

# Communication COVID-19



**DESTINATAIRES : À tous les médecins, gestionnaires et employés du  
CISSS de Chaudière-Appalaches**

**DATE : Le 27 janvier 2021**

**OBJET : Attestation pour les déplacements des personnes proches  
aidantes pour situations particulières après le couvre-feu**

---

À la suite de l'annonce du couvre-feu, décrété du 9 janvier au 8 février 2021 entre 20 h et 5 h, une [directive ministérielle](#) a été émise afin de permettre aux personnes proches aidantes de se déplacer dans certaines situations particulières.

Pour ce faire, une personne proche aidante pourra obtenir du CISSS ou d'une clinique médicale une [attestation](#) justifiant les déplacements lors du couvre-feu lorsque cela est cliniquement requis pour l'utilisateur. À titre d'exemple, les personnes proches aidantes qui doivent se rendre au chevet ou au domicile des personnes aidées pour leur porter assistance ou pour assurer leur sécurité en raison d'une condition clinique particulière.

Ainsi, les professionnels de tous les programmes-services, milieux de vie, milieux de soins, centres de réadaptation, groupes de médecine familiale et cliniques médicales du réseau de la santé et des services sociaux doivent dûment remplir et signer l'attestation autorisant les déplacements de personnes proches aidantes. La démarche peut se faire par téléphone auprès des professionnels ou des agents administratifs (secrétaire médicale) et n'implique donc pas un rendez-vous formel avec le professionnel ou le médecin. Aucuns frais ne doivent être chargés aux personnes proches aidantes pour la rédaction et l'envoi de l'attestation de déplacement.

Il est attendu que la personne proche aidante qui contacte un professionnel pour obtenir cette attestation reçoive rapidement une rétroaction et l'attestation de déplacement, le cas échéant, à la suite d'une analyse du besoin en fonction des situations pouvant le justifier.

*Contenu et diffusion approuvés par : Marco Bélanger*

## Attestation – Déplacement durant le couvre-feu décrété par le gouvernement du Québec

Par la présente, je soussigné(e) :

Prénom et nom du ou de la  
professionnel(le) :

\_\_\_\_\_

Fonction :

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_

Organisation :

CISSS de Chaudière-Appalaches

Nom et adresse de  
l'installation, service ou  
clinique :

\_\_\_\_\_

certifie que, durant la période du couvre-feu décrétée par le gouvernement du Québec, la personne identifiée dans ce document est reconnue par l'organisation que je représente comme étant une personne proche aidante qui doit se déplacer auprès d'une personne aidée afin de lui offrir un soutien essentiel lié à sa condition clinique.

La personne suivante doit ainsi se déplacer entre son domicile et le milieu de vie ou le domicile de la personne aidée, où sa présence est requise, durant la période du couvre-feu :

Prénom et nom de la personne  
proche aidante :

\_\_\_\_\_

Adresse du domicile de la  
personne proche aidante :

\_\_\_\_\_

Motif du déplacement :

Doit offrir un soutien à : \_\_\_\_\_

- Porter assistance à une personne dans le besoin
- Fournir un service ou un soutien à une personne pour des fins de sécurité
- Assurer la garde d'un enfant ou d'une personne vulnérable
- Visiter une personne en fin de vie
- Pour un motif d'urgence

Adresse du milieu de vie de la  
personne aidée :

\_\_\_\_\_

Cette autorisation est valide du

\_\_\_\_\_ 2021 au \_\_\_\_\_ 2021

ou

Cette autorisation est valide durant toute la période du couvre-feu

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date