'Éveil	
Entrée chez soi	
Médecin traitant	
SPA	
MAPAQ	
Police municipale / Sûreté du Québec	
Locateur	
Paramédic	
Autre	

Je déclare :

- avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions sur la communication des renseignements personnels me concernant et qu'on y a répondu à ma satisfaction.
- avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision sur le consentement à l'échange d'informations;
- être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant;
- avoir été informé que les pistes de solutions proposées me seront communiquées et que le choix de les considérer ou non me revient.

J'autorise la communication de renseignements personnels sur moi à partir de la date de signature de ce formulaire.

Client : _____ Initiales : _____ Date : _____
 Représentant légal (s'il y a lieu) : _____ Date : _____
 Date de la fin de cette autorisation (maximum 1 an) : _____

<input type="checkbox"/> Refus de consentement	Date : _____
<input type="checkbox"/> Annulation du consentement	Date : _____
Signature : _____	

FORMULAIRE D'OBSERVATION D'ENCOMBREMENT OU D'INSALUBRITÉ

(SVP Utiliser un formulaire par visite)

TRAITEMENT DU SIGNALLEMENT (Municipalité)

A VISITE

Date de la visite :	Heure de la visite :
---------------------	----------------------

B PERSONNE VISÉE PAR L'INTERVENTION

		Propriétaire <input type="checkbox"/>	Locataire <input type="checkbox"/>
Nom :		Téléphone :	
Adresse :		Appartement :	
Ville :		Code postal :	
Date naissance :	Conjoint(e) : <input type="checkbox"/>	Seul(e) : <input type="checkbox"/>	Enfants : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

C PROPRIÉTAIRE (Idem à B)

Nom :		Téléphone :	
Adresse :		Appartement :	
Ville :		Code postal :	

D ANIMAUX

Présence :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Note :	
------------	---	--------	--

E ARMES

Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/>	Nombre :	Type :	
PRODUITS INFLAMMABLES	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fumeur :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

F ÉTAT DES LIEUX

Accumulation :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Insalubrité :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Déchets	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Odeurs particulières :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Excréments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Risque d'incendie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Matières combustibles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Risque d'effondrement :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Nourriture périssable	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autre :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Note :			

Signature

Date

Identification (partenaire) : _____

Signalement fondé :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorisation reçue :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

OBSERVATION DE LA PERSONNE

A ÉTAT PHYSIQUE

Blessure(s) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Propreté corporelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Démarche chancelante :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Propreté vestimentaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Intoxication / alcool :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tremblements :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Intoxication / drogue :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autre :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

B COMPORTEMENTS OBSERVABLES	
Dangerosité (elle-même ou autrui) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

C RÉSEAU DE SUPPORT			
Parent :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom :	☎ :
Frère/sœur :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom :	☎ :
Conjoint(e) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom :	☎ :
Enfant(s) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom :	☎ :
Autre :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom :	☎ :

CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU CIUSSS

D ÉTAT MENTAL			
Agitation :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Déni du problème :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Tristesse :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Isolement social :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Délire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Méfiance :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hallucinations :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Menaces :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Honte :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Perte de contrôle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Agressivité :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Refus d'aide :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Angoisse :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Suicidaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Confusion :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Violence physique :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Déformation de la réalité :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Violence verbale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

COMMENTAIRES

INTERVENTION MULTIDISCIPLINAIRE

A SUIVI			
Interventions à prioriser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Municipalité :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
CIUSSS :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SPA:	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Police :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	MAPAQ :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Paramédic :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Organismes communautaires :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre :			

B BILAN ET ORIENTATION

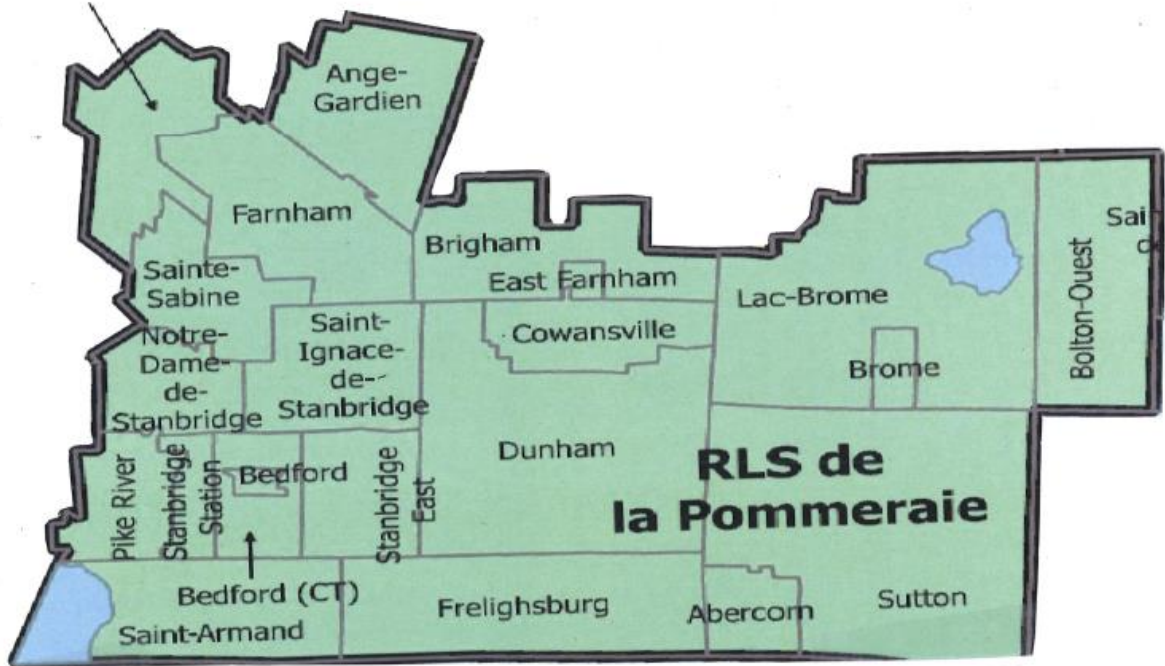
Signature

Date

Carte de la desserte du RLS La Pommeraie

Municipalités et territoires des Réseaux locaux de service (RLS) du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Sainte-Brigide-
d'Iberville



Produit par Béatrice Poirier
CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Direction de santé publique
Le 30 avril 2015