

1. Préambule

Les déplacements pour un usager résident du Québec et nécessitant un transport vers un établissement du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À priori, au Québec, tout déplacement vers un établissement du réseau est à la charge de la personne transportée à moins qu'elle soit admissible à un programme de gratuité gouvernemental.

La politique de déplacement des usagers du MSSS du Québec est un de ces programmes gouvernementaux. Elle détermine le cadre général que doivent respecter les CISSS, CIUSSS et la Corporation d'urgences santé. La politique s'applique également pour le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James concernant le déplacement d'un usager sur le territoire du Québec.

En outre, la politique du MSSS recommande aux CISSS de se doter d'une politique régionale complémentaire, en prenant en compte les spécificités locales des usagers. La notion de téléconsultation devrait, par ailleurs, être toujours privilégiée, lorsqu'applicable, afin d'éviter tout déplacement inutile pour l'utilisateur dans un contexte de besoin de soins et de services.

De plus, celle-ci prévoit l'arrimage avec le guichet d'accès à la première ligne (GAP) et le déploiement de la paramédecine de régulation, qui vise notamment l'usage de moyens de transport alternatif au lieu du transport ambulancier lors de transferts interétablissements ou de retours à domicile

La présente politique régionale précise l'application des règles et particularités dans les cas suivants qui sont en lien avec le déplacement de l'utilisateur :

- Transféré d'un établissement vers un autre établissement intrarégional et interrégional;
- De 65 ans et plus;
- En soins palliatifs de fin de vie;
- En situation d'éloignement géographique (200 km et plus) et qui requiert des services diagnostiques et de traitement qui sont électifs, c'est-à-dire sans présenter un caractère d'urgence, médicalement requis, mais non disponibles dans les établissements ou les installations de sa région;
- En traitement oncologique;
- En attente de greffe ou en suivi post greffe;
- Usager des Premières Nations qui s'adresse au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik;
- Et les particularités régionales.

2. Principes directeurs

Autre comité		Comité de direction		Conseil d'administration	
Approuvé le 12/09/2018	Révisé le 31/03/2022	Approuvé le 04/09/2018	Révisé le 06/09/2023	Adopté le 03/10/2018	Révisé le 20/09/2023

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord base l'organisation du transport et le versement d'allocations de déplacement sur la Côte-Nord sur les principes directeurs suivants :

- La primauté des besoins de l'utilisateur;
- La responsabilité de l'utilisateur de collaborer à l'organisation efficiente de ses déplacements;
- L'équité régionale dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux;
- L'accès aux services de santé et aux services sociaux le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur;
- Le choix du mode de transport le plus économique en fonction de la condition de santé de l'utilisateur;
- Des allocations visant à soutenir le déplacement des usagers qui tiennent compte des balises ministérielles et des particularités régionales;
- La gestion efficiente des fonds publics.

3. Responsabilités

CISSS de la Côte-Nord

Le CISSS de la Côte-Nord a la responsabilité :

- De diffuser et d'appliquer la politique nationale et de fournir de l'information générale aux usagers et aux médecins s'adressant à l'établissement en vue de connaître les modalités d'application de celle-ci et de les référer à l'installation du territoire où ils résident;
- D'élaborer et de gérer une politique régionale de déplacement des usagers tout en prenant en considération les spécificités locales;
- De mettre en place les processus administratifs et de contrôle permettant aux clientèles de son territoire de bénéficier des soins et des services non disponibles dans la région;
- De faciliter la conclusion d'ententes intrarégionales et interrégionales régissant les corridors de services;
- De déployer, en conformité avec les orientations nationales de qualité des soins préhospitaliers, les modalités et les modes de transport alternatif non urgent d'utilisateurs des services de santé et des services sociaux, entre les installations maintenues par l'établissement ou entre d'autres lieux de services déterminés par le plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence de l'établissement.
- D'approuver les procédures et les modalités administratives nécessaires à la mise en œuvre de la politique de déplacement des usagers;
- D'identifier les établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux concernés par la politique;
- De négocier, auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), des tarifs préférentiels pour les ressources d'hébergement à proximité des lieux de dispensation de soins et de services hors territoire ou hors région;
- De rendre disponible et de communiquer, aux médecins et aux usagers de son territoire, la politique régionale ainsi que ses modalités d'application;
- De négocier des ententes régissant les corridors visant les services non disponibles dans sa région et d'en faire mention dans son plan d'organisation;
- De rendre disponible et de faire connaître la liste des services qu'il offre et les corridors de services établis;

- De désigner une personne responsable de l'application de la politique de déplacement des usagers ainsi qu'une personne responsable du traitement des demandes de remboursement d'allocation de déplacement pour les cas électifs;
- D'organiser les transports interétablissements de concert avec l'établissement concerné et d'en assumer les coûts pour l'utilisateur et l'accompagnateur, lorsque médicalement requis;
- De faire les vérifications d'usage auprès d'autres agents payeurs;
- D'imputer, au bon centre d'activités, les dépenses de déplacement des usagers et de tenir à jour les statistiques nécessaires pour assurer un suivi régional de l'évolution du nombre et des coûts de déplacement des usagers.

Médecins et dentistes

La politique de déplacement des usagers du CISSS de la Côte-Nord ne s'applique que pour les références médicalement requises par les médecins et dentistes inscrits aux plans régionaux d'effectifs incluant les médecins ou dentistes dépanneurs pour des déplacements entre installations du réseau. Exceptionnellement, un médecin non membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pourrait demander un transport pour un usager, mais la décision revient au CISSS.

Le médecin ou dentiste référent, c'est-à-dire celui qui prescrit le service, a la responsabilité :

- De tenir compte des corridors de services régionaux, hors région et hors province établis lors de la prescription de soins et de services;
- Pour les cas électifs, de prescrire une consultation en justifiant les soins et les services requérant le déplacement;
- De déterminer la nécessité d'un accompagnateur médical, paramédical, familial ou social lors des déplacements;
- De s'assurer que les soins et les services couverts par cette politique sont les services assurés par le régime d'assurance maladie du Québec prescrits par un médecin ou un dentiste.

Usager

L'utilisateur a la responsabilité :

- De respecter les conditions et les règles de gestion spécifiques à chacun des types de déplacement en vue du traitement et du suivi de sa demande de remboursement ou de couverture de ses déplacements en vertu des annexes à la présente politique;
- D'assumer (dans la situation d'un cas électif) l'ensemble des frais additionnels à son déplacement lorsqu'il choisit d'être dirigé vers un établissement autre que celui prévu par le CISSS et demander un remboursement partiel à son retour.

4. Mise à jour

Les annexes peuvent être modifiées en tout temps, afin de respecter les ajustements prescrits par le MSSS.

Tout changement apporté aux normes d'application de cette politique sera sujet à l'approbation du conseil d'administration.

5. Entrée en vigueur et révisions

Version	Préparée par	Instances consultées					Autres	Entrée en vigueur
		CODIR	CII	CM	CMDP	CA		
1	Direction générale	X				X	Comité de gouvernance et d'éthique du CA	3 octobre 2018
2	DSMQÉPÉ	X	X	X	X	X	Comité des usagers du CISSS, comité de gouvernance et d'éthique, comité des usagers de la BCN	1er janvier 2023
3	DSMQÉPÉ	X				X	Indexation par le MSSS	20 septembre 2023

CA	Conseil d'administration	CM	Conseil multidisciplinaire
CGE	Comité de gouvernance et d'éthique	CODIR	Comité de direction
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	CUCI	Comité des usagers
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		

6. Référence

Ce document est basé sur la « Politique de déplacement des usagers » selon la circulaire 01.01.40.10 (2023-017) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

En cas de mésentente quant à l'interprétation des composantes de la présente politique, celle du ministère de la Santé et des Services sociaux prévaut.

7. Annexes

- Annexe 1 : Particularités s'appliquant au déplacement intrarégional et interrégional des usagers entre établissements.
- Annexe 2 : Particularités s'appliquant au déplacement des usagers de 65 ans et plus et aux soins palliatifs et de fin de vie.
- Annexe 3 : Particularités s'appliquant aux usagers devant recevoir, à la demande de leur médecin et de façon élective, des soins et des services non disponibles dans leur région.
- Annexe 4 : Particularités s'appliquant aux usagers autochtones.
- Annexe 5 : Particularités régionales.
- Annexe 6 : Critères d'admissibilité pour une demande d'accompagnement.
- Annexe 7 : Comité d'orientation pour la Côte-Nord.
- Annexe 8 : Grille tarifaire de l'indexation annuelle selon l'IPC
- Annexe 9 : Définitions

ANNEXE 1**Particularités s'appliquant au déplacement intrarégional et interrégional des usagers entre établissements****1.1 Objectif général**

Définir les modalités concernant le déplacement d'un usager entre deux établissements du réseau de la santé ou deux installations du réseau de la santé et des services sociaux de sa région lorsque :

- L'établissement ou l'installation où il est admis ou inscrit n'est pas en mesure de lui fournir les soins et les services requis par son état de santé;
- Cet établissement ou cette installation a complété la prestation des soins et des services requis par l'état de santé de l'utilisateur.

1.2 Critères d'admissibilité

- Être résident du Québec et de la Côte-Nord pour les particularités régionales
- Et**
- Être admis ou inscrit à l'urgence ou dans un service spécifique organisé par un établissement qui fournit les services de santé et les services sociaux dans les centres suivants : centre hospitalier (CH), centre local de services communautaires (CLSC) qui opère une urgence, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de réadaptation (CR), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). S'y ajoutent les maisons de naissance et les maisons de soins palliatifs en fin de vie reconnues par les CISSS;
- Et**
- Être autorisé par l'établissement après prescription par le médecin, en collaboration avec un gestionnaire clinico-administratif;
- Et**
- Le déplacement doit s'effectuer à partir d'un établissement ou d'une installation vers un autre établissement ou une autre installation du réseau le plus rapproché et approprié.

N.B. Par voie de délégation, les infirmières de liaison, du service des transports, des urgences et des secteurs de la médecine de jour peuvent signer une demande de transport pour un transfert urgent ou un transfert entre établissements.

1.3 Modalités administrativesMode de déplacement

L'organisation d'un déplacement (choix du mode de déplacement, des horaires, des accompagnateurs, etc.) doit faire l'objet d'une entente préalable entre les établissements ou installations d'un même établissement.

Le mode de déplacement choisi par l'établissement doit être celui qui est le plus économique et approprié compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur et de sa condition psychosociale.

1.4 Modalités relatives aux accompagnateurs

Accompagnateur médical ou paramédical

La responsabilité de déterminer la nécessité d'un accompagnateur médical ou paramédical appartient au médecin référent (qu'il soit l'émetteur ou le receveur), en collaboration avec un gestionnaire clinico-administratif. De même, il appartient à l'établissement émetteur de rembourser les frais.

Nonobstant ce qui précède, si un établissement décide de planifier l'accompagnement aller-retour de son usager et que l'accompagnateur attend l'usager en vue de son retour, cet établissement assume l'ensemble des frais inhérents au déplacement de l'accompagnateur médical ou paramédical.

Accompagnateur familial ou social

La responsabilité de déterminer la nécessité d'un accompagnateur familial ou social appartient au médecin référent de concert avec l'établissement d'origine. De même, il appartient à cet établissement de rembourser les frais établis. Les modalités prévues à l'annexe 3 de la circulaire du MSSS pour les compensations financières de l'accompagnateur familial ou social s'appliquent. Aucune compensation financière autre que celle mentionnée à l'annexe 3 n'est prévue pour l'accompagnateur d'un usager admis sauf lorsqu'il s'agit d'un enfant (0-18 an) ou d'un majeur inapte.

1.5 Déplacement intraétablissement

L'organisation de tous les déplacements effectués entre les installations d'un même établissement du RSSS est à la charge de celui-ci.

Principes directeurs

- Utilisation des services le plus près possible du milieu de vie de l'usager.
- Planification et entente préalable entre les deux installations concernées lors d'un transport d'un usager ou pour un retour à l'installation d'origine.
- Choix du mode de transport le plus économique et approprié, compte tenu de l'état de santé de l'usager.

1.6 Déplacement interétablissement

Cette section vise à établir la responsabilité de paiement pour les déplacements d'un établissement à un autre situé dans une région administrative différente.

Principes directeurs

- Utilisation des services le plus près possible du milieu de vie de l'usager en tenant compte des missions et des plans d'organisation propres à chaque établissement.
- Utilisation judicieuse des services spécialisés ou ultraspecialisés ou suprarégionaux pour les services requis par l'usager non disponibles dans sa région.
- Planification du transport de l'usager dans une installation située dans sa région sociosanitaire, en mesure d'assurer la continuité des soins, ou lors de son congé de l'établissement receveur, planifier son retour en collaboration avec l'établissement émetteur sans obligation d'effectuer un passage dans l'établissement émetteur;

- Choix du mode de transport le plus économique et approprié, compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur et de sa condition psychosociale.

Déplacement de la région d'origine de l'utilisateur vers une autre région

Définition :

L'utilisateur est déplacé vers un établissement d'une autre région administrative pour un transfert, un examen, une consultation ou un traitement. Son retour, après le service rendu, doit préalablement être planifié et faire l'objet d'une entente entre les deux établissements.

Responsabilité de paiement :

L'établissement d'origine d'une région est imputable des frais inhérents au déplacement aller-retour d'un utilisateur admis ou inscrit si la région qui déplace l'utilisateur est celle où il réside habituellement.

L'établissement d'origine assume les frais inhérents aux transports suivants :

- Aller de l'établissement d'origine vers l'établissement de destination (le plus rapproché et approprié);
- Le retour en provenance du dernier établissement hors région ayant admis ou inscrit l'utilisateur vers l'établissement d'origine.

Mesures spécifiques :

- S'il n'y a pas d'entente entre les établissements pour le retour de l'utilisateur, les frais inhérents au transport de l'utilisateur seront assumés par l'établissement hors région.
- Il n'y a aucune allocation accordée à l'**utilisateur adulte** ou à son accompagnateur familial ou social pour les déplacements ou frais de séjour lorsque cet utilisateur est transféré d'un établissement de notre région vers un établissement hors région pour l'aller et le retour par ÉVAQ, la navette ou l'ambulance. Certaines allocations sont accordées seulement lorsqu'une portion ou la totalité du déplacement se fait de façon élective (voir annexe 3).
- Nonobstant ce qui précède, l'accompagnateur familial de l'utilisateur enfant (0 à 18 ans) ou le majeur inapte, qui est transféré d'un établissement de notre région vers un établissement hors région pour l'aller et le retour par l'avion-ambulance, la navette multi-patients ou l'ambulance, peut bénéficier de certaines allocations pour frais de déplacements et de séjour.

Ces allocations sont accordées à l'accompagnateur de l'enfant ou du majeur inapte seulement, puisque ceux-ci doivent être accompagnés d'un adulte pour consentir aux soins qu'ils doivent recevoir.

Une allocation de 2 nuitées (230,48 \$) / semaine d'hospitalisation sera remboursée à l'accompagnateur du mineur ou du majeur inapte pour compenser une partie des frais de séjour ou le paiement de la facture dans une hôtellerie reconnue (ex. : Manoir Ronald McDonald).

Déplacement d'un utilisateur d'un établissement hors de sa région vers un établissement de sa région

Si l'établissement où l'utilisateur est admis ou inscrit n'est pas de la région où il réside de façon habituelle et que ce même établissement a complété la prestation des soins ou services requis, celui-ci est responsable d'assumer les frais inhérents au transport de l'utilisateur vers un établissement de la région où il réside de façon habituelle.

Notons l'exception suivante à la règle. L'enfant qui naît à l'extérieur de la région où résident habituellement ses parents est considéré appartenir à la région d'origine de ses parents. La responsabilité de paiement du transfert vers sa région d'appartenance incombe à l'établissement où résident ses parents.

Déplacement d'un usager d'un établissement hors de sa région vers un autre établissement hors de la région où il réside de façon habituelle

Si l'établissement où l'utilisateur est admis ou inscrit n'est pas dans la région où il réside de façon habituelle et que ce même établissement doit déplacer le bénéficiaire afin qu'il obtienne un diagnostic, un traitement ou pour un transfert, cet établissement est réputé être celui d'origine et assume les frais inhérents au déplacement aller vers l'établissement de destination. Par la suite, les règles énoncées pour les déplacements intraétablissement et interétablissement s'appliquent.

1.7 Organismes responsables d'assumer les frais inhérents au transport autre qu'un établissement du réseau

Dans tous les cas où un organisme, autre qu'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, est responsable du transport de l'utilisateur, les frais encourus lors du déplacement de cet utilisateur sont assumés par cet organisme selon ses critères.

- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ);
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST);
- Ministère de la Défense nationale du Canada;
- Ministère du solliciteur général du Canada;
- Gendarmerie royale du Canada;
- Santé Canada.

1.8 Transport d'utilisateur résident du Québec vers l'établissement approprié hors province

La présente section vise à préciser les modalités d'application de la politique de déplacement des utilisateurs au regard des établissements de santé considérés comme étant les plus rapprochés et appropriés pour les résidents du Québec, mais qui sont situés hors province, mais au Canada.

Il est important de ne pas confondre le déplacement interrégional avec la notion de rapatriement, qui consiste à rapatrier au Québec un utilisateur résident du Québec hospitalisé dans un établissement d'une autre province pour un événement survenu à l'extérieur du Québec. Ces coûts sont aux frais de l'utilisateur.

Deux situations de déplacement se présentent : a) les cas de transport primaire en ambulance; et b) les déplacements limitrophes entre établissements de deux provinces, c'est-à-dire qui ne sont pas des cas de rapatriement.

A) Transport primaire en ambulance. Critères d'admissibilité :

- Résident du Québec;
- Prise en charge au Québec;
- Établissement hors province le plus rapproché et approprié. Responsabilité de paiement :

Prise en charge de l'utilisateur à partir d'une résidence personnelle ou d'un lieu public pour un transport urgent en ambulance :

- 0-65 ans : aux frais de l'utilisateur (ou de l'agent payeur concerné, le cas échéant);
 - 65 ans et plus : région d'appartenance, l'établissement où réside l'utilisateur (voir annexe 2).
- B) Déplacement limitrophe entre établissements de deux provinces. Deux situations peuvent se présenter :
- 1) Lorsqu'il y a prise en charge au Québec et que l'établissement le plus rapproché et approprié en mesure de fournir les soins requis est situé dans une autre province, la responsabilité de paiement revient entièrement à l'établissement situé au Québec où réside l'utilisateur.
 - 2) Lorsqu'il y a transfert après la prise en charge dans un établissement d'une autre province pour un événement survenu au Québec vers un établissement du Québec pour compléter l'épisode de soins, la responsabilité de paiement revient à l'établissement ou CISSS situé au Québec où réside l'utilisateur.

N.B. Lorsqu'il y a épisode de transfert nécessaire entre deux établissements d'une autre province, ces frais sont à la charge de l'utilisateur à l'exception d'un utilisateur qui a été référé par notre établissement selon le corridor de services établi.

ANNEXE 2

**Particularités s'appliquant au déplacement des usagers de 65 ans et plus
et aux soins palliatifs et de fin de vie****2.1 Déplacement en ambulance des usagers âgés de 65 ans et plus**Objectif

Cette section de la politique stipule les conditions de la gratuité des déplacements par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les déplacements visés sont ceux effectués à partir d'une résidence ou d'un lieu public situé au Québec vers l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux le plus rapproché et approprié, même si cet établissement n'est pas dans la région de prise en charge, et le retour, s'il y a lieu.

La gratuité pour l'utilisateur s'applique lorsque l'état de santé, les conditions physiques et sociales ou l'accessibilité du lieu de résidence ou de prise en charge l'exigent. Ceci inclut les cas où, sans présenter de caractère d'urgence, l'état de santé de la personne nécessite un transport ambulancier ou un autre moyen de transport reconnu.

Critères d'admissibilité

Être résident du Québec y compris les membres des Premières Nations du Québec

Et

Être âgé de 65 ans et plus

Et

Que le transport par ambulance soit de nécessité médicosociale

Exclusions à l'admissibilité

- Déplacements entre deux résidences;
- Déplacements d'une résidence vers une clinique privée ou vers un bureau de médecin et les retours;
- Déplacements d'une résidence vers un CLSC sans urgence;
- Déplacements d'une résidence vers un centre d'accueil privé autofinancé et les retours;
- Déplacements entre deux centres d'accueil privés autofinancés;
- Déplacements d'un transport public (aéroport, terminus, trains, autobus) vers un établissement du réseau à la suite du retour au Québec d'un usager victime d'un événement (maladie subite ou situation d'urgence) survenu hors du Québec.

Détermination de la nécessité médico-sociale

Le médecin traitant de l'établissement receveur ou son représentant a la responsabilité de déterminer si la condition de l'utilisateur a requis le moyen de transport reconnu et, dans le cas contraire, d'aviser immédiatement celui-ci s'il doit encourir les frais. Dans ce cas, l'établissement facture l'utilisateur qui assume les coûts.

Si les services de paramédecine de régulation sont disponibles en temps opportun sur le territoire, ce dernier peut y recourir afin de soutenir la prise de décision du personnel soignant dans la détermination de la nécessité médico-sociale du transport ou sur le choix du moyen reconnu, en fonction de l'état de santé de l'utilisateur et de sa condition psychosociale.

Toutefois, cette démarche doit être complémentaire aux autres processus utilisés pour statuer sur la nécessité médico-sociale du transport. L'indisponibilité ou l'absence de recours aux interventions de paramédecine de régulation ne peut avoir pour effet, à elle seule, une décision de non-nécessité de transport.

Déplacement vers l'établissement le plus rapproché ou approprié

Le déplacement doit s'effectuer vers l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux le plus rapproché ou approprié en mesure de fournir à l'utilisateur les soins ou les services requis (incluant les hôpitaux de jour et les cliniques externes), même s'il est situé dans une autre région.

Responsabilité de paiement

Établissement receveur :

- Lorsqu'il s'agit d'un déplacement d'un utilisateur dans la région où il réside habituellement, l'établissement receveur doit assumer les frais de déplacement de l'utilisateur de 65 ans et plus. Lorsqu'il s'agit d'un déplacement vers un établissement le plus rapproché ou approprié hors région, c'est aussi l'établissement receveur qui doit assumer les frais aller-retour.

Retour à domicile d'un utilisateur de 65 ans et plus :

- L'établissement qui prend la décision de retourner l'utilisateur vers sa résidence doit payer les frais du déplacement si le déplacement s'effectue par un moyen de transport reconnu et qu'il est de nécessité médicosociale.
- Lors d'un retour à domicile, l'utilisateur qui décide d'utiliser le transport par ambulance, lorsqu'il n'est pas autorisé, assume l'ensemble des frais inhérents à son déplacement. Dans ce cas, l'établissement a la responsabilité d'informer l'utilisateur que les frais inhérents à son transport lui seront facturés.

Rapatriement :

- Un utilisateur victime d'un événement survenu hors Québec (continuité de transport hors province) est responsable des frais inhérents à son transport.

Organismes responsables d'assumer les frais de transport :

- Dans tous les cas où un organisme, autre qu'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, est responsable d'assumer les frais de transport de l'utilisateur, les frais encourus lors du déplacement de cet utilisateur et de son accompagnateur (médical, paramédical ou familial) sont payables par cet organisme selon ses critères.

Organismes responsables d'assumer les frais inhérents au transport entre établissements du réseau :

- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ);
- Employeur (lors du premier transport seulement);
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST);
- Ministère de la Sécurité publique;
- Santé Canada;
- Ministère de la Défense nationale du Canada;
- Gendarmerie royale du Canada;
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

2.2 Déplacement d'un usager en soins de fin de vie vers une maison de soins palliatifs ou en attente d'aide médicale à mourir

La loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001) mentionne qu'aucune contribution de l'utilisateur ne peut être exigée, peu importe son origine géographique et son âge. Donc, tout usager en fin de vie, nécessitant un transfert vers une maison de soins palliatifs reconnue ou une unité hospitalière de soins palliatifs, est admissible au transport sans contribution de celui-ci. Il en va de même pour l'utilisateur qui requiert un moyen de transport reconnu pour un transfert dans une installation du RSSS ou à domicile pour y recevoir l'aide médicale à mourir.

Responsabilité de paiement

Les frais de transport vers la maison de soins palliatifs seront assumés par le CISSS de la région de résidence de l'utilisateur. Cette responsabilité s'applique aussi lorsqu'un usager en fin de vie est admis ou inscrit dans un établissement hors de sa région d'origine.

Usager admissible

À l'égard de ceci, une première mesure est de rendre admissible l'utilisateur en fin de vie transféré vers une maison de soins palliatifs ou une unité de soins palliatifs dans un centre hospitalier reconnu par chaque CISSS.

Tout usager en fin de vie qui nécessite un transfert vers une maison de soins palliatifs reconnue par un établissement du RSSS ou une unité hospitalière de soins palliatifs est admissible au transport vers celle-ci sans contribution de l'utilisateur.

L'utilisateur qui requiert un moyen de transport reconnu pour un transfert dans une installation du RSSS ou à domicile, pour y recevoir l'aide médicale à mourir est admissible au transport sans contribution de celui-ci.

Le retour d'une dépouille à la suite du décès d'un usager transféré est exclu.

ANNEXE 3

Particularités s'appliquant aux usagers devant recevoir, à la demande de leur médecin et de façon élective, des soins et des services non disponibles dans leur région**3.1 Déplacement des cas électifs : mesures générales**Objectif

La vaste étendue du territoire québécois est connue et pose des contraintes géographiques particulières. C'est pourquoi, dans un souci d'assurer à tous les citoyens du Québec un accès satisfaisant, comparable et équitable aux services de santé et aux services sociaux, le MSSS accorde un soutien financier aux usagers se déplaçant pour des rendez-vous électifs.

Les mesures de cette section s'adressent au déplacement entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux des usagers considérés comme des cas électifs (pour les soins et les services non urgents et non disponibles dans la région d'origine) ou lors de déplacements intra-établissements avec une forte incidence kilométrique, ou lorsque les soins et les services ne sont pas disponibles dans un délai médicalement requis.

Ces mesures visent à procurer, aux usagers admissibles, une compensation financière permettant, dans une certaine mesure, de couvrir une partie des frais encourus par le déplacement ainsi que les frais occasionnés pour le séjour, soit les frais de repas et d'hébergement.

Responsabilité

L'établissement est responsable et imputable de la mise en place des processus administratifs et de contrôle permettant aux usagers de son territoire de bénéficier des soins et des services non disponibles dans un rayon de 200 kilomètres. Par conséquent, il doit inclure dans sa politique régionale, le cas échéant, de négocier, auprès d'autres établissements, des tarifs préférentiels pour ces ressources d'hébergement à proximité des lieux de dispensation de soins et de services hors région.

L'établissement où réside l'utilisateur, c'est-à-dire le territoire de desserte comprenant le domicile principal de la personne qui y réside, est responsable du traitement et du remboursement de l'allocation à verser à l'utilisateur dans le respect des règles édictées par l'établissement.

Admissibilité

Compte tenu de leur état de santé, et à la demande du médecin référent, certains usagers en région doivent se déplacer sur de grandes distances pour obtenir des soins et services requis. Ceux-ci doivent être assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Deux situations d'éloignement géographique s'appliquent :

- Il y a 200 kilomètres ou plus qui séparent l'établissement ou l'installation de desserte où l'utilisateur reçoit habituellement des soins et des services de base (ou son lieu de résidence) et l'établissement ou l'installation appropriée du réseau de la santé et des services sociaux la plus rapprochée et en mesure de fournir à l'utilisateur lesdits soins ou services assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- L'utilisateur réside aux Îles-de-la-Madeleine, à l'Île d'Anticosti, entre La Romaine à Blanc-Sablon, à Schefferville, à Fermont, à Kawawachikamach, à Clova, à Parent, au Nunavik, sur les Terres Cries-de-la-Baie-James et Radisson.

3.2 Modalités générales de remboursement

Les modalités de remboursement s'appliquent (1) pour les frais de transport d'une part, et (2) d'autre part, pour les frais de séjour (hébergement et repas). L'établissement où réside l'utilisateur rembourse à l'utilisateur et à l'accompagnateur, le cas échéant, une partie du coût du transport et des frais de repas et d'hébergement. Afin de recevoir l'allocation forfaitaire autorisée, l'utilisateur doit présenter à l'établissement qui le réfère, la demande de consultation dûment signée par le médecin qui en a fait la demande. La demande de consultation doit indiquer (1) l'endroit, (2) la date, (3) le résumé des soins ou des services et la preuve de présence aux traitements requis ainsi que de l'accompagnateur social ou familial, pour être approuvée. Des factures ou pièces justificatives peuvent aussi être exigées.

Le transport

L'établissement rembourse le moindre :

- Du coût du transport en commun le plus économique aller et retour entre la ville de l'établissement où il reçoit habituellement ses soins et ses services de base, et l'établissement ou l'installation qui lui fournira les services requis;

ou

- 0,21 \$ / km pour l'usage d'une automobile couvrant la distance aller et retour entre la ville de l'établissement ou de l'installation où il reçoit habituellement ses soins et ses services de base et l'établissement ou l'installation qui lui fournira les services requis moins le déductible de 200 kilomètres, le coût du billet du traversier pour l'utilisateur et son accompagnateur, ainsi que les frais pour une automobile le cas échéant.

Les frais de séjour (hébergement et repas)

Un forfait de 115,24 \$ par nuitée (maximum 2 nuitées) lors de ses déplacements à l'extérieur ou à l'intérieur de la région est accordé à l'utilisateur pour supporter une partie des frais de repas et d'hébergement. Ce montant inclut le coucher de l'accompagnateur familial ou social lorsque requis par prescription médicale. Toutefois, l'accompagnateur bénéficie d'un montant pour sa compensation journalière de 49,35 \$ par nuitée (maximum 2 nuitées) pour compenser ses frais de repas.

Lorsqu'il s'agit d'un aller-retour sans nuitée, l'utilisateur et son accompagnateur, le cas échéant, recevront chacun 49,35 \$ lors de l'utilisation d'une automobile. Une allocation de 29 \$ s'ajoutera lors de l'utilisation d'un transport en commun afin de couvrir une partie des frais de taxi.

Aucune compensation financière autre que celle mentionnée à l'annexe 3 n'est prévue pour l'accompagnateur d'un usager admis sauf lorsqu'il s'agit d'un enfant (0-18 an) ou d'un majeur inapte.

Dans les cas de séjour de longue durée, c'est-à-dire de plus de 7 jours, il est reconnu d'utiliser la mesure prévue pour les cas de radio-oncologie (2 nuitées/semaine) ou le remboursement de la facture d'un séjour dans une hôtellerie reconnue.

Une allocation de 2 nuitées/semaine d'hospitalisation sera remboursée à l'accompagnateur du mineur ou du majeur inapte pour compenser une partie des frais de séjour ou le remboursement de la facture dans une hôtellerie reconnue.

Des mesures particulières pourraient s'appliquer après autorisation de la personne responsable de l'autorisation des transports. Toute réclamation pour nuitées additionnelles devra être justifiée et accompagnée de pièces justificatives provenant d'un établissement d'hébergement reconnu.

Les compensations financières pour les frais d'hébergement, les frais de l'accompagnateur et les frais kilométriques seront indexées au 1^{er} avril de chaque année selon le calcul de l'augmentation de l'Indice des prix à la consommation (IPC) par le ministère des Finances du Québec pour l'année financière précédente (se référer à l'annexe 8 pour connaître les tarifs indexés).

Modalités spécifiques pour certaines aires géographiques

En plus des modalités générales de remboursement des transports, des modalités spécifiques s'ajoutent.

Pour l'utilisateur en provenance des Îles-de-la-Madeleine, de l'Île d'Anticosti, de Kegaska (**seulement pour les soins reçus sur le réseau local de services de la Basse-Côte-Nord**), La Romaine à Blanc-Sablon, de Schefferville, de Fermont, de Kawawachikamach, de Clova, de Parent, du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Radisson, l'établissement d'origine paie pour cet usager la totalité du coût du billet d'avion, au prix le plus économique, ou de l'utilisation du véhicule personnel. Les frais demandés par une agence de voyages privée sont à la charge de l'utilisateur, le cas échéant.

Lorsqu'il y a accompagnateur familial ou social médicalement requis, l'allocation de déplacement pour ce dernier couvre exclusivement le coût du transport en commun, lorsqu'utilisé, excluant le covoiturage.

Le retour de l'utilisateur à son lieu de résidence devra s'effectuer au plus tard trente (30) jours suivant la date de son dernier rendez-vous médical et/ou traitement médical.

Particularités pour le transport aérien

Dans le cadre d'un rendez-vous en électif ne présentant aucun caractère urgent, aucun billet d'avion ne sera remboursé sauf pour les aires géographiques nommées ci-dessus.

Autorisation clinique préalable

L'organisation du transport, l'autorisation du transport et la détermination du montant forfaitaire sont la responsabilité de l'administration de l'établissement et de son personnel.

Le CISSS doit informer l'utilisateur de la destination et du montant admissible à la demande de subvention.

Responsabilité de l'usager

Pour être admissible à la subvention jusqu'à l'établissement ou l'installation la plus rapprochée, l'usager doit, dans les cas non urgents :

- S'assurer de l'approbation clinique par la personne désignée de son formulaire d'allocation de transport et feuille de route pour le déplacement d'un usager selon la procédure établie dans sa localité.
- Dans les quarante-cinq (45) jours suivant son retour, présenter au service des finances du CISSSCN une attestation médicale par rendez-vous sur le formulaire prévu à cette fin. Ce document confirme qu'il a reçu les soins prescrits par le médecin dans l'établissement ou l'installation de destination.
- À défaut de produire cette attestation dans le délai prescrit, l'usager se verra refuser sa demande de remboursement ou sera tenu de rembourser au CISSS la totalité de la subvention dont il a bénéficié pour lui-même et, s'il y a lieu, de son accompagnateur advenant le cas où des sommes d'argent auraient déjà été avancées.

Choix d'un mode de transport autre que celui le plus économique désigné par le CISSS

Si, lors d'un transport non urgent, un usager désire utiliser un mode de déplacement autre que celui prévu par la présente politique :

- La subvention qui sera accordée ne pourra être supérieure au montant admissible en vertu de cette politique.
- Le CISSS défraie les frais réels engagés jusqu'à concurrence de la subvention accordée pour le transport le plus économique vers l'établissement ou l'installation la plus rapprochée.

Rendez-vous médicaux manqués

Lorsqu'un usager ne se présente pas à un rendez-vous fixé et que la prestation pour raison médicale a été assurée, cette personne pourrait devoir assumer le remboursement des frais de déplacement à moins de produire une justification suffisante qui explique la raison pour laquelle elle n'a pu se présenter ou informer le transporteur concerné par l'annulation.

3.3 Déplacement des usagers en attente de greffes : mesures spécifiques

L'accessibilité des services d'hébergement des gens en attente d'une transplantation fait partie intégrante des orientations contenues dans le document « L'organisation des services en don et transplantation d'organes solides au Québec » (MSSS, octobre 2006) offert à la population. La politique de déplacement des usagers s'harmonise avec les orientations ministérielles pour ce type de clientèle. Étant donné que les donneurs vivants d'organe sont admissibles au Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants administré par Transplant Québec, les présentes mesures de la politique de déplacement des usagers ne s'adressent spécifiquement qu'aux usagers en attente d'une transplantation d'organes ou d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques, d'une allogreffe composite vascularisée, de thérapie CAR T-cell ou aux usagers en suivi post greffe et aux donneurs vivants au Québec et qui doivent se déplacer et résider dans les facilités d'hébergement opérées par un des deux organismes reconnus par le MSSS et les établissements du RSSS, soit :

- Tous les usagers visés par cette section sont admissibles à l'hébergement;
- Les compensations autorisées pour les frais de transport pendant le déplacement de l'utilisateur et d'un accompagnateur médicalement requis sont les mêmes que celles établies pour les cas électifs, lorsque situés à 200 kilomètres et plus;
- Les compensations de la contribution journalière ne s'appliquent que lorsque les usagers sont référés et séjournent dans les services d'hébergements opérés par les maisons d'hébergement et hôtelleries reconnues par le MSSS et les CISSS et les CIUSSS :
- La Maison des greffés Lina Cyr, 1989, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2K 1B8 www.maisondesgreffes.com
- La Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'Est-du-Québec 21-2450, avenue du Mont-Thabor, Québec (Québec) G1J 5B9
- Le montant de remboursement de la contribution journalière pour l'hébergement de longue durée de l'utilisateur et de l'accompagnateur, le cas échéant, est d'un maximum de 35 \$ par jour. Ces montants seront indexés au 1^{er} avril de chaque année selon le calcul de l'augmentation de l'IPC par le ministère des Finances du Québec pour l'année financière précédente;
- Lors de l'hospitalisation en lien avec l'épisode de greffe de l'utilisateur, l'accompagnateur médicalement requis peut, lorsque possible, continuer de séjourner à l'établissement dédié et d'en assumer le coût quotidien.

3.4 Les usagers en-oncologie : mesures spécifiques

Les règles suivantes s'appliquent pour déterminer l'admissibilité des patients en oncologie ou tout autre traitement (incluant la recherche diagnostique) relié au cancer à une compensation des frais de transport, d'hébergement et de séjour.

Admissibilité

Tout usager (ainsi que l'accompagnateur familial et social lorsque requis) qui, à la demande de l'établissement d'origine, doit se déplacer à plus de 200 kilomètres vers un autre établissement pour y recevoir des traitements oncologiques peut se faire compenser une partie des frais de transport, de séjour et d'hébergement selon les critères suivants :

Frais de transport remboursables

Les frais de transport d'un tel patient (et d'un accompagnateur, lorsque médicalement requis) sont remboursables selon les autres modalités établies pour les cas électifs, mais, en raison de la fréquence des déplacements, **sans le déductible de 200 kilomètres.**

Frais d'hébergement et de séjour remboursables

Les premières ressources à considérer pour héberger un tel usager sont les facilités opérées par les maisons d'hébergement et les « hôtelleries cancer » reconnues par le MSSS et les CISSS. Le cas échéant, la contribution journalière (qui couvre les frais de repas et d'hébergement) versée par l'utilisateur à ces ressources est remboursable. La liste des hôtelleries reconnues recevant du financement public apparaît ci-après.

En cas de non-disponibilité temporaire d'hébergement dans ces ressources, les modalités de remboursement pour l'hébergement dans d'autres types d'établissements sont celles prévues pour

les cas électifs généraux, soit 115,24 \$ par nuitée pour un maximum de deux nuitées par semaine de traitement. L'accompagnateur familial et social bénéficie d'un montant de 49,35 \$ par nuitée pour un maximum de deux nuitées, pour compenser ses frais de repas.

Fondation québécoise du cancer Hôtellerie de l'Estrie
3001, 12^e Avenue Nord
Fleurimont (QC) J1H 5N4
Tél. : 819 822-2125
Télé. : 819 822-1392
cancerquebec.she@info-cancer.com

Société canadienne du cancer Maison
Jacques Cantin
5151, boulevard de l'Assomption
Montréal (QC) H1T 4A9
Tél. : 514 255-5151
Sans frais : 1 888 939-3333
maison@quebec.cancer.ca
www.cancer.ca

Hôtellerie de Montréal 2075,
rue de Champlain
Montréal (QC) H2L 2T1
Tél. : 514 527-2194
Sans frais : 1 877 336-4443
Télé. : 514 527-1943
cancerquebec.mtl@fqc.qc.ca

Hôtellerie de l'Outaouais
Pavillon Michael J. MacGivney
555, boulevard de l'Hôpital
Gatineau (QC) J8V 3T4
Tél. : 819 561-2262
Télé. : 819 561-1727
cancerquebec.gat@fqc.qc.ca

Association du cancer de l'Est-du-Québec
Hôtellerie Omer Brazeau
151, rue Saint-Louis
Rimouski (QC) G5L 0A4
Tél. : 418 724-2120
Sans frais : 1 800 463-0806
Télé. : 418 724-9725
mestpierre@aceq.org
<http://www.fqc.qc.ca>

Hôtellerie de la Mauricie
3110, rue Louis-Pasteur
Trois-Rivières (QC) G8Z 4E3
Tél. : 819 693-4242
Télé. : 819 693-4243
cancerquebec.trv@fqc.qc.ca

Hôtellerie de Québec
2375, avenue de Vitré
Québec (QC) G1R 4J1
Tél. : 418 657-5334
Sans frais : 1 800 363-0063
cancerquebec.que@fqc.qc.ca
<http://www.fqc.qc.ca>

Hôtellerie Chaudière-Appalaches
1660, rue Wolfe
Lévis (QC) G6V 3Z5
Tél. : 581 502-0184
Sans frais : 1 800 363-0063
cancerquebec.lev@fqc.qc.ca

ANNEXE 4**Particularités s'appliquant aux usagers membres des Premières Nations****4.1 Modalités générales**

Cette section détermine le cadre général de la politique de déplacement des usagers pour les usagers membres des Premières Nations issus de communautés conventionnées ou non conventionnées. On y précise les responsabilités et procédures de paiement pour ceux inscrits sur le registre de la population cri, inuite et naskapie sous la responsabilité du MSSS ainsi que la responsabilité de Santé Canada ou des conseils de bande pour les communautés non conventionnées.

4.2 Usagers issus des communautés conventionnéesAdmissibilité

Les usagers cris et inuits qui résident en permanence sur les territoires desservis par le Conseil régional de la santé et des services sociaux des Terres-Cries-de-la-Baie-James, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik ou les Naskapis qui vivent sur les territoires de catégorie 1A-N sont régis par les conditions prévues à leur convention respective (Bénéficiaires des conventions de la Baie-James et du Nord québécois pour les Cris et les Inuits et Convention du Nord-Est du Québec pour les Naskapis).

Pour être admissibles au remboursement des frais en vertu du financement des services par le Québec, les critères suivants doivent être rencontrés :

- Être inscrit sur le registre des Autochtones ou le registre des Indiens selon la juridiction qui prévaut sous la responsabilité du MSSS conformément à l'application de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois;

Et

- Être membre de l'une des Premières Nations suivantes :
- Cris;
- Naskapis;
- Inuits.

Responsabilité et procédure de paiement

Transport d'urgence en ambulance et transport électif :

Si l'utilisateur demeure en permanence sur les territoires régis par le Conseil régional de la santé et des services sociaux des Terres-Cries-de-la-Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik et le CLSC Naskapi, les frais de transport et de séjour des usagers référés par un médecin seront assumés par ces organismes ou leurs établissements, quel que soit l'âge de l'utilisateur.

4.3 Usagers issus de communautés non conventionnées

Responsabilité et procédure de paiement

De façon générale, l'usager autochtone qui demeure sur une réserve fédérale non conventionnée est sous la responsabilité de Santé Canada ou du conseil de bande auquel il doit s'adresser pour connaître les modalités de remboursement des frais de transport.

Transport d'urgence par un moyen reconnu

Santé Canada ou le conseil de bande de la réserve assume aussi les transports ambulanciers pour les usagers issus de communautés non conventionnées qui demeurent sur une réserve fédérale ou hors réserve vers un établissement pour y recevoir des soins d'urgence. Santé Canada ou le conseil de bande assume aussi les transports ambulanciers en provenance d'un établissement du MSSS, sur recommandation médicale. Santé Canada ne rembourse le transport ambulancier qu'à titre de dernier agent payeur.

Déplacement des usagers issus des communautés non conventionnées en transport électif

Santé Canada ou le conseil de bande de la réserve assume les coûts de transport électif des usagers issus de communautés non conventionnées qui doivent se rendre à un établissement pour consultation, examen diagnostique ou traitement spécialisé.

Transfert interétablissements des usagers autochtones

Pour les transports interétablissements, la politique de déplacement des usagers du MSSS s'applique pour les membres des Premières Nations inscrits sur le registre du MAINC.

Déplacement des usagers autochtones non conventionnés de 65 ans et plus

Les usagers issus de communautés non conventionnées âgés de 65 ans et plus, peu importe leur lieu de résidence au Québec, sont admissibles à la politique de déplacement des usagers du MSSS.

4.4 Agents payeurs pour les membres des Premières Nations et des Inuits lors d'un transport ambulancier :

Usagers	À qui adresser la facturation pour recevoir le paiement
Usager membre d'une Première Nation habitant dans une communauté non conventionnée	Conseil de bande de la communauté où réside l'utilisateur
Usager membre d'une Première nation habitant hors communauté	Services aux Autochtones Canada (Programme des services de santé non assurés)
Usager membre d'une Première Nation de la communauté conventionnée crie (habitant sur le territoire ou hors communauté)	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Usager membre de la Première Nation de la communauté de Kawawachikamach (naskapie)	CLSC Naskapi
Usager membre de la Première Nation naskapie habitant hors communauté	Services aux Autochtones Canada (Programme des services de santé non assurés)
Usager Inuit habitant dans les communautés inuites (région 17)	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
Usager inuit habitant hors communauté (selon le nombre d'années en dehors du territoire)	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik Services aux Autochtones Canada (Programme des services de santé non assurés)

ANNEXE 5

Particularités régionales

5.1 Accoucher loin de son milieu de vieFrais de transport remboursables

Les frais de transport d'une telle usagère et d'un accompagnateur sont remboursables selon les modalités établies pour les cas électifs.

Frais d'hébergement et de séjour remboursables

Une allocation quotidienne de soixante-cinq dollars (65 \$) couvrant la période de référence établie par le médecin référent jusqu'aux montants maximums détaillés ci-dessous (pour des grossesses sans particularité). La durée de l'allocation s'étend de la date de départ déterminée par le médecin traitant à la date d'admission de l'usagère au centre accoucheur.

Territoire	Nombre de jours maximum	Montant maximum
<ul style="list-style-type: none"> Basse-Côte-Nord Fermont Minganie : Port-Menier (Anticosti) et le secteur est (Baie-Johan-Beetz, Aguanish et Natashquan) 	21 jours	1 365 \$
<ul style="list-style-type: none"> Minganie : Havre-Saint-Pierre et secteur ouest (Longue-Pointe-de-Mingan, Rivière-St-Jean, Magpie, Rivière-au-Tonnerre et Sheldrake) 	14 jours	910 \$
<ul style="list-style-type: none"> Pour les autres territoires de la Côte-Nord, en cas de grossesse à risque élevé nécessitant centre tertiaire à plus de 150 km ou bris de services de nos centres accoucheurs nécessitant déplacement de plus de 150 km 	14 jours	910 \$

N.B. Toute durée de séjour excédentaire pour les clientèles vulnérables (SIPPE), les bris de services ou les grossesses à risque élevé, nécessite une justification et l'allocation versée est alors de quarante dollars (40 \$) par jour sur présentation de facture.

5.2 Mesures particulières - Volet psychosocialObjectif

Permettre l'accessibilité aux ressources nécessaires, aux clientèles ciblées, en cas d'absence de celles-ci sur leur territoire de résidence.

Frais de transport remboursables

Les frais de transport associés aux situations particulières suivantes sont remboursables selon les modalités contenues à l'annexe 1 de la présente politique. Les frais d'hébergement et de séjour sont à la charge de l'organisme qui reçoit l'usager.

Le mode de déplacement choisi doit être celui le plus économique.

Clientèles ciblées

- Les victimes de violence conjugale/familiale et leurs enfants;
- Les usagers ayant à se déplacer à plus de 200 kilomètres pour obtenir des services de réadaptation avec hébergement en dépendances;
- Les usagers nécessitant l'admission dans un lit de crise ou en santé mentale;
- Les usagers en situation d'itinérance acceptant les services d'un organisme reconnu sur la Côte-Nord ou hors région.

Critères d'admissibilité

- Absence de la ressource appropriée sur le territoire;
- Autorisation de la demande de déplacement par un médecin ou un membre de l'équipe psychosociale de l'installation d'origine;
- Pour les déplacements non urgents, obtention de l'autorisation clinique préalable selon les procédures en vigueur à l'installation d'origine.

Responsabilité de paiement

L'installation qui autorise le transport a la responsabilité d'organiser le déplacement vers la ressource la plus près de son territoire, de payer les coûts réels de ce transport pour l'aller et le retour. Pour le retour, les modalités de l'annexe 3 s'appliquent.

*** Il est à noter qu'une autre politique (Programme de transport et hébergement pour les personnes handicapées) encadre les subventions relatives aux déplacements des clientèles en déficience physique, déficience intellectuelle ainsi que des troubles du spectre de l'autisme. L'information est disponible sur le site WEB du CISSS de la Côte-Nord.

ANNEXE 6

Critères d'admissibilité pour une demande d'accompagnement (Escorte)

1. Enfant mineur (moins de 18 ans);
2. Usager sous un régime de protection;
3. Usager avec un trouble de santé mentale grave et instable, ou démence prouvée et significative, retard mental spécifique;
4. Usager avec capacité physique restreinte nécessitant l'aide constante au moins d'une personne. Inclus traitement de chimio et de radiothérapie, chirurgie, sédation/anesthésie.
5. Usager avec surdité sévère non compensée avec un trouble de langage sévère (muet, aphasique);
6. Trouble visuel (aveugle ou malvoyant) non compensé et nécessitant l'aide d'une personne pour les déplacements;
7. L'accompagnateur(trice) de la mère à l'accouchement;
8. Situation de vulnérabilité personnelle ou sociale où l'encadrement normal prévu dans le déplacement ne peut pas suffire à assurer la sécurité de l'usager et des autres
(expliquez : _____)

ANNEXE 7**Comité d'orientation pour la Côte-Nord**

Le comité d'orientation est responsable d'apprécier et de statuer sur la recevabilité des demandes de transport ou d'accompagnement pour lesquelles les critères objectifs prévus à la politique sont insuffisants pour permettre de rendre une réponse juste et équitable. De plus, il peut, en première instance, traiter les insatisfactions des usagers en lien avec cette politique.

Composition

Le comité d'orientation est composé de quatre personnes dont :

- L'infirmière responsable de l'autorisation clinique;
- Un représentant « administratif » de la direction responsable du transport (DSTHL);
- Le DSPEU ou son représentant;
- Le responsable de l'application de la politique régionale de transport des usagers ou de son remplaçant.

Responsabilités

Le comité d'orientation a la responsabilité :

- De déterminer l'éligibilité au programme dans les situations particulières;
- D'analyser le contexte, la situation de vulnérabilité et l'environnement reliés aux soins à recevoir (durée, complexité, légalité...);
- De juger de la nécessité de prévoir un accompagnateur (gestion de risque);
- De transmettre la décision à l'utilisateur concerné et à l'équipe mandatée à l'organisation du transport et de l'accompagnement;
- De traiter de façon exceptionnelle une demande de révision à laquelle il n'a pas été associé.

Modalités de fonctionnement

- Le comité se réunit une fois par semaine ou selon le besoin, de façon virtuelle;
- L'infirmière responsable de l'autorisation clinique présente le dossier et le contexte entourant la demande;
- Au besoin, le Comité recueille des informations « qualitatives » additionnelles auprès d'intervenants connaissant l'utilisateur concerné (médecins, infirmières des CLSC, dispensaires, travailleurs sociaux, etc.);
- S'il y a apparence de conflit d'intérêt réel pour l'un des membres du Comité, celui-ci se retire des discussions et décisions.

N.B. Dans les situations d'urgence, le médecin traitant ou le gestionnaire de garde supplée au comité d'orientation.

ANNEXE 8

Indexation annuelle des compensations financières
Selon la circulaire 2023-017 (01.01.40.10)

Grille tarifaire

Année	Indice des prix à la consommation (IPC)	Frais d'hébergement	Frais accompagnateur	Allocation kilométrique
2023-01-01	-	108 \$	46,25 \$	0,20 \$ /km
2023-05-19	6,7%	115 \$	49 \$	0,21 \$ /km
2023-08-03		115,24 \$	49,35\$	0,21 \$ /km

Révisé le 3 août 2023

ANNEXE 9**Définitions**

Accompagnateur familial ou social : Personne dont le rôle est de guider et d'assister l'utilisateur pendant la durée du déplacement.

Accompagnateur médical ou paramédical : Personne dont le rôle est de guider, surveiller, protéger et fournir les soins à l'utilisateur pendant la durée du déplacement.

Établissement : Un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), un établissement non fusionné ou un établissement desservant une population nordique et autochtone.

Les services de ces établissements regroupés sont fournis par les installations suivantes : un centre hospitalier (CH), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), un centre de réadaptation (CR), un centre local de services communautaires (CLSC) ou un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), dont les missions sont définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). S'y ajoutent les maisons de naissance et les maisons de soins palliatifs en fin de vie reconnues par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Établissement du territoire où réside l'utilisateur : Établissement dont le territoire de desserte (réseau local de services) inclut le lieu principal de résidence de l'utilisateur.

Établissement d'origine : Établissement où est admis ou inscrit l'utilisateur.

Installation : Lieu physique où les soins et services sont prodigués.

Paramédecine de régulation : Mesures d'atténuation de la demande pour des services ambulanciers ou hospitaliers, par une réorientation des cas de faible acuité vers une ressource de santé et de services sociaux plus appropriée à sa condition que la salle d'urgence ou par l'utilisation d'un transport alternatif au véhicule ambulancier.

Exemples :

- Triage secondaire
- Co-évaluation entre le technicien ambulancier-paramédic et un professionnel autorisé

Ces mesures sont déployées en partenariat avec le guichet d'accès à la première ligne (GAP) ou les unités de soutien clinique (USC) des services préhospitaliers d'urgence (SPU).

Rapatriement : Retour au Québec d'un utilisateur vers un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) à la suite d'un événement (maladie subite ou situation d'urgence) survenu hors Québec.

Résidence : Le lieu où la personne demeure de façon habituelle. En cas de pluralité, celle qui a le caractère principal.

Résident du Québec : Conformément à l'article 338 du Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (RLRQ, chapitre S-5, r. 1), la résidence s'établit par la présence physique, sans égard à l'intention.

- L'article 339 du règlement précité prévoit également que : « [...], lorsqu'un enfant naît hors du Québec d'une mère ayant la qualité de résident du Québec, il est réputé résident du Québec ».

La qualité de résident s'acquiert par la naissance au Québec d'une mère ayant déjà la qualité de résidente du Québec.

Cependant, une personne qui est :

- Un immigrant reçu;
- Un Canadien rapatrié;
- Un Canadien revenant au pays;
- Un immigrant reçu revenant au pays;
- Un citoyen canadien ou son conjoint qui s'établit au Canada pour la première fois;
- Un membre des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'a pas acquis la qualité de résident du Québec;
- Un détenu qui n'a pas acquis la qualité de résident du Québec au moment de son incarcération au Québec.

Est réputée, ainsi que toute personne à sa charge, être un résident du Québec après une période de résidence de trois mois au Québec après son arrivée, son élargissement ou sa libération, selon le cas.

Soins de fin de vie : Les soins de fin de vie au sens de la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001).

Transport alternatif : Mode de transport non urgent avec un véhicule autre qu'une ambulance, utilisé pour le transport d'usagers entre les installations maintenues par des établissements ou entre d'autres lieux de services déterminés par le plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) de l'établissement, conformément au paragraphe 5 de l'article 7 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ chapitre S-6.2.).

Le transport alternatif retenu doit être adapté à l'état de santé de l'utilisateur et à sa condition psychosociale. Il doit également satisfaire aux orientations nationales en matière de qualité

des soins préhospitaliers d'urgence.

Outre les installations maintenues ou reconnues par un établissement, la résidence de l'utilisateur constitue également une destination autorisée pour le transport alternatif dans le cadre du plan triennal d'organisation des SPU de l'établissement.

Transports reconnus :

- Véhicule ambulancier;
- Transport médical adapté;
- Transport adapté;
- Véhicule personnel ou celui d'un proche;
- Taxi;
- Transport en commun;
- Transport aérien;
- Transport maritime.

Usager : Toute personne qui a ou qui pourrait avoir recours aux soins et services de santé ainsi qu'aux services sociaux offerts par un établissement.

Usager admis : Un usager est admis dans une installation lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'il occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

Usager inscrit : Un usager est inscrit dans une installation lorsqu'il y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'il n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.