

ASSSCA

GUIDE DE GESTION DE LA MESURE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS (SAPA)

Répit, gardiennage et dépannage

Québec 

GUIDE DE GESTION DE LA MESURE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS (SAPA)

Répit, gardiennage et dépannage

Direction de la coordination des services
Adopté par le conseil d'administration le 21 mars 2012

Le *Guide de gestion de la mesure Soutien aux proches aidants (SAPA)* est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
418 386-3363
www.agencesss12.gouv.qc.ca

Lorsque le contexte le permet, les genres masculin et féminin utilisés dans ce document désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN 978-2-89548-622-0 (version
imprimée) ISBN 978-2-89548-623-7
(version PDF)

Ce document est disponible en médias
adaptés sur demande.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2012

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

Nous désirons exprimer nos remerciements aux personnes suivantes qui ont participé à la révision et ont contribué à l'élaboration de ce document.

Agence de la santé et des services sociaux

M^{me} Isabelle Perron de Chaudière-Appalaches

Centre de santé et de services sociaux

M^{me} Barbara Doiron de Beauce
Mme Ginette Pouliot

Centre de santé et de services sociaux

Mme Hélaine Boissonneault des Etchemins
Mme Hélène Dallaire
M. Claude Gagnon

Centre de santé et de services sociaux
Alphonse-Desjardins

Mme Nancy Lizotte
M. Yvan Rioux

Centre de santé et de services sociaux
de Montmagny-L'Islet

Mme Lucie Ouellet
Mme Chantal Caron

Centre de santé et de services sociaux
de la région de Thetford

Mme Joannie Richard

Office des personnes
handicapées du Québec

M. Marc Savoie

Regroupement des associations
handicapées région Chaudière-Appalaches

Mme Caroline Fradette de personnes

REMERCIEMENTS

Un remerciement tout spécial s'adresse aux membres du comité de révision du Guide de gestion pour la mesure Soutien aux proches aidants (SAPA). La réalisation de ce projet n'aurait pu être possible sans leur expertise et leur expérience clinique.

Merci également aux répondants du Centre de santé et des services de Québec-Nord qui ont bien voulu partager leur expérience, leurs conseils et leurs outils d'évaluation. Leur apport aux travaux de révision des cadres de références fut d'une grande importance.

TABLE DES MATIÈRES

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL	5
REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ACRONYMES	12
INTRODUCTION.....	13
1. CADRE DE RÉFÉRENCE : LA POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE	15
2. DESCRIPTION DE LA MESURE.....	15
3. PRINCIPES DIRECTEURS ENCADRANT LA MESURE	16
3.1 Autonomie, intégration et participation dans la communauté	16
3.2 Uniformité dans le traitement des demandes.....	16
3.3 Continuité de la réponse aux besoins	16
4. OBJECTIFS DE LA MESURE	16
5. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À LA MESURE.....	16
5.1 Définition du proche aidant.....	17
5.2 Définition de personne handicapée	17
5.3 Milieu de vie	18
5.4 Nature de la déficience.....	18
5.4.1 <i>Déficience physique</i>	18
5.4.2 <i>Déficience intellectuelle</i>	18
5.4.3 <i>Troubles envahissants du développement</i>	19
5.4.4 <i>Retard global de développement</i>	19
5.5 Profil de la personne handicapée.....	19
6. CRITÈRES D'EXCLUSION À LA MESURE	19
7. SERVICES COUVERTS PAR LA MESURE	20
7.1 Gardiennage (enfant) ou présence-surveillance (adulte)	21
7.2 Répît (avec ou sans coucher)	22
7.3 Dépannage	23
7.4 Services non couverts par la mesure SAPA.....	24

8.	CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE.....	25
8.1	Demande de soutien à la mesure.....	26
8.2	Évaluation des incapacités et des situations de handicap.....	26
8.3	Détermination de l'allocation financière.....	27
8.4	Détermination du plan de services.....	28
8.5	Gestion d'accès à la mesure SAPA.....	28
8.6	Prestation de services.....	29
8.7	Réévaluation des incapacités et des situations de handicap.....	30
9.	MODALITÉS ADMINISTRATIVES.....	30
9.1	Budget dédié.....	30
9.2	Tarification.....	30
9.3	Modalités de paiement.....	31
9.4	Contrôle financier.....	31
10.	COMITÉ RÉGIONAL D'ÉVALUATION DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES.....	31
11.	DÉMÉNAGEMENT DE L'USAGER.....	32
12.	PROCÉDURES DE RÉVISION DU DOSSIER.....	32
12.1	Comité consultatif du CSSS.....	33
13.	RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PRINCIPAUX PARTENAIRES.....	33
13.1	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.....	33
13.2	Centre de santé et de services sociaux (CSSS).....	34
13.2.1	Intervenants évaluateurs.....	34
13.2.2	Comité interdisciplinaire du CSSS.....	35
13.2.3	Comité de détermination des services.....	35
13.2.4	Gestionnaire du programme.....	35
13.3	Proche aidant.....	36
14.	SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU DOMICILE.....	36
14.1	Hospitalisation ou hébergement temporaire.....	36
14.2	Vacances.....	36
15.	PROTOCOLE D'ENTENTE.....	37
	BIBLIOGRAPHIE.....	39

LISTE DES ANNEXES.....	39
ANNEXE 1 Le modèle Processus de production du handicap	40
ANNEXE 2 Déficience physique - Principaux diagnostics en relation avec le type de déficience ou l'atteinte des principaux systèmes organiques	41
ANNEXE 3 Grille d'évaluation du profil gériatrique SEGA.....	44
ANNEXE 4 Tableau du développement de l'enfant de 6 mois à 12 ans.....	51
ANNEXE 5 Tarification de la mesure Soutien aux proches aidants	52
ANNEXE 6 Outil de détermination des services - Mesure soutien aux proches a dants	53
ANNEXE 7 Grille de pointage – Mesure de soutien aux proches aidants	63
ANNEXE 8 Grille synthèse du plan d'intervention de l'utilisateur.....	64
ANNEXE 9 Grille de priorité	65
ANNEXE 10 Formulaire d'autogestion - Soutien aux proches aidants pour les personnes handicapées	66
ANNEXE 11 Modalités de transferts.....	67
ANNEXE 12 Contenu de dossier de l'utilisateur à transférer du CSSS d'origine au CSSS d'accueil (intra et interrégional).....	68
ANNEXE 13 Engagement de l'utilisateur ou de son répondant	69
ANNEXE 14 Autorisation à transmettre les renseignements pour le comité consultatif du CSSS	70

LISTE DES ACRONYMES

ASSSCA	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CRDICA	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Chaudière-Appalaches
CR	Centre de réadaptation
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
EIJ	Équipe intervention jeunesse
FEJ	Famille, Enfance, Jeunesse
CRDPCA	Centre de réadaptation en déficience physique de Chaudière-Appalaches
IVAC	Indemnisation des victimes d'actes criminels
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RIPPH	Réseau international sur le processus de production du handicap
RNI	Ressources non institutionnelles
RPA	Résidence pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAD	Soutien à domicile

SAPA	Soutien aux proches aidants
SCCDIH	Société canadienne pour la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
SISAD	Services intensifs de soutien à domicile
SLA	Sclérose latérale amyotrophique
TED	Trouble envahissant du développement

INTRODUCTION

En novembre 1990, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de Québec formait un comité de travail ayant le mandat de planifier le transfert du programme SIMAD 4 pour les personnes handicapées dans une perspective d'harmonisation des programmes de maintien à domicile, notamment SIMAD2-longue durée. Des consultations ont été réalisées auprès des responsables du secteur maintien à domicile du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du Comité de maintien à domicile des CLSC, de la Commission régionale sur les CLSC et auprès de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ).

En juin 1991, le conseil d'administration du Conseil régional de la santé et des services sociaux adoptait le document « Transfert du programme Fonds régional pour le maintien à domicile des personnes lourdement handicapées et harmonisation des clientèles » qui présente les principes de base ou conditions relatives au transfert ainsi que le scénario prévu pour le transfert du programme en CLSC.

En avril 1993, la gestion de ce programme fut transférée de la Régie régionale de Québec à la Régie régionale de Chaudière-Appalaches. En avril 1996, le conseil d'administration de cette dernière accepta la décentralisation de la gestion de ce programme vers les CLSC.

Dans le cadre du remplacement du plan d'organisation de septembre 1999, la révision du cadre de gestion, réalisée en juin 2000, a été élaborée dans le contexte de la décentralisation du programme. Il est important de mentionner que les membres du comité de travail ont privilégié de présenter le cadre de gestion révisé sous deux volets séparés, soit : «Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées» et «Soutien à la famille pour les personnes handicapées».

La politique régionale officielle du programme « Soutien aux familles pour les personnes handicapées » avait comme objectif de soutenir les CLSC dans leur responsabilité de voir à l'application de ce programme. Ce document visait une mise à jour du plan d'organisation transféré par la Régie régionale de Québec à la Régie régionale de Chaudière-Appalaches en 1993, étant donné les multiples changements survenus depuis cette date, notamment la mise en place du chèque emploi-service et des entreprises d'économie sociale.

En 2006, l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches s'est vu mandaté pour réviser les différents cadres de gestion du programme de maintien à domicile et de soutien aux proches aidants. Ce mandat visait le regroupement de tous les programmes de soutien à domicile pour toutes les clientèles en un seul cartable.

En janvier 2011, l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches a mandaté un comité régional afin de procéder à la révision du cadre de gestion pour le programme de Soutien aux proches aidants, celui-ci portant maintenant le nom de Mesure Soutien aux proches aidants.

Déoulant de certains constats soulevant des disparités dans l'application du programme entre les CSSS de la région, le présent cadre se veut un outil de référence à la fois pour le gestionnaire et l'intervenant du CSSS afin de s'assurer de la bonne compréhension de la mesure et d'uniformiser son application pour mieux soutenir les proches aidants de personnes handicapées de la région de la Chaudière-Appalaches.

Ainsi, cette nouvelle version présente la définition de la clientèle cible et ses caractéristiques, la nature des services, les critères d'admissibilité, d'exclusion et de priorité, l'évaluation des besoins des usagers et des proches aidants. En outre, on y retrouve les mandats de l'équipe interdisciplinaire, les responsabilités respectives des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) et de l'Agence de la santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (ASSS-CA). Les modalités financières, le rôle du comité consultatif du CSSS et les conditions associées y sont également détaillés. De nouveaux outils permettant l'harmonisation des pratiques y sont aussi présentés.

1. Cadre de référence : la politique de soutien à domicile

La mesure Soutien aux proches aidants (SAPA) s'inspire de la vision de la politique de soutien à domicile : Chez soi le premier choix (MSSS, 2003) qui se traduit par les quatre principes suivants :

1. Le domicile, toujours la première option à considérer :
 - Dans le respect du choix des individus, le domicile sera toujours envisagé comme la première option.¹
2. La priorité : le choix des individus :
 - Toute personne ayant une incapacité significative et persistance doit pouvoir vivre dans son domicile et participer à la vie de son milieu dans des conditions qu'elle juge satisfaisantes pour elle et ses proches.
 - Toute personne doit être traitée équitablement, quels que soient son statut, son revenu ou toute autre caractéristique.²
3. Le proche aidant : un statut reconnu.
 - [...], l'engagement du proche aidant est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé.
 - [...], le proche aidant est considéré à la fois comme un client des services, un partenaire et un citoyen qui remplit ses obligations usuelles. [...]
 - Le proche aidant a besoin d'appui et d'accompagnement pour remplir son rôle.³
4. Au-delà de l'offre de service, une philosophie d'action.
 - [...], le recours à ces services dépend de deux conditions :
 - le choix de la personne;
 - le respect des conditions d'admissibilité (besoin) attesté par une évaluation professionnelle, pertinence d'offrir le service au domicile, etc.).⁴

2. Description de la mesure

La mesure Soutien aux proches aidants accorde des allocations aux proches aidants pour favoriser l'accès à des services de gardiennage, de répit et de dépannage. Cette mesure vient compenser pour la charge anormale de responsabilités parentales. Elle permet aux proches aidants de poursuivre leurs obligations ainsi que de se procurer un temps de détente et de ressourcement. Les montants sont accordés en fonction des facteurs liés à la personne handicapée, des facteurs liés aux proches aidants, de la disponibilité des ressources, de l'environnement physique et du montant de l'allocation maximale établi par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

¹ MSSS, Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile, 2004, p.5.

² Ibid., p.5.

³ Ibid., p.6.

⁴ Ibid., p.7.

3. Principes directeurs encadrant la mesure

Trois grands principes directeurs ont été ciblés pour favoriser l'équité et l'harmonisation des services, de même que le soutien à domicile et la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs proches aidants :

3.1 Autonomie, intégration et participation dans la communauté

L'actualisation du potentiel par la réadaptation et la compensation des limitations par l'enseignement, l'aménagement du domicile ou l'attribution d'un support technique doivent être envisagés avant le recours à des services de soutien à domicile.

Les ressources de gardiennage et répit, qui favorisent le développement des habiletés sociales, l'intégration et la participation dans la communauté des personnes handicapées, doivent être privilégiées.

3.2 Uniformité dans le traitement des demandes;

La détermination des services de base sur l'évaluation fonctionnelle de même que sur l'identification des besoins du proche aidant. Elle est réalisée à l'aide d'un outil spécifique utilisé régionalement.

3.3 Continuité de la réponse aux besoins.

La majorité des personnes handicapées requiert des services pour une longue période dû à une incapacité significative et persistante. Les CSSS doivent donc s'assurer que les besoins des proches aidants soient évalués et répondus sur une base récurrente. La continuité des services lors des déménagements est aussi essentielle, et ce, toujours en raison des incapacités significatives et persistantes.

4. Objectifs de la mesure

- Soutenir les familles pour leur permettre d'assumer leurs responsabilités spécifiques tout en évoluant dans des conditions similaires aux autres familles du Québec.
- Prévenir l'épuisement des proches aidants.
- Favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées.
- Contribuer à prévenir ou retarder l'hébergement en dehors du milieu familial.

5. Critères d'admissibilité à la mesure

Pour être admissible à la mesure Soutien aux proches aidants, il faut répondre aux cinq exigences suivantes :

1. Être un proche aidant tel que définit au point 5.1 et demeurer avec une personne handicapée.
2. La personne handicapée doit correspondre à la définition de personne handicapées telle que décrites au point 5,2.
3. La personne handicapée doit vivre dans un milieu de vie correspondant aux critères énoncés au point 5.3.
4. La nature de la déficience de la personne handicapée doit correspondre à au moins une de celles énoncées au point 5.4.
5. Le profil de la personne handicapée doit correspondre aux éléments énoncés au point 5.5.

5.1 Définition de proche aidant

Le MSSS définit le proche aidant comme « toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité [...]. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.⁵ » Bien que la définition du MSSS mentionne qu'il s'agit de toute personne de l'entourage, il est important de rappeler que le proche aidant doit habiter avec la personne handicapée pour avoir accès à la mesure SAPA.

5.2 Définition de personne handicapée

La loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées définit la personne handicapée comme « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.⁶ »

Une déficience est « une perte, une malformation, une anomalie ou une insuffisance d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique.⁷ » Elle résulte d'un état pathologique pouvant faire l'objet d'un diagnostic.

Une incapacité significative et persistante doit être comprise comme étant les effets d'un ou plusieurs traumatismes, déficiences ou maladies, quelles qu'en soient les causes, et qui se traduisent pas des incapacités altérant, de façon totale ou partielle, la réalisation des habitudes de vie, de façon non temporaire (incluant épisodique) et pouvant, dans certains cas, être compensées par une aide technique.⁸ Une incapacité temporaire fait référence à l'intervention de courte durée qui permet habituellement à la personne d'acquérir ou de

⁵ MSSS, *Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004, p.11.

⁶ Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, Article 1.g. L.R.Q., C. E-20.1 modifiée au 17 décembre 2004.

⁷ RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (RIPPH). Guide de formation sur les systèmes de classification des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles, mise à jour en octobre 2000, page 40.

⁸ MSSS, *Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile*, 2004, p.11.

recupérer intégralement ou presque intégralement la capacité affectée et de reprendre ses activités sans séquelles fonctionnelles ou avec des séquelles minimales.⁹

L'admissibilité à la mesure se détermine en fonction des incapacités liées à la nature de la déficience (diagnostic). Pour mieux comprendre les causes et les conséquences des maladies et des traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne, un modèle explicatif du processus de production du handicap a été développé par le RIPPH/SCCIDIH en 1998 (voir annexe 1).

5.3 Définition de milieu de vie

- L'utilisateur doit résider dans la région de la Chaudière-Appalaches.
- Le lieu physique où réside la personne au moment de la demande doit correspondre à son domicile principal.
- La personne handicapée doit demeurer à domicile, au sens d'un logement privé : maison individuelle, logement, chambre, résidence privée. Ceci exclut les personnes qui vivent dans un établissement public (centre hospitalier, centre de réadaptation), dans un CHSLD privé, dans un CHSLD privé conventionné, dans une RNI, dans une résidence pour personnes âgées (RPA) et dans un centre d'hébergement.

5.4 Nature de la déficience

- Il est obligatoire que la personne handicapée ait reçu un diagnostic reconnu confirmant la déficience intellectuelle, la déficience physique, le trouble envahissant du développement ou le retard global de développement.
- Toutefois, un diagnostic n'engend e pas nécessairement l'admissibilité à la mesure Soutien aux proches aidants. Il faut toujours se référer aux incapacités significatives et persistantes de l'utilisateur. D'ailleurs, il est possible qu'un enfant qui acquiert de l'autonomie en vieillissant ne soit plus admissible à la mesure.

5.4.1 Définition de déficience physique

« Une déficience physique correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique.¹⁰ »

« Bien que la déficience puisse être significative en elle-même, ce sont plutôt les effets de la déficience qui se traduisent par des incapacités, que l'on peut qualifier de significatives lorsqu'elles altèrent la réalisation des habitudes de vie.¹¹ »

⁹ MSSS, *Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile*, 2004, p. 11.

¹⁰ RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (RIPPH), *Classification québécoise : processus de production du handicap*, Lac Saint-Charles, 1998, p. 34 citée dans MSSS, *Orientations ministérielles en déficience physique*, 2003, p. 22.

La liste des principaux diagnostics en relation avec le type de déficience ou l'atteinte des principaux systèmes organiques se retrouvent à l'annexe 2. Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle peut servir de point de référence pour statuer l'admissibilité à la mesure Soutien aux proches aidants, en lien avec les incapacités et l'altération de la réalisation des habitudes de vie (situations de handicap).

5.4.2 Définition de déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle (...) est caractérisée par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, et concomitant à des limitations reliées dans au moins deux des domaines suivants d'habiletés adaptatives : la communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et le travail. La déficience intellectuelle se manifeste avant l'âge de 18 ans.¹²

5.4.3 Définition de troubles envahissants du développement

Les troubles envahissants du développement sont caractérisés par des « déficits sévères et une altération envahissante de nombreux secteurs du développement. Il s'agit d'une altération des interactions sociales réciproques, d'une altération de la communication, et de l'existence de comportements, intérêts et activités stéréotypés. Les troubles spécifiques inclus dans ce chapitre le Trouble autistique, le Syndrome de Rett, le Trouble désintégratif de l'enfance, le Syndrome d'Asperger et le Trouble envahissant du développement non spécifié.¹³ »

5.4.4 Définition de retard global de développement

http://www.crdinl.qc.ca/pages/crdi-normandlaramee/definition_des_diagnostics.aspx#RetardGlobal

L'enfant présentant un retard global de développement est un enfant qui se développe plus lentement que les autres enfants du même âge. Le diagnostic de retard global de développement est généralement associé à l'enfant de moins de six ans qui accuse un retard significatif par rapport aux autres enfants du même âge dans plusieurs sphères de son développement : motricité fine et globale, cognition, développement sensoriel et socio-émotionnel, développement du langage et de la communication, activités de la vie quotidienne (alimentation, hygiène, habillement, etc.).

5.5 Âge et particularité de la personne handicapée

La mesure s'adresse aux proches aidants vivant avec une personne handicapée de tous âges. Pour déterminer si les incapacités sont associées à la déficience de la personne handicapée ou au processus de vieillissement,

¹¹ MSSS, *Orientations ministérielles en déficience physique*, 2003, p. 22.

¹² ASSOCIATION AMÉRICAINE SUR LE RETARD MENTAL, *Retard mental, définition, classification et systèmes de soutien*, 1992, citée dans MSSS, *De l'intégration à la participation sociale, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, p. 29.

¹³ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (DSM-IV-TR), p. 46.

l'utilisation d'un outil spécifique est requise (voir grille d'évaluation du profil gériatrique, annexe 3). Toutefois, les usagers qui ont déjà été admis à la mesure Soutien aux proches aidants et dont, en vieillissant, leurs profils se rapprochent de celui d'une personne âgée demeurent inscrits au programme (voir annexe 1).

Les proches aidants dont les enfants sont en bas âge (0 à 5 ans) sont aussi admissibles à la mesure. L'évaluation doit toutefois mettre en évidence la surcharge de la famille associée à la déficience ou aux incapacités de l'enfant handicapé comparativement aux enfants du même âge (voir annexe 4).

6. Critères d'exclusion à la mesure

Lors de la demande d'admissibilité à la mesure, sont exclus ou refusés les proches aidants dont:

- La personne handicapée est en processus de réadaptation fonctionnelle intensive.
- La personne handicapée a un diagnostic qui n'engendre pas d'incapacités significatives et persistantes au niveau des AVQ et des AVD (ex. diabète, etc.).
- Les personnes qui ont exclusivement un problème de santé mentale.
- Les personnes qui ont exclusivement le syndrome de Gilles de la Tourette, puisque ce diagnostic est relié à une problématique de santé mentale.
- La personne handicapée présente exclusivement un trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité.
- La personne handicapée a des incapacités qui ne sont pas liées à un diagnostic de DI, DP, TED ou retard global de développement (ex. : retard de développement, TED probable, intelligence limite, etc.).
- La personne handicapée a une condition médicale requérant des soins palliatifs (ex. : cancer, sida, etc.).
- La personne handicapée est couverte par un programme d'assurance public pour des services similaires : Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), Anciens Combattants, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) ou tout autre organisme ou ressource du réseau.
- La personne handicapée vit dans un établissement : centre hospitalier (CH), centre de réadaptation (CR), centre de soins de longue durée (CHSLD, CHSLD privé conventionné ou CHSLD privé non conventionné).
- La personne handicapée demeure dans une ressource non institutionnelle palliant les incapacités de l'utilisateur et de son réseau de support, telles que ressource intermédiaire (RI), ressource de type familial (RTF) incluant les familles d'accueil ou les résidences d'accueil, etc.
- La personne handicapée présente un profil gériatrique. Pour déterminer si les incapacités sont associées à la déficience de la personne handicapée ou au processus de vieillissement, l'utilisation d'un outil spécifique est requise (voir annexe 3).

- L'enfant handicapé est en bas âge (0 à 5 ans) et que les besoins spécifiques correspondent aux besoins des enfants de leur groupe d'âge (voir annexe 4).

7. Services couverts par la mesure

Couverture des besoins

De façon générale, les services aux proches aidants sont déterminés selon l'outil de détermination des services jusqu'à la concurrence du montant maximal établi par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (voir annexe 5).

7.1 Gardiennage (enfant) ou présence-surveillance

(adulte) Définition

- Le gardiennage ou présence-surveillance comprennent les activités normales de garde qui sont accordées pour compenser la charge anormale de responsabilités de garde ou de surveillance occasionnée par les incapacités de la personne handicapée. Cette mesure compensatoire permet aux proches aidants de poursuivre leurs obligations professionnelles, civiques ou domestiques. Le gardiennage peut s'effectuer au domicile ou à l'extérieur du domicile de la personne handicapée.

Règles d'attribution

- Ce service s'adresse aux usagers qui ne peuvent pas être laissés seuls à domicile.
- Avant d'envisager le gardiennage à domicile, des mesures de surveillance à distance (ex. : télésurveillance, Argus, etc.) doivent être appliquées, si possible.
- La réponse au besoin de gardiennage ou de présence-surveillance peut aussi être assumé, en partie ou en totalité, par d'autres ressources dans la communauté, telles que garderies, services de garde, services d'apprentissage aux habitudes de travail, centres de jour, milieu scolaire etc. L'utilisation de ces ressources doit être encouragée, car elle répond aussi aux besoins de socialisation de la personne handicapée.
- Les besoins de surveillance doivent être reliés aux incapacités de la personne handicapée.

Limite de la mesure

- Pour assurer le maintien à domicile, la personne handicapée doit pouvoir compter sur un réseau minimal de support. Le gardiennage 24 heures par jour, 7 jours sur 7, n'est pas financé par cette mesure.

Détermination des services

- Ces services se traduisent en heures hebdomadaires ou mensuelles, en fonction des besoins particuliers des proches aidants, des capacités physiques et cognitives de l'utilisateur, de la charge anormale de

responsabilités de garde, de la présence de plusieurs personnes handicapées dans un même milieu de vie, de la disponibilité du réseau de support et de la présence de ressources autres qui peuvent combler ce besoin.

Particularité - gardiennage pour les douze ans et moins

- Au Québec, il n'existe aucune loi qui précise l'âge à partir duquel un enfant peut rester seul à la maison. Toutefois, plusieurs organisations (Conseil canadien de la sécurité, Parents-Secours du Québec) estiment qu'un enfant de douze ans peut passer quelques heures seul à la maison, à condition qu'un adulte puisse facilement lui venir en aide.
- Les besoins des enfants en bas âge doivent être évalués à l'égard des besoins spécifiques d'un enfant non handicapé du même groupe d'âge. Puisque les enfants de moins de douze ans ont tous besoin d'une surveillance particulière, les services de gardiennage sont autorisés seulement aux enfants de moins de douze ans qui ont des besoins qui dépassent les responsabilités normalement attribuées aux parents. L'évaluation doit alors mettre en évidence la surcharge des proches aidants (ex. : dépendance aux AVQ, surveillance régulière de l'état de santé, manipulations physiques exigeantes, problèmes de comportement, etc.).

Exemples

Exemples d'heures de gardiennage ou présence-surveillance reconnues par la mesure :

- Heures de gardiennage ou présence-surveillance pour permettre aux proches aidants de rencontrer leurs obligations familiales (travail, épicerie, magasinage, etc.);
- Heures de gardiennage ou présence-surveillance pour permettre aux parents de s'occuper des autres enfants ou de préparer des repas;
- Heures de gardiennage ou présence-surveillance entre les heures de la fin des classes des enfants et le retour du travail des parents pour l'enfant handicapé de douze ans et plus s'il ne peut rester seul. Le coût supplémentaire du service de garde associé à la déficience de l'enfant peut aussi être considéré pour l'enfant de douze ans et moins, et ce, jusqu'à concurrence du taux horaire établi par le cadre SAPA;
- Heures de gardiennage ou présence-surveillance pour les jours de congés pédagogiques et la relâche scolaire pour l'enfant handicapé de douze ans et plus s'il ne peut rester seul. Le coût supplémentaire du service de garde associé à la déficience de l'enfant peut aussi être considéré pour l'enfant de douze ans et moins, et ce, jusqu'à concurrence du taux horaire établi par le cadre SAPA;
- Heures de gardiennage ou présence-surveillance pour les vacances scolaires pour l'enfant handicapé de douze ans et plus;
- Heures de gardiennage ou présence-surveillance pour la fratrie qui habite avec la personne handicapée si les besoins sont reliés à la déficience et aux limitations de la personne handicapée (ex : rendez-vous médicaux ou au centre de réadaptation, etc.);

- Heures de gardiennage ou présence-surveillance pour le terrain de jeux ou camps offerts par la municipalité pour l'enfant handicapé de moins de douze ans s'il y a un coût supplémentaire associé à la déficience. Dans ce cas particulier, l'aide ne doit pas se substituer à l'aide offerte par certaines municipalités pour l'accompagnement aux terrains de jeux;
- Heures de gardiennage ou présence-surveillance pour permettre aux parents d'avoir des heures de sommeil continues lorsque la personne handicapée sollicite des soins particuliers la nuit (surveillance particulière de l'état de santé, mobilisation, etc.);
- Accompagnement-gardiennage ou présence-surveillance à une activité de loisirs.

7.2 Répit (avec ou sans coucher)

Définition

- Le répit permet aux proches aidants un temps de détente afin de co penser le stress et la fatigue supplémentaire occasionnés par les besoins particuliers d'un enfant ou d'un adulte ayant une incapacité.

Détermination des services

- Il est accordé sous forme d'heures, de journées et de fins de semaine réparties tout au long de l'année et/ou de semaines de vacances en fonction des besoins particuliers des proches aidants et des règles de détermination des services en vigueur dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Exemples

Exemples de services reconnus par la mesure, en autant que l'objectif demeure du répit (avec ou sans coucher) :

- Gardienne au domicile de la personne handicapée;
- Gardienne à l'extérieur du domicile de la personne handicapée;
- Répit en Ressources non institutionnelles (RNI);
- Maison de répit;
- Répit dans une ressource spécialisée (ex. : CRDICA ou centre d'hébergement);
- Répit dispensé par les organismes du milieu;
- Camps de jour pour les enfants de 12 ans et plus, si cette mesure est utilisée comme du répit. Il faut bien comprendre que les camps de jour ne peuvent pas être considérés comme une mesure de répit lorsque les deux parents travaillent à l'extérieur le jour (voir annexe au point 7.1);
- Camps de vacances.

7.3 Dépannage

Définition

- Ce service permet aux proches aidants de faire face à des situations imprévisibles ou urgentes. Le dépannage est donc temporaire et généralement de courte durée. Il consiste à prévoir les mesures ou le type de ressource les plus appropriés pour répondre aux besoins des personnes et des proches. Il consiste également à prévoir ou à organiser les services pour répondre aux besoins lors d'une situation d'urgence, et ce, afin de diminuer les inquiétudes que peuvent avoir certains proches aidants. Le cas échéant, les personnes doivent savoir où et à qui s'adresser et les mesures en ce sens doivent être connues par les clientèles lorsque requis.¹⁴
- Le dépannage se distingue du protocole temporaire en répondant à des besoins urgent ou à court terme de la clientèle déjà admise à la mesure Soutien aux proches aidants. Quant aux protocoles temporaires, ils se traduisent par une aide financière qui permet d'obtenir des services d'aide à la clientèle en attente d'actualisation d'un plan de services Soutien aux proches aidants (voir protocole temporaire p. 22).

Exemples

Ce besoin est temporaire et il peut faire référence à :

- L'hospitalisation à court terme du proche aidant;
- La convalescence de la personne handicapée ou de son aidant principal (chirurgie, fracture, maladie, etc.);
- Des problèmes familiaux aigus (maladie, décès, séparation, etc.).

Le dépannage peut prendre différentes formes: gardiennage ou présence-surveillance à domicile, dépannage en RNI, maison de répit ou répit en ressource spécialisé, camps de vacances, etc.

Règles d'attribution

- Pour bénéficier du dépannage, la personne handicapée ou le proche aidant doit présenter des besoins spécifiques à court terme qui ne peuvent pas être compensés par les ressources de la communauté et qui ne peuvent pas être répondus par son plan de soutien SAPA.

Limite de la mesure

- Le dépannage se traduit par l'attribution d'allocation financière temporaire, en fonction des ressources financières disponibles. Ce volet est financé avec les montants non récurrents devenus disponibles à la suite d'une hospitalisation, d'un hébergement temporaire ou d'une utilisation incomplète des heures de services par la clientèle de la mesure Soutien aux proches aidants.

¹⁴ MSSS, Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile, 2004, p. 35.

Durée

- La durée maximale de l'aide financière est de trois mois.
- La réévaluation des besoins peut être nécessaire à la suite d'un dépannage.

Responsabilité

- Chaque CSSS est responsable de la procédure et de la mise en place d'un protocole rapide de dépannage.

Particularité - dépannage pour les douze ans et moins

- Pour les enfants de douze ans et moins, cette mesure peut être accordée si les coûts occasionnés dépassent ce qu'une famille débourserait normalement, dans une situation similaire, si l'enfant n'était pas handicapé.

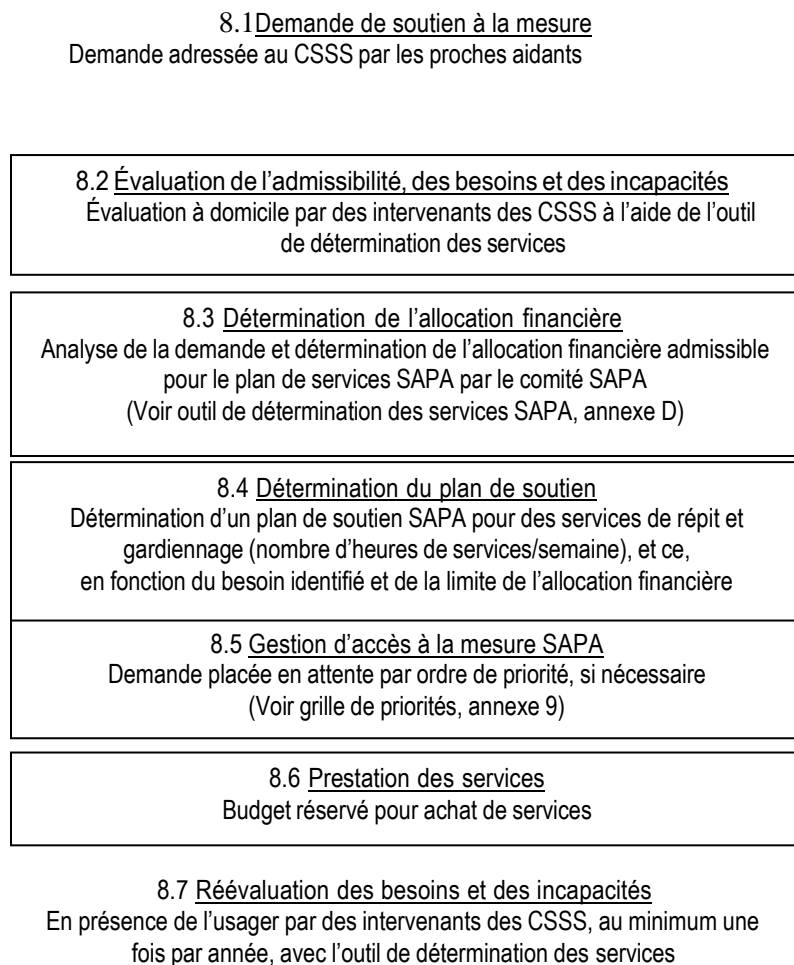
7.4 Services non couverts par la mesure SAPA

- Hébergement temporaire dans un établissement public lié à une convalescence pour la personne handicapée;
- Carte de membre (ex. : organisme de loisirs);
- Frais de transport;
- Frais de restaurant;
- Frais d'admission (ex. : cinéma, spectacles, visites éducatives);
- Cours privés (musique, informatique, etc.);
- Formation professionnelle;
- Frais d'inscription et d'ouverture de dossier;
- Stimulation précoce, traitements spécifiques à domicile;
- Aide aux devoirs.

8. Cheminement d'une demande¹⁵

Pour mieux comprendre les différentes étapes du cheminement d'une demande, voici les principales étapes d'une demande de soutien à la mesure Soutien aux proches aidants :

Schéma - Cheminement d'une demande-résumé



¹⁵ Adapté du document du CSSS de Québec-Nord, ASSS, de la Capitale-Nationale, Cadre de gestion Programme SISAD, juin 2008, p.8.

Des précisions sur chacune des étapes du processus ont été élaborées. Elles se retrouvent sous les prochaines rubriques du présent guide de gestion.

8.1 Demande de soutien à la mesure

La personne handicapée doit obligatoirement fournir un diagnostic reconnu confirmant une déficience physique, une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou un retard global de développement entraînant des incapacités significatives et persistantes.

8.2 Évaluation des incapacités et des situations de

handicap Principes de base pour l'évaluation des besoins

- L'outil de détermination des services doit obligatoirement être complété.
- L'évaluation devrait être réalisée à domicile par l'intervenante sociale.
- L'évaluation du milieu familial devrait toujours être réalisée en présence de la personne handicapée (enfant ou adulte).
- L'expertise des principaux partenaires (CRDICA et CRDPCA) peut être mise à contribution lors du processus d'évaluation.
- Malgré la présence de plusieurs personnes handicapées dans un même milieu, une évaluation individuelle est nécessaire pour chacune des personnes handicapées.
- La mesure doit être complémentaire à l'offre de service disponible dans la communauté.

PI-PII-PSI

- La demande à la mesure Soutien aux proches aidants doit obligatoirement être intégrée dans un plan d'intervention (PI), un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou un plan de services individualisé (PSI). Effectivement, d'autres programmes ou d'autres ressources du milieu (services professionnels, transport adapté, adaptation du domicile, aides techniques, services éducatifs, intégration en milieu de travail, organismes communautaires, loisirs, etc.) doivent être mis en place pour favoriser l'autonomie, le maintien à domicile et l'intégration dans la communauté.
- Le PI-PII-PSI doit tenir compte de l'évaluation des capacités fonctionnelles de la personne handicapée, des besoins du proche aidant ainsi que de la présence ou l'absence de ressources extérieures.
- La participation de l'utilisateur et du proche aidant est indispensable à l'identification des besoins et à l'élaboration d'un PI-PII-PSI.

8.3 Détermination de l'allocation financière

Principes de base pour la détermination de l'allocation financière

- L'intervenant doit transmettre l'outil de détermination des services complétée au comité SAPA.
- Le comité décide alors de l'allocation financière qui sera octroyée au proche aidant.
- Le comité transmettra alors sa décision par écrit à l'intervenant et au proche aidant.

Règles d'admissibilité

- Les demandes d'admission ou les modifications à la hausse ou à la baisse des plans de services Soutien aux proches aidants doivent toutes être référées au comité de détermination des services.

Comité de détermination des services

- Le comité de détermination des services est multidisciplinaire et la composition relève de la procédure de chaque CSSS.
- Les principaux rôles du comité de détermination des services sont d'analyser la demande, de statuer l'admissibilité à la mesure et d'accorder une allocation financière en fonction de l'outil d'évaluation des services utilisée dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Principes de détermination des services

- Les montants alloués pour les services de gardiennage et de répit sont déterminées à partir de la grille de détermination des services utilisée régionalement.
- L'analyse de la demande doit tenir compte des équipements et des autres ressources en place : aides techniques, adaptation du domicile, centres de réadaptation, services de garde, écoles, entreprises adaptées, centres de jour, organismes communautaires, etc.
- Pour les enfants en bas âge, les demandes de services sont évaluées en fonction des besoins spécifiques d'un enfant non handicapé du même groupe d'âge (voir annexe 4).
- Au besoin, l'équipe de détermination des services peut demander d'autres évaluations (médicales, psychosociales, etc.) ou des informations complémentaires avant de rendre sa décision.
- L'allocation est habituellement établie sur une base annuelle.
- Les décisions rendues par le comité de détermination des services sont consignées dans un formulaire conçu à cette fin (voir annexe 7).

Outil de détermination des services

- Pour une question d'équité, une grille de détermination des services est utilisée régionalement pour les demandes de répit et de gardiennage (voir annexe 6).

Particularité - plusieurs personnes handicapées dans une même famille

- Dans une famille, si plus d'une personne est admissible à la mesure, il faut évaluer la possibilité de partager des heures de gardiennage à domicile.

Particularité - garde partagée

- Lorsque les parents demeurent sur le même territoire, le CSSS doit procéder à la mise en place d'un seul plan de services Soutien aux proches aidants.
- Lorsque les parents demeurent sur deux territoires différents, une demande peut être acheminée dans chacun des CSSS. L'analyse de la demande doit tenir compte du nombre de semaines où l'enfant est absent du domicile.

8.4 Détermination du plan de soutien

Principes de détermination du plan de

soutien

- Les heures allouées pour les services de gardiennage et de répit sont déterminées en fonction de l'allocation financière attribuée par le comité de détermination des services.
- L'intervenant reçoit une confirmation écrite de l'admissibilité à la mesure et de l'allocation financière disponible pour le proche aidant.
- S'il s'avérait que l'allocation financière est inférieure au besoin identifié par le proche aidant, l'intervenant doit alors convenir avec celui-ci de l'utilisation des montants disponibles pour des services de répit et de gardiennage.

8. Gestion d'accès à la mesure SAPA

Les demandes sont placées en attente par ordre de priorité lorsque le budget est insuffisant.

Ordre de priorité

- L'établissement de l'ordre de priorité est sous la responsabilité du comité de détermination des services.
- La cote de priorité est déterminée par un outil spécifique utilisé régionalement (voir annexe 9). Cette grille est remplie par l'intervenant lors de l'évaluation de la situation du proche aidant.

Liste d'attente

- Le proche aidant, pour lequel le comité de détermination des services a reconnu un plan de soutien, est placé en liste d'attente par ordre de priorité.

Protocoles temporaires

- En fonction des ressources financières disponibles, le gestionnaire du programme peut autoriser un protocole temporaire au proche aidant qui est en attente d'activation de son plan de soutien à la mesure Soutien aux proches aidants, et dont la situation est susceptible de compromettre le maintien à domicile.
- Le protocole temporaire est une entente de services qui permet à un proche aidant d'obtenir de l'aide en attendant l'actualisation du plan de soutien à la mesure Soutien aux proches aidants. L'aide financière peut couvrir en totalité ou en partie les besoins de services reconnus par le comité de détermination des services.
- La prise en charge des proches aidants en attente demeure la responsabilité de chaque CSSS selon les ressources financières disponibles.
- Ce volet peut être financé avec les montants non récurrents devenus disponibles à la suite d'une hospitalisation, d'un hébergement temporaire ou de l'utilisation incomplète des heures de services par la clientèle de la mesure Soutien aux proches aidants.
- Pour assurer la continuité des services, les proches aidants qui arrivent d'une autre région avec leur plan de services Soutien aux proches aidants doivent bénéficier d'un protocole temporaire en attendant l'actualisation de leurs nouveaux plans de services Soutien aux proches aidants.

8.6 Prestation de services

Actualisation des plans de

soutien

- Dès que des ressources financières sont disponibles, le proche aidant recevra une autorisation pour actualiser son plan de soutien à la mesure Soutien aux proches aidants.

Utilisation du plan de soutien à la mesure Soutien aux proches aidants

- Le proche aidant peut choisir la modalité de services qui correspond à ses besoins

Proche aidant

- L'embauche d'un proche aidant, vivant sous le même toit, pour donner des services n'est pas autorisée, car la mesure vise entre autres la prévention de l'épuisement des proches aidants. De plus, la gestion d'un proche comme employé peut engendrer des situations délicates ou conflictuelles (ex. dépendance, abus, etc.).

- L'embauche d'un proche aidant, vivant sous le même toit, doit donc être très exceptionnelle et considérée comme une alternative temporaire. Elle doit aussi être autorisée par le gestionnaire de la mesure.

8.7 Réévaluation des incapacités et des situations de

handicap Principes de base pour la réévaluation des besoins

- Chaque année, les intervenants du CSSS procèdent à la réévaluation des besoins en présence de la personne handicapée et du proche aidant, idéalement à domicile.
- La réévaluation doit aussi être réalisée lorsque des changements notables de la situation de la personne handicapée ou du proche aidant sont identifiés: amélioration ou diminution des capacités, changements dans l'entourage, déménagement, etc.
- Lors de la réévaluation annuelle, l'intervenant doit considérer les montants utilisés et non utilisés (gardiennage et répit) de l'année précédente comme point de référence pour l'identification des besoins du proche aidant.

Outil de réévaluation des besoins

- La réévaluation est réalisée par un intervenant du CSSS à l'aide de l'outil de détermination des services.

9. Modalités administratives

9.1 Budget dédié

- Le financement accordé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches doit être utilisé spécifiquement pour les proches aidants de personne handicapée.

9.2 Tarification

- Pour les services de gardiennage et de répit, l'allocation est déterminée à partir des balises qui ont été établies par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches : niveau d'encadrement, âge de la personne handicapée, tarif horaire, tarif quotidien et allocation maximale annuelle pour une même personne handicapée (voir annexe 5).
- Pour toutes situations exceptionnelles dont le maintien de la personne handicapée est compromis, des arrangements pourraient être pris sous l'approbation du gestionnaire de la mesure.
- La mesure prévoit le remboursement des frais d'utilisation d'une ressource de répit jusqu'à concurrence du maximum prévu dans la grille de tarification.

- Pour les enfants de moins de douze ans, la tarification pour le gardiennage tient compte de la participation de la famille aux frais encourus en comparaison aux autres familles qui ont une personne à charge et des besoins de garde. Il est aussi possible que la tarification ne couvre pas la totalité du coût des services demandés. Les familles auront donc à faire des choix en fonction des montants qui leur seront alloués.

9.3 Modalités de paiement

- Pour les services de gardiennage et de répit, l'allocation est versée rétroactivement sur réception du formulaire d'autogestion désigné ou de pièces justificatives (voir annexe 10).
- Un dépôt direct ou un chèque sont généralement adressés au proche aidant par le CSSS concerné.
- Un chèque peut aussi être adressé à l'organisme fournisseur de services, suite à une entente avec le proche aidant.
- Les sommes reçues par le proche aidant ne sont pas imposables.

9.4 Contrôle financier

- Pour les services de gardiennage et de répit, le formulaire d'autogestion doit être rempli et acheminé par le proche aidant au CSSS, selon le calendrier établi. Des actures sont exigées pour les services obtenus par différents organismes (voir annexe 10).

10. Déménagement de la personne handicapée

Un des principes fondamentaux de la mesure Soutien aux proches aidants est la continuité des services. Les incapacités d'une personne handicapée sont en général persistantes et il faut répondre de façon continue aux besoins des familles et des personnes. C'est pourquoi des modalités pour faciliter toutes les mobilités à l'intérieur et à l'extérieur de la région ont été prévues (voir annexe 12).

11. Séjours à l'extérieur du domicile

11.1 Hospitalisation ou hébergement temporaire

- Les allocations financières de la mesure Soutien aux proches aidants sont versées pour répondre aux besoins de répit et de gardiennage des proches aidants.
- Les allocations financières versées par la mesure seront donc cessées lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement temporaire dans une ressource publique ou privée.
- Les allocations financières non versées permettent l'actualisation de dépannage et de protocoles temporaires.

- Le proche aidant doit aviser, sans délai, l'intervenant du CSSS lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement temporaire de la personne handicapée.

11.2 Vacances

- L'allocation financière peut être utilisée, en tout ou en partie, lors d'un séjour à l'extérieur du domicile.
- Le proche aidant doit aviser l'intervenant du CSSS lors d'un séjour à l'extérieur du domicile de plus d'une semaine.

12. Rôles et responsabilités des principaux partenaires

12.1 Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

De façon générale, l'Agence s'assure que les CSSS disposent des leviers nécessaires à l'actualisation de leurs mandats. Conséquemment, les responsabilités de l'Agence sont les suivantes :

- Élaborer et mettre à jour les procédures administratives de la mesure, selon les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Assurer la coordination régionale.
- Assurer un soutien au CSSS.
- Établir les attentes administratives et effectuer la reddition de comptes.
- S'assurer de l'évaluation de la mesure et des services.
- Mettre en place un comité de suivi de la mise en application du guide de gestion de la mesure SAPA.

12.2 Centre de santé et de services sociaux (CSSS)

12.2.1 *Intervenants doivent :*

- informer les proches aidants de l'existence de la mesure SAPA et ses règles de fonctionnement;
- procéder à l'évaluation globale de l'utilisateur et de son réseau de support à l'aide de l'outil de détermination des services;
- intégrer la demande de services dans un PI, un PII ou un PSI élaboré avec l'utilisateur, les proches aidants et les partenaires dispensateurs de services;
- présenter la demande au comité de détermination des services;

- faire savoir aux proches aidants que l'allocation financière peut changer à chaque année, car il est octroyé en fonction des incapacités, des besoins particuliers, du réseau de support et des ressources en place au moment de la demande;
- compléter la grille synthèse du plan de soutien de la mesure Soutien aux proches aidants (admissibilité, plan de services Soutien aux proches aidants autorisé) et faire signer le proche aidant (voir annexe 8);
- prévenir l'utilisateur ou le proche aidant des délais d'attente possibles;
- aviser la clientèle des procédures existantes de révision du dossier;
- faciliter la mise en place du plan de soutien aux proches aidants;
- faire signer le formulaire d'engagement par le proche aidant (voir annexe 14);
- soutenir le proche aidant dans ses démarches avec les organismes fournisseurs des services en se rappelant que la responsabilité première du client est d'organiser ses services;
- s'assurer de l'actualisation adéquate des services;
- informer le comité de détermination des services de tout changement qui pourrait modifier l'évaluation de l'outil de détermination des services;
- réévaluer les besoins des proches aidants, au minimum, une fois par année ou lorsque des changements notables de la situation de la personne handicapée ou du proche aidant ont été identifiés (amélioration ou diminution des capacités, changements de l'entourage, déménagement, etc.). Transmettre cette demande au comité de détermination des services.

12.2.2 Comité de détermination des services

Mandat

- Appliquer le guide gestion Soutien de proche aidant;
- Analyser les demandes et procéder à la détermination de l'allocation financière pour le proche aidant avec l'outil de détermination des services.
- Reconnaître l'admissibilité au programme des demandes présentées.
- Planifier la date de révision, une fois par année obligatoirement et demander en tout temps une réévaluation, si requis.
- Établir un ordre de priorité s'il y a lieu, pour la mise en place des plans d'intervention des clientèles en attente.
- S'assurer de l'actualisation adéquate des services selon les modalités prévues au plan (mode de couverture totale).

- Consulter, au besoin, toute personne ou tout organisme pouvant être requis pour analyser les dossiers : physiothérapeute, médecin, intervenant en CSSS ou autres ressources professionnelles du réseau.
- transmettre par écrit la réponse du comité de détermination des services à l'intervenant et aux proches aidants;
- Réviser des demandes de service, à la demande de l'intervenant, lorsque l'utilisateur n'est pas satisfait de la décision rendue, et ce, en présence de l'utilisateur et de l'intervenant.

Composition du comité

- Le comité, animé par un chef de programme, est composé minimalement de trois personnes.

12.2.4 Gestionnaire du programme doit :

- Mettre en application le guide de gestion de la mesure Soutien aux proches aidants;
- mettre en place des mécanismes pour favoriser le bon fonctionnement de la mesure (clarification des rôles, libération des intervenants pour participer au comité de détermination des services, réévaluation périodique, formation continue, etc.);
- accorder des protocoles temporaires aux usagers en attente dont le maintien à domicile est compromis;
- autoriser dans des délais raisonnables des déannages;
- répondre aux proches aidants qui sont insatisfaits de la détermination des services.

12.3 Proche aidant

- Présenter une demande de services au CSSS de son territoire.
- Fournir un portrait médical de la personne handicapée confirmant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante.
- Accepter les règles d'application du guide de gestion et se conformer aux exigences de la mesure.
- Signer l'engagement du proche aidant (voir annexe 13).
- Participer au processus d'évaluation/réévaluation et à l'élaboration du PI, PII ou PSI.
- S'engager à collaborer à la réalisation de son PI, PII ou PSI.
- Rechercher le support extérieur essentiel à la conservation de son autonomie et à la gestion de ses services.
- Accepter le contrôle du suivi financier.
- Aviser l'intervenant du CSSS, sans délai, de tout changement de sa situation (décès, hospitalisation, séjour hors du domicile, perte d'autonomie, déménagement, institutionnalisation, etc.).

13. Procédure de révision du dossier

S'il s'avérait que le proche aidant soit insatisfait de la décision rendue relativement à son admissibilité à la mesure ou à la détermination des services, celui-ci pourrait demander une révision de son dossier. Voici donc le cheminement d'une demande pour laquelle l'utilisateur n'est pas satisfait de la décision rendue :

Étape 1 : Demande de révision auprès du comité de détermination des services

Si le proche aidant n'est pas satisfait de la décision rendue par le comité de détermination des services, l'intervenant doit d'abord formuler une demande de révision à ce même comité.

Étape 2 : Demande de révision auprès du comité consultatif du CSSS

Si l'utilisateur demeure insatisfait de la décision rendue à la suite de la réévaluation de la demande de service, il peut, accompagné par son intervenant, formuler une demande auprès du directeur responsable de la mesure SAPA du CSSS concerné.

Étape 3 : Dépôt d'une plainte

Si l'insatisfaction persiste, le proche aidant peut déposer une plainte au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS concerné.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGER. Louis. Francine DAGNAULT. Paule DEMERS. Lucie PATRY et Sylvie ROBITAILLE. « Cadre de gestion du programme Soutien à la famille pour les personnes handicapées. » Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Juin 1996. 17 p.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC. « Tableau de développement de l'enfant de 6 mois à 12 ans. » 1996.
- CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. « Plan d'organisation des services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées (fonds régional).1991. 21 p.
- FILLION. Mireille. Circulaire intitulée : « Déplacement temporaire et déménagement hors territoire d'une usagère ou d'un usager des services d'aide à domicile et de soutien à la famille offerts par allocation directe. » Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1999. 3 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. « Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. » L.R.Q., chapitre E-20.1 modifiée au 17 décembre 2004. Article 1.g.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ. « La classification de l'obésité. » 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Chez soi : le premier choix, La politique de soutien à domicile. » 2003. 45 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Chez soi : le premier choix, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile. » 2004. 41 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Pour une véritable participation à la vie de la communauté. » Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009. 2003. 76 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « De l'intégration à la participation sociale. » Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. 2001. 101 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Pour faire les bons choix – Un geste porteur d'avenir. » – Services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches. 2003. 65 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Projet provincial de formation en MPOC et en insuffisance cardiaque. » 2003.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Cadre de référence des Services d'aide à domicile de première ligne. » Québec. 1994. 21 p.
- NEW YORK HEART ASSOCIATION. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston. Mass : Little, Brown & Co. 1994:253-256 cité dans MSSS. Programme sur les aides à la mobilité : triporteur et quadriporteur. 2007.
- Office des personnes handicapées du Québec « À part égale, l'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous. » 1984. 350 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. « Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi de l'assurance maladie. » 2002.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. « Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi de l'assurance maladie. » 1999.

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC. « L'invalidité dans le régime des rentes. » 2001. p. 64. Citée dans MSSS. Programme sur les aides à la mobilité : triporteur et quadriporteur. 2007.

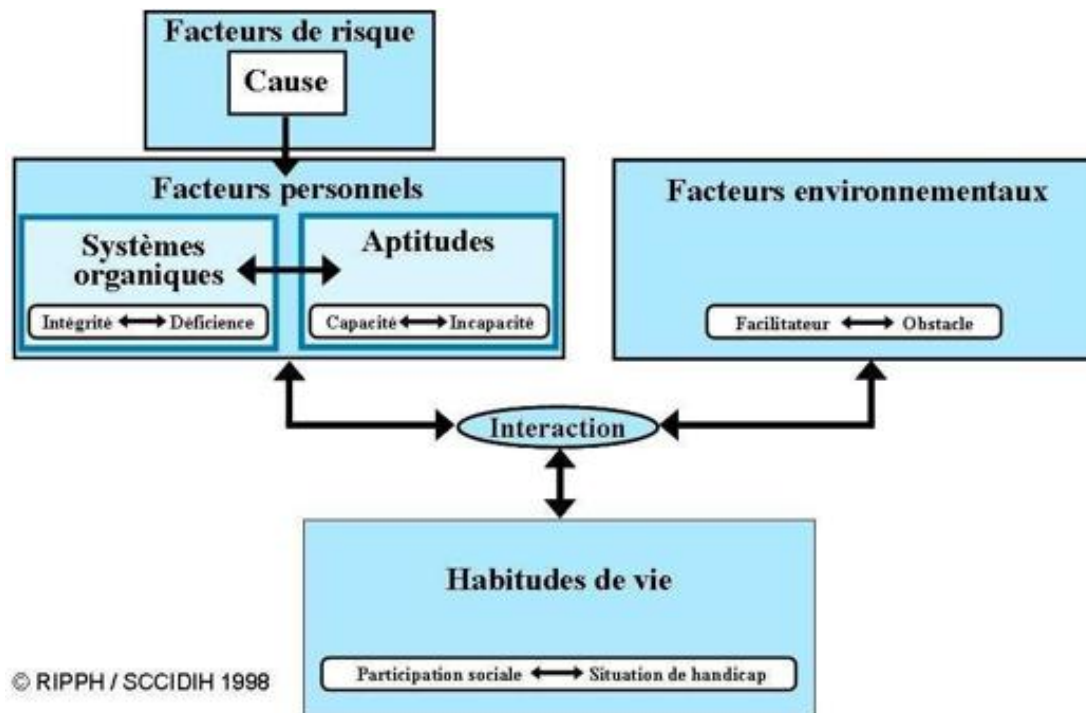
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. « Cadre d'application régional des mesures de soutien à la famille. » Programme de répit aux familles et aux proches concernés par la déficience physique, la déficience intellectuelle et la santé mentale. 1994. 12 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. « Cadre de gestion du programme services intensifs de soutien à domicile pour les personnes handicapées. » 1996. 17 p.

RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP. « Guide de formation sur les systèmes de classification des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles. » Mise à jour en octobre 2000. Pagination multiple.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Le modèle Processus de production du handicap	43
ANNEXE 2	Déficiences physiques - Principaux diagnostics en relation avec le type de déficience ou l'atteinte des principaux systèmes organiques	44
ANNEXE 3	Grille d'évaluation du profil gériatrique SEGA.....	47
ANNEXE 4	Tableau du développement de l'enfant de 6 mois à 12 ans.....	52
ANNEXE 5	Tarification de la mesure Soutien aux proches aidants	53
ANNEXE 6	Outil de détermination des services - Mesure soutien aux proches aidants	54
ANNEXE 7	Grille de pointage – Mesure soutien aux proches aidants	63
ANNEXE 8	Grille synthèse du plan d'intervention de l'utilisateur	64
ANNEXE 9	Grille de priorité	65
ANNEXE 10	Formulaire d'autogestion - Soutien aux proches aidants	68
ANNEXE 11	Modalités de transferts	67
ANNEXE 12	Contenu de dossier de l'utilisateur à transférer du CSSS d'origine au CSSS d'accueil (intra et interrégional).....	68
ANNEXE 13	Engagement de l'utilisateur ou de son répondant	69
ANNEXE 14	Autorisation à transmettre les renseignements pour le comité consultatif du CSSS	70

Le modèle du Processus de production du handicap¹⁶

- Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.
- Une cause est un facteur de risque qui a effectivement entraîné une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.
- Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune.
- Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.
- Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société.
- Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel, selon ses caractéristiques (âge, sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.
- Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

¹⁶ FOUGEYROLLAS. P. CLOUTIER. R. BERGERON. H. CÔTÉ. J. ST-MICHEL. G. « Classification québécoise du processus de production du handicap. » RIPPH/SCCIDH. Québec. 1998. Disponible sur : <http://www.med.univrennes1.fr/sisrai/art/classif/milieu>. (Pages consultées le 12 février 2012).

Déficience physique

Principaux diagnostics en relation avec le type de déficience ou l'atteinte des principaux systèmes organiques

« Une déficience physique correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique »¹⁷

Il existe 14 grands systèmes organiques

1. système nerveux	8. système urinaire
2. système auriculaire	9. système endocrinien
3. système oculaire	10. système reproducteur
4. système digestif	11. système cutané
5. système respiratoire	12. système musculaire
6. système cardiovasculaire	13. système squelettique
7. système immunitaire	14. système morphologique ¹¹

« Bien que la déficience puisse être significative en elle-même, ce sont plutôt les effets de la déficience qui se traduisent par des incapacités, que l'on peut qualifier de significatives lorsqu'elles altèrent la réalisation des habitudes de vie.¹⁸ »

L'atteinte de certains systèmes organiques peut entraîner des incapacités significatives et persistantes au niveau des activités de la vie quotidienne et domestique. Une liste non exhaustive des principaux diagnostics en relation avec le type de déficience ou l'atteinte des principaux systèmes a été élaborée pour servir de point de référence pour statuer l'admissibilité au programme Soutien aux proches aidants, en lien avec les incapacités et l'analyse des situations de handicap.

Déficience auditive

Atteinte du système auriculaire

Est admissible au programme d'aides auditives de la RAMQ, toute personne qui réside au Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie, et :

(...) dont une oreille est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 25 décibels, en conduction aérienne, moyenne, sur l'ensemble des fréquences hertziennes 500, 1 000, 2 000 et 4 000 et qui est âgée de 12 à 18 ans.

(...) dont une oreille est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 25 décibels, en conduction aérienne, en moyenne, sur l'ensemble des fréquences hertziennes 500, 1 000, 2 000 et 4 000 et qui est admise à un programme et le poursuit, lequel programme mène à l'obtention d'un diplôme, certificat ou autre attestation d'études reconnue par le ministre de l'Éducation.

(...) dont l'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 35 décibels, en conduction aérienne, en moyenne, sur l'ensemble des fréquences hertziennes 500, 1 000, 2 000.

¹¹ et ¹⁷ RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (RIPPH). « Classification québécoise : processus de production du handicap. » Lac Saint-Charles. 1998. p. 34 citée dans MSSS. *Orientations ministérielles en déficience physique*. 2003. p. 22.

¹⁸ MSSS. « Orientations ministérielles en déficience physique. » 2003. p. 22.

La personne de moins de 12 ans atteinte d'une déficience auditive susceptible de compromettre son développement de la parole et du langage;

La personne qui, en plus d'une déficience auditive, présente d'autres déficiences et dont l'ensemble de ses limitations fonctionnelles empêche son intégration sociale, scolaire ou professionnelle.¹⁹

Déficience du langage et de la parole

Atteinte du système nerveux

- Aphasie;
- Trouble primaire du langage (dysphasie);
- Etc.

Déficience motrice

Atteinte du système musculaire

- Dystrophie musculaire;
- Séquelles de poliomyélite;
- Etc.

Atteinte du système nerveux

- Ataxie de Friedreich;
- Déficience motrice cérébrale;
- Fibromyalgie, si diagnostiquée par un rhumatologue ou un physiatre;
- Intoxication chimique;
- Neuropathie périphérique;
- Paraplégie et quadriplégie;
- Parkinson;
- Sclérose en plaques;
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA);
- Séquelles d'accident vasculo-cérébral (l'accident doit remonter à plus de trois mois);
- Spina bifida;
- Traumatisme crânien;
- Etc.

Atteinte du système squelettique

- Arthrite rhumatoïde;
- Amputation;
- Malformations congénitales;
- Polyarthrite;
- Etc.

¹⁹ RAMQ. « Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi de l'assurance maladie. » 2002.

Déficiência organique / maladies chroniques Atteinte du système cardiovasculaire Classification du déficit cardiovasculaire²⁰

Classe I	Aucune limitation de la fonction cardiaque. Les activités physiques ordinaires ne provoquent pas de symptômes de fatigue, de palpitations, de dyspnée ou de la douleur angineuse.
Classe II	Une limitation légère de la fonction cardiaque. Confortable au repos, mais les activités physiques ordinaires produisent des symptômes, tels que fatigue, palpitations, dyspnée ou douleur angineuse.
Classe III	Une limitation modérée de la fonction cardiaque. Confortable au repos, mais les activités physiques légères causent de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de la douleur angineuse.
Classe IV	Une limitation importante de la fonction cardiaque se manifestant même au repos. Toute activité physique peut augmenter l'inconfort.

Pour être admissible au Programme Soutien aux proches aidants, l'insuffisance sévère au plan cardiovasculaire doit correspondre à la Classe IV de la classification du déficit cardiovasculaire utilisée par le *New York Heart Association* et dont la mesure est réalisée lorsque l'utilisateur est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six mois.

Atteinte du système respiratoire

Classification du déficit respiratoire²¹

Groupe A : Aucun déficit fonctionnel	CVF > 80 % PRÉD. VEMS > 80 % PRÉD. VEMS/CVF > 80 % PRÉD.
Groupe B : Atteinte très sévère	CVF < 50 % PRÉD. VEMS < 40 % PRÉD. VEMS/CVF < 55 % PRÉD.
Groupe C : Investigation complémentaire nécessaire	50 % < CVF < 80 % PRÉD. 40 % < VEMS < 80 % PRÉD. 55 % < VEMS/CVF < 80 % PRÉD.

Pour être admissible au Programme Soutien aux proches aidants, l'insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire doit correspondre au groupe B de la classification du déficit respiratoire utilisée par la Régie des rentes du Québec, et dont la mesure est réalisée lorsque l'utilisateur est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six mois.

Déficiência visuelle

Atteinte du système oculaire (Déficiência visuelle)

Est admissible au programme d'aides visuelles, toute personne qui réside au Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie, qui, après orrection au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à quatre dioptries, a une acuité visuelle de chaque œil inférieur à 6/21, ou dont le champ de vision de chaque œil est inférieur à 60° dans les méridiens 180° ou 90° et qui, dans l'un ou l'autre cas, est incapable de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familier.²²

Autre type de déficiência

Atteinte du système morphologique

Obésité morbide avec indice de masse corporel (IMC) ≥ 40 .²³

²⁰ The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*. 9 th ed. Boston, Mass : Little, Brown & Co; 1994:253-256 citée dans MSSS, programme sur les aides à la mobilité : triporteur et quadriporteur, 2007.

²¹ Régie des rentes du Québec. « L'invalidité dans le régime des rentes. » 2001. P. 64. Citée dans MSSS. Programme sur les aides à la mobilité : triporteur et quadriporteur. 2007.

²² RAMQ. « Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi de l'assurance maladie » 1999.

²³ Institut national de la santé (NIH). « La classification de l'obésité. » 1998.

Grille d'évaluation du profil gériatrique SEGA

Un outil, la SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) a été développé par des médecins européens pour déterminer si le profil de l'utilisateur correspond à celui d'une personne âgée en perte d'autonomie liée au vieillissement. Cet outil peut être utilisé par le comité de détermination des services pour l'aider à déterminer si le profil de l'utilisateur correspond à celui d'une personne âgée et statuer l'admissibilité au programme Soutien aux proches aidants.

La grille SEGA permet aussi, avec la clientèle DP, DI et TED de déterminer si, en vieillissant, le profil de l'utilisateur correspond davantage à celui d'une personne âgée en perte d'autonomie liée au vieillissement.

La grille SEGA est donc un outil intéressant à la prise de décision. Mais, d'autres éléments doivent aussi être pris en considération pour déterminer si le profil de l'utilisateur correspond à un profil gériatrique :

- Âge;
- Diagnostic(s);
- Date du (des) diagnostic(s) ou de l'apparition des principaux symptômes;
- Niveau d'autonomie antérieur à l'accident;
- Évaluation de l'autonomie par un professionnel de la santé;
- Jugement clinique;
- Niveau de récupération;
- Etc.

SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment)²⁴

Nom :

N° de dossier : _

SÉGA SCORE

VOLET A : SIGNALEMENT DU PROFIL GÉRIATRIQUE ET DES FACTEURS DE			
	0	1	2
Âge	74 ans ou moins	entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide	MR* ou MRS*
Médicaments	3 ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Fonctions cognitives	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)
Humeur	Normale	Parfois anxieux	Souvent triste et déprimé
Perception de santé (en général)	Meilleure	Bonne	Moins bonne
Chute les 6 derniers mois	Aucune	Une et sans gravité	Chute(s) compliquée(s) ou comme motif
Nutrition	Normal, poids stable, apparence	Perte d'appétit, de poids	Franchement dénutri (BMI* <21)
Maladies associées	Pas en dehors de l'AA*	De 1 à 3	Plus de 3, ou AVC, ou cancer ou BPCO*, ou Ins. Card.
AVJ* se lever, marcher (mobilité)	Autonome	Soutien	Incapacité
AVJ* continence (urinaire et/ou fécale)	Autonome	incontinence	Incontinence
AVJ* manger (prendre les repas)	Autonome	Préparation	Assistance
AVJ instrumentales* (repas, téléphone, etc.)	Autonom	Aide	Incapacité
/26			

*MR : Maison de retraite

*BMI : Body mass index (indice de masse corporelle)

*BPCO : Broncho pneumonie chronique

*AVJ : Activités de la vie journalière (AVQ)

*MRS : Maison de repos avec soins

*AA : Raison de la consultation actuelle

*Ins. Card. Cong. : Insuffisance cardiaque congestive obstructive (MPOC)

*AVJ instrumentales : Activités de la vie domestique (AVD)

²⁴ Schoevaerdt. Didier et al. Gille SEGA. « La revue de gériatrie. » 2004. 29, 3, p. 169-178.

VOLET B : DONNÉES COMPLÉMENTAIRES			
Accompagnant	P de référence, ou	P de référence absente	P de référence épuisée
Hospitalisation récente (délai)	Pas ces 6 derniers mois	Oui, il y a moins de 6 mois	Dans le mois qui précède
Vision et/ou audition	Normale	Diminuée et appareillée	Très diminuée
Habitat	Couple (famille)	Seul avec aide	Seul sans aide
Aide existante à domicile	Aucune	Proches	Professionnelle (nom, tél.)
Projet pour la sortie (proches)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Projet pour la sortie (patient)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Perception de la charge (proches)	Normale	Importante	Trop importante

Fait le :

Avec l'aide de (proches)

Par : -

Cotation sur 26

La cote sur 26 indique l'intensité du profil gériatrique en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés. Il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative, même s'il y a une bonne corrélation entre les quartiles <7; 8-9; 10-11; >12 et des évolutions de fragilité (durée de séjour, mortalité). On peut considérer que le profil est peu gériatrique <8, moyen entre 9 et 11, et franc >12.

Guide d'utilisation du formulaire de saisie de données SEGA

Sommaire Évaluation Gériatrique d'Admission

(Short Emergency Geriatric Assessment)

Outil destiné à l'évaluation rapide du profil gériatrique des patients âgés de plus de 70 ans, admis à la salle d'urgences de l'hôpital, ou au service de porte, ou admis de manière non programmée. L'évaluation est réalisée sur base de la situation du malade 15 jours avant son admission. L'évaluation est faite de préférence par le médecin, ou par un membre du nursing formé à cette saisie de données. Les questions sont posées au patient ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.

Profil gériatrique

La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque, et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel, et le séjour à l'hôpital. La limite > de 70 ans²⁵ a été définie considérant qu'en dessous de cet âge, la probabilité de trouver un profil gériatrique est faible. Toutefois, le clinicien qui suspecte un tel profil peut, même chez des patients moins âgés, trouver dans la grille une validation et une quantification de son impression clinique.

Personne de référence

La personne qui accompagne et se définit comme personne de référence pour le patient (proche, soignant du domicile, personne de référence de la MR) ou que le patient désigne.

Motif d'admission

Raison principale qui conduit le patient à l'hôpital par le service de porte ou par la salle d'urgences. Raison mentionnée sur la lettre du médecin, ou à défaut par le patient ou la personne de référence.

Destination du patient au sortir des urgences ou du service de porte

Lieu vers lequel est orienté le patient à sa sortie du service des urgences : retour à domicile, placement, transfert, hospitalisation. En cas d'hospitalisation, préciser le service spécialisé de destination initiale (gériatrie, soins intensifs, cardiologie, etc.) Si le patient est décédé aux urgences, précisez ici.

Volet A: Signalement et cotation du profil gériatrique et des facteurs de risque

Prendre en compte la situation « stable » du patient avant l'affection qui le conduit à être admis en salle d'urgences. Demander : « Il y a 15 jours, comment? » Le formulaire peut être rempli avec l'aide d'un proche présent en salle d'urgences ou consulté par téléphone.

Âge

Ces catégories d'âge sont reprises de la grille HARP (hospital admission risk profile, Sager et al.)

²⁵ L'âge ≥ 75 ans est le critère d'inclusion de notre étude.

Provenance

Résidence (lieu de vie) habituelle du patient. Si changement récent (admission en MR < 15 j) considérer le dernier lieu de résidence. MR : maison de repos. MRS : maison de repos et de soins.

Médicaments

Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine. À l'exclusion des complexes vitaminiques.

Fonctions cognitives

Mémoire, attention, concentration, praxies constructives, gnosies, langage. Il ne s'agit pas de faire un MMSE, mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit le patient n'a pas d'évidence de problèmes de mémoire (0), soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives (1), ou elles sont connues pour être très altérées (2). Cette même catégorie est considérée pour le patient qui a une démence déjà diagnostiquée, ou est en syndrome confusionnel aigu, ou présente à l'évidence des troubles majeurs d'ordre cognitif ou comportemental. Les troubles majeurs de la conscience sont à classer dans cette catégorie.

Humeur

La question posée est celle du « moral », vous sentez-vous bien, êtes-vous anxieux ou avez-vous besoin d'anxiolytiques, êtes-vous souvent triste ou déprimé ou prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de deux mois?

Perception de santé

« Comment percevez-vous votre santé en général ? », c'est-à-dire de manière habituelle, et pas nécessairement en rapport avec les événements actuels. On peut ajouter pour préciser la question « ...par rapport aux autres personnes de votre âge... ».

Chute les six derniers mois

« Êtes-vous tombé à terre, avez-vous glissé plus bas, a-t-on dû vous relever? » Si le patient entre pour une chute ou pour une fracture à la suite d'une chute, cochez dans la troisième colonne.

Nutrition

Apprécier l'état nutritionnel demande une évaluation très complète. Il s'agit ici de signaler les problèmes importants à cet égard. Soit le patient n'a pas de problème de nutrition, d'appétit ou de poids, soit il a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, soit il est franchement dénutri (appréciation clinique ou information connue par ailleurs) et/ou il a un BMI <21 Kg/m² pour un homme ou <20 Kg/m² pour une femme.

Comorbidité

Cette zone explore la comorbidité.

AVJ

- Se lever et marcher

Cette zone explore l'autonomie dans les activités journalières concernant les transferts de la position assise à la position debout et la marche.

- Continence

Cette zone permet de signaler les problèmes en rapport avec la continence. Soit, la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale (colonne 0), soit elle a des pertes accidentelles ou une incontinence seulement la nuit (protections) (colonne 1), soit la personne est incontinente urinaire ou fécale en permanence (colonne 2).

- Manger

Cette zone permet de signaler les problèmes en rapport avec l'absorption des aliments au moment des repas. Soit, la personne est tout à fait indépendante (colonne 0), soit la personne nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas (colonne 1), soit elle nécessite une assistance tout au long du repas (colonne 2).

- Instrumentaux (AVJ)

Cette zone reprend les principaux items de l'échelle d'indépendance dans les activités de la vie journalière selon Lawton. On cote la préparation des repas, l'usage du téléphone et la gestion des médicaments. La nécessité d'une aide ou une incapacité dans une de ces activités détermine la colonne.

Cotation sur 26

La cote sur 26 indique l'intensité du profil gériatrique en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés. Il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative même s'il y a une bonne corrélation entre les quartiles <7 ; 8-9; 10-11; >12 et des évolutions de fragilité (durée de séjour, mortalité). On peut considérer que le profil est peu gériatrique <8, moyen entre 9 et 11, et franc >12.

Volet B : Données Complémentaires

Cette partie du formulaire regroupe des facteurs susceptibles d'influencer le plan de sortie et/ou de prolonger le séjour en raison des difficultés de réaliser le projet de sortie. Les facteurs médicaux, l'utilisation de l'hôpital et la comorbidité y figurent. Y sont pointés également des facteurs propres aux aides existantes et à l'aidant principal (perception de la charge de soins) et propres aux attentes du patient et de ses proches. L'intérêt ici est de les pointer dès l'entrée du patient, ce qui permet d'anticiper et de gérer les difficultés éventuelles à cet égard. Le score SEGA est un des éléments qui influence le séjour puisque le score obtenu reflète l'intensité du profil et est corrélé avec la durée médiane de séjour.

Accompagnant

La personne de référence est généralement une personne de la famille ou un voisin ou un proche à qui la personne hospitalisée se réfère, ou à laquelle l'entourage délègue cette fonction. Il peut s'agir d'un(e) professionnel(le) voire de responsable de coordination de soins.

Hospitalisation récente (délai) Antécédents récents d'hospitalisation

Cette zone permet de repérer un des principaux indicateurs de risque de ré hospitalisation et de problèmes de plan de sortie. Une hospitalisation dans le mois qui précède ou une dernière hospitalisation qui a duré plus de 3 mois sont des facteurs importants à cet égard.

Vision ou audition

Sont repris ici, les troubles sensoriels visuels et auditifs, généralement préexistants, mais éventuellement récents ou associés à l'affection actuelle.

Habitat

Cette zone explore l'influence des conditions d'habitat sur la préparation de la sortie et la durée de séjour. Il est clair que l'hébergement en maison de repos ou maison de repos et de soins permet une sortie facile de l'hôpital, de même que le fait de vivre en couple ou en famille. L'isolement et l'absence d'aide vont généralement signifier la mise en place d'une organisation d'aide au moins provisoire lors du retour. Si l'aide existe déjà, elle pourra être renforcée en cas de besoin. On peut discuter a position « seul avec aide » ou « seul sans aide », laquelle peut avoir une signification différente selon les cas. Si le patient est en institution, la question d'aide ne se pose pas (sinon une adaptation). Pour les patients à domicile, la pondération des items dans les trois colonnes dépend principalement de l'intensité de l'aide et de sa congruence avec l'évolution récente des besoins.

Aide existante à domicile

Aide professionnelle ou par les proches. Considérer si l'aide est au moins quotidienne. Résidence-service à considérer dans cette catégorie.

Projet pour la sortie

Cette zone permet de poser la question des perspectives éventuellement déjà réfléchies pour la prise en charge prévue au moment de la sortie. Si la personne elle-même et les proches ont déjà décidé une institutionnalisation, le processus est déjà entamé et est poursuivi durant le séjour. Si la personne et les proches prévoient un retour à domicile, un investissement plus important sera probablement nécessaire pour préparer ce retour. La question permet aussi d'acter l'éventuelle incertitude à cet égard, ou la discordance entre l'avis de la personne et celui des proches sur ce point.



Centre de pédiopsychiatrie
1, avenue du Sacré-Coeur
Québec (Québec) G1N 2M1

TABLEAU DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 6 MOIS À 12 ANS

AGES	CROISSANCE PHYSIQUE	LANGAGE	MOTRICITÉ FINE	MOTRICITÉ GROSSIÈRE	ASPECT COGNITIF	SOCIABILITÉ	AUTONOMIE	AUTRES
6 MOIS	- POIDS A DOUBLÉ DEPUIS SA NAISSANCE.	- 7 MOIS: BÂBILLE À SON ENTOURAGE VOCALISE "M.M.M." EN PLEURANT. - 8-9 MOIS: PLEURE FACE À UN VISAGE ÉTRANGER. - 10 MOIS: DIT " PAPA, MAMAN".	- 6 MOIS: PREND SON PIED ET LE PORTE À SA BOUCHE. - 7 MOIS: EXÉCUTE LA PRISE " MITAINE RADIO. PALMARIE". TOUCHE À TOUT, MET TOUT DANS SA BOUCHE.	- 7 MOIS: SAUTE ACTIVEMENT QUAND ON LE TIEN DROIT, RESTE ASSIS DE COURTES PÉRIODES EN S'APPUYANT SUR SES MAINS. VERS 6 MOIS: ACQUISITION DU CONTRÔLE DE LA TÊTE. - ENTRE 6-9 MOIS: SE DÉPLACÉ EN RAMPANT. - ENTRE 9-12 MOIS: SE MET DROIT AVEC L'AIDE D'UN ADULTE.	- ENTRE 3-4 MOIS: PRÉSENCE DU SOURIRE. - 10 MOIS: IMITE LES SONS, GESTES ET EXPRESSIONS DE L' ADULTE. S'AMUSE QUAND ON LUI DEMANDE COMPRENDRE LE SENS DU NON. - ENTRE 11-13 MOIS: S'ATTENDRIT QU'ON SE TROUVE L'OBJET CACHÉ HORS DE SA VUE.	- 7 MOIS: ESSAIE DE TOUCHER SON IMAGE DANS LE MIROIR. VERS 5 MOIS: CHERCHE LE CONTACT SPONTANÉ (PHYSIQUE AVEC LES PARENTS, DIFFÉRENCE LES ÉTRANGERS.	- 7 MOIS: TRANSFERT UN OBJET D'UNE MAIN À L' AUTRE. - 5 MOIS: DIFFÉRENCE LES BRUITS DES MOYENS (ex: TIRE UNE CORDE À LA TÊTE DE SON BÉNEVOLE ET CE LÉ-ÇO ÉBRANLE UN HOCHET).	- PÉRIODE DU NOURRISSON DE 1 MOIS À 12 MOIS.
1 AN	- POIDS A TRIPLÉ DEPUIS SA NAISSANCE. - 6 À 8 DENTS TEMPORAIRES.	- 12 MOIS: UTILISE UN JARGON EXPRESSIF. - 15 MOIS: VOCABULAIRE DE 4 À 6 MOTS SIGNIFICATIFS. - 18 MOIS: VOCABULAIRE DE 10 MOTS. MAÎTRISE DU "NON" (GESTE ET MOT). - IMITE LE SON DES ANIMAUX. ÉCOUTE UNE DIRECTION SIMPLE (AIDE DU GESTE).	- 9 MOIS: EXÉCUTE LA " PINCE POUCE INDEX." - 15 MOIS: CONSTRUIT UNE TOUR DE 2 CUBES. - 18 MOIS: CONSTRUIT UNE TOUR DE 3 À 4 CUBES.	- 12 MOIS: MARCHE LORSQU'ON LE TIEN PAR LA MAIN. MOMENTANÉMENT SE TIEN DROIT SEUL. - 15 MOIS: TROTTE SEUL. FAIT DES CHUTES OCCASIONNELLES. GRIMPE LES ESCALIERS À 4 PATHS. - 18 MOIS: MARCHE. CHUTES RARES S' ASSORTI SUR UNE PETITE CHAISE.	- 12 MOIS: DONNE UN OBJET SUR DEMANDE (CONSIGNES SIMPLES). IMITE LES GESTES SIMPLES (S'RAPPER DANS LES MAINS). - 18 MOIS: OBEÏ À DES ORDRES SIMPLES (COMPREND LES DIRECTION. SIMPL. EX: DONNE À MAMAN).	- 12 MOIS: MONTRE (GESTE) CE QU' IL VEUT. RÉAGIT À SON PRE- NON. HOCHÉ LA TÊTE POUR DIRE " NON ". JOUE À COUCOU. - 15 MOIS: RÉCITE LES OBJETS PAR JEU OU PAR REFUS.	- 12 MOIS: PARTICIPE À SON HABILLE- MENT (PRÉSENTE SES BAS ET SES JAMBES). - 15 MOIS: INDIQUE SES BESOINS EN LES POINTANT OU EN LES VOCALISANT. BOIT AVEC SA TASSE (TENANT À 2 MAINS). - 18 MOIS: SE NOURRIT PARTICIEL- LEMENT SEUL. TIRE UN OBJET AVEC UNE CORDE.	- PÉRIODE DU TROTTINEUR DE 1 À 3 ANS. - ÂGE MOYEN DE LA MARCHÉ DE 12 À 14 MOIS. - À 18 MOIS, UN ENFANT QUI NE MARCHÉ PAS EST "ANORMAL".
2 ANS	- POIDS A QUADRUPLE DEPUIS SA NAISSANCE. - 16 DENTS ENVIRON.	- PHRASE DE 2 À 3 MOTS. - UTILISE 100 À 200 MOTS. - SE RÉFÈRE À LUI PAR SON NOM - VERBALISE SES BESOINS (ex: LA SOIF). - RÉPOND PAR OUI / PAR NON. - PARLE CONSTAMMENT.	- TOURNE 1 À 1 LES PAGES D'UN LIVRE. CONS TRUIT UNE TOUR DE 6 OU 7 CUBES. - TOURNE LES POIGNÈES DE PORTE ET DÉVISSÉ LES COUVERCLES. - ENFILE 4 GROSSES PERLES AVEC AIDE.	- COURT BIEN SANS CHUTE. - MONTE ET DESCEND LES ESCALIERS SEUL. LÈVE 2 PIEDS SUR CHAQUE MARCHÉ. - RAMASSE UN OBJET SANS TOMBER. - SAUTE PAR DESSUS DE PETITS OBJETS.	- À 2 ANS CERVEAU FORMÉ À 70% (PERMET L' IMITATION DES MOTS). - RETIRE SA MAIN " NON ". - IMITE LES GESTES SIMPLES (SALUE DE LA MAIN). - PEUT ATTENDRE UN COURT INSTANT (1 MIN.).	- DÉPEND DES PARENTS ET RÉAGIT FORTEMENT À LA SÉPARATION. EXPRIME SES ÉMOTIONS EN DANSANT. EN FRAPIRANT DANS LES MAINS. LES PIEDS. RIT AUX ÉCLATS SANS MOTIF. TIRE SUR LA MANCHE DE QUELQU'UN POUR ATTIRER L' ATTENTION.	- S' HABILLE SEUL (VÊTEMENTS FACILES À METTRE). - UTILISE UNE CUILLÈRE POUR MANGER. - BOIT AVEC UNE TASSE. - IMITE LE TRAVAIL DOMESTIQUE.	- LA PROPRIÉTÉ À LA TOILETTE EST ATTEINTE VERS 24-27 MOIS.
3 ANS	- PÈSE ENVIRON 15 KG. - CONTRÔLE MOTEUR; - INTENSITÉ ET VESSIE PEUVENT ÊTRE CONTRÔLÉS.	- PHRASE COMMUNICATIVE DE 4 À 5 MOTS. - VOCABULAIRE DE 900 À 1200 MOTS. - UTILISE LE POSSESSIF: MON, MA, MIRE. - RÉPOND À LA QUESTION "OU EST ?" - LE MOT "JE" EST UTILISÉ POUR SE DÉSIGNER LUI-MÊME. - DIT "NON OU PAS."	- CONSTRUIT UNE TOUR DE 9 À 10 CUBES. - COMMENCE À UTILISER UN GROS CRAYON À COLORIER. - COMMENCE À UTILISER LES CLISSAUX D'UNE MAIN. - MET LES SOUS DANS UNE BANQUE.	- PÉDALE SUR UN TRICYCLE. - ALTERNE LES PIEDS EN MONTANT LES ESCALIERS. - DONNE DES COUPS DE PIED SUR UN BALLON. - LANCE UNE BALLE SANS PERDRE L'ÉQUILIBRE.	- COMPREND LE SENS DE " CHACUN SON TOUR ". - EXÉCUTE 2 CONSIGNES ASSOCIÉES. - RECONNAÎT SON ÂGE AVEC SES DOIGTS. - FAIT LA BOULE " FISHER PRICE ". - RECONNAÎT EN FAÇON ALÉATOIRE LES PRINCIPALES PARTIES DE SON CORPS.	- ACCÈPTE PLUS FACILEMENT D' ÊTRE SÉPARÉ DE SES PARENTS. - S'AIT ATTENDRE SON TOUR POUR JOUER. - AIME SE RENDRE UTILISÉ. - JOUE EN PARALLÈLE AVEC SES AMIS. - PARLE AUX POUPEES, ANIMAUX.	- INSISTE POUR SE LAVER SEUL. - MET LÈNEMENT SES SOULIERS ET SE DÉBOUOTONNE. - REMPLIT UN VÈRE D'EAU SOUS LE ROBINET SANS AIDE. - VA À LA TOILETTE SEUL, A PEU D'ACCIDENTS.	- SELON PIAGET, ENTRE 3-4 ANS, COMMENCE À IDENTIFIER LA FAUTE, À AVOIR DU REMORDS (CULPABILITÉ).
4 ANS	- TAILLE A DOUBLÉ DEPUIS SA NAISSANCE.	- VOCABULAIRE DE 1500 MOTS OU PLUS. - DIT SON NOM AU COMPLET SUR DEMANDE. - POSE DES QUESTIONS. - RACONTE DES HISTOIRES. - OBEÏ À 5 PROPOSITIONS: SOUS, SUR, EN ARRIÈRE, EN AVANT, À CÔTÉ.	- SE SERT DE CISEAUX ET ESSAIE DE COUPER EN LIGNE DROITE. - ATTRAPE UNE BALLE DES 2 MAINS.	- ALTERNE LES 2 PIEDS EN DESCEN- DANT LES ESCALIERS. - LANCE UNE BALLE D'UN MOUVEMENT DE HAUT EN BAS. - GRIMPE ET SAUTE FACILEMENT. - SE TIEN SUR UNE JAMBÉ DE 3 À 4 SECONDES, SAUTE SUR UNE JAMBÉ SÉULEMENT.	- REGROUPE LES OBJETS PAR CATÉ- GORIES. - OBEÏ ÀUX PARENTS MAIS NE SAIT PAS POURQUOI UN ACTE EST BON OU MALVAIS. - FAIT UN CASSE-TÊTE DE 6 MORCEAUX. - Récite UNE COMPOTINE ET FAIT LES GESTES.	- NAISSANCE DU COMPORTEMENT DE GROUPE. - RESPECTE LES RÈGLES DU JEU DE GROUPE SI DIRIGÉ PAR UN ADULTE. - EGOCENTRISME (TENDANCE À ÊTRE IMBATTIÉ). - HUMEUR CHANGEANTE, QUERELLEUR. - PEUT FAIRE DES PETITES COMMISSIONS.	- LACE SES SOULIERS. - SE BROSSÉ LES DENTS. - SE LAVE ET S'ESSAIE LE VISAGE ET LES MAINS. - APPREND À FAIRE UNE BOUCLE. - SAIT BOUTONNER ET DÉBOU- TONNER LES BOUTONS PLACÉS DEVAINT. - PEUT FAIRE DES PETITES COMMISSIONS.	- PÉRIODE PRÉ-ÉCOLEAIRE: 4 ET 5 ANS.
5 ANS	- LES DENTS PERMANENTES COM- MENCENT À POUSSER. - LES EXTREMITÉS DU CORPS GRAN- DISSENT PLUS VITE QUE LE TRONC. - LE DÉVELOPPEMENT SEXUEL COMMENCE.	- VOCABULAIRE DE 2100 MOTS. - DONNE SON ÂGE. SON NO DE TÉLÉ- PHONE ET SON ADRESSE. - NOMME LES COULEURS. - POSE DES QUESTIONS POUR OBTENIR L' INFORMATION. - PARLE À DES FINS DE COMMUNICA- TION SOCIALE.	- CONSTRUIT UNE PYRAMIDE DE 10 CUBES. - PEINT, COLORIE, DÉCOUPE, COLLE. - REPRODUIT DES FORMES AVEC LA PÂTE À MODÉLER. - COPIE DES LETTRES ET DES CHIFFRES. - LATÉRALITÉ MANUELLE ACQUISÉ. - LANCE ET ATTRAPE UNE BALLE.	- SAUTE EN ALTERNANT LES PIEDS. - MILLIÈRE COORDINATION MUS- CULAIRE (SAUTE À LA CORDE). - UTILISE BIEN UN MÂTÉAU. - CONSTAMMENT EN MOUVEMENT (GRIMPE, SE BALANCE...).	- À 5 ANS, LE CERVEAU A ATTEINT SA TAILLE ADULTE. - IDENTIFIE LA POSITION (PREMIER, CENTRE, DERNIER). - COMPTE JUSQU'À 20. - DÉSSINE UN BONHOMME PAR IMITATION. - PEUT CAPTER DES SOUS.	- JOUE À DES JEUX COMPÉTITIFS. - JEUX DE GROUPE POUR 20 MIN. - ATTEND SON TOUR EN PRÉSENCE DE 8-9 AMIS. - SE CONFORME AUX RÈGLES ÉTABLIES.	- HABITUELEMENT, A UN CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN COMPLET. - STABILISE ET SE DÉSHABILLE SEUL. - MANGE SEUL. COMMENCE À SE SERVIR D'UN COUTEAU. - SE LAVE LES MAINS, LE VISAGE ET SE BROSSÉ LES DENTS. - VA À LA TOILETTE SEUL SANS LE DIRE AUX AUTRES.	
6 ANS	- RALENTISSEMENT DE LA CROIS- SANCE ET DE LA TAILLE. - GARÇON ET FILLE ONT À PEU PRÈS LA MÊME TAILLE: 115 CM. - LES DENTS PERMANENTES APPA- RAISSENT VÉRITABLEMENT ENTRE 6 ET 7 ANS (COMMENCENT PAR UNE MOLAIRE).	- VOCABULAIRE DE 2500 MOTS. - POSE DES QUESTIONS QUI EXPRIMENT SA PENSÉE. - BAVARD INFATIGABLE.	- DÉSSINE UN BONHOMME AVEC LE COU, LES MAINS ET LES VÊTEMENTS. - COLORIE ET DÉCOUPE EN RESPÉCTANT LES CONTOURS À 90%. - ATTRAPE UNE BALLE D'UNE SEULE MAIN.	- SE TIEN ALTERNATIVEMENT SUR CHAQUE PIED LES YEUX FERMÉS. - CONDUIT UN BICYCLETTE. - CULTIVE, ESCALADE, EST TRÈS ACTIF PHYSIQUEMENT.	- PREND UNE PART ACTIVE À LA LECTURE (HIST D'ANIMAUX). - ADDITIONNE ET SOUS TRAIT JUSQU'À 5. - NOMME LES PIÈCES DE MONNAIE ET S'AIT LIRE DES PHRASES. - APPREND À CONNAÎTRE LES JOURS DE LA SEMAINE ET LES MOIS (RELIÉ AU TEMPS).	- EXPRIME SES SENTIMENTS DE JOIE ET DE TRISTESSE (DIFFICULTÉ À LES MODULER). - SENSIBLE À LA VALORISATION. - EGOCENTRIQUE (TRICHE POUR GAGNER). - CRISTE DE COLÈRE. - VANTARD (NE RECONNAÎT PAS SES ERREURS).	- ATTACHE SES LACETS (FAIT LE NOUÉ ET LA BOUCLE). - SE SERT DES Ustensiles POUR MANGER (PRÉFÈRE LA FOURCHETTE À LA CUILLÈRE). - PREND SON BAIN SEUL (OPPOSITION PARFOIS POUR LE GARÇON). - COMMENCE À SE PEIGNER SEUL.	
7 ANS	- GRANDIT DE 5 CM PAR ANNÉE. - LIT MAIS PEUT SAUTER DES MOTS OU NE S'ARRÊTER QU'À LA FIN DES PHRASES.	- DIT L'HEURE SUITE À LA LECTURE SUR UN CADRAN. - LIT MAIS PEUT SAUTER DES MOTS OU NE S'ARRÊTER QU'À LA FIN DES PHRASES.	- REPRODUIT DES SILHOUETTES HUMAINES AVEC PLUS D'EXACTITUDE. - SE SERT D'UN TAILLE-CRAYON.	- FAIT REBONDIR UN BALLON EN SE DÉPLACANT. - AIME GAMBADER ET COURIR.	- AIME QU'ON LUI FASSE LA LECTURE. - A UN CONSCIENCE DU BIEN ET DU MAL. - COMPREND L'HEURE, MOIS ET SAISON. - PLUS RÉFLÉCHI, PREND LE TEMPS DE PENSER. - BIEN ORIENTÉ DANS LE TEMPS ET L'ESPACE.	- AIME AIDER (A BESOIN DE SOUTIEN). - CAPABLE D'ÉTABLIR DES RAPPORTS PLUS SENSIBLES AVEC SES CAMARADES. - EST ENTÊTÉ. - AIME JOUER SEUL.	- UTILISE CORRECTEMENT SES Ustensiles POUR MANGER. - SE SERT CORRECTEMENT LES CHEVEUX.	
8-9 ANS	- FILLES PLUS PRÈS DE LA PUBERTÉ QUE LES GARÇONS. - LES BRAS ALLONGENT EN PROPOR- TION DU CORPS.	- LONGUEUR DES PHRASES AUG- MENTÉ JUSQU'À 9 ANS. - TRÈS BAVARD (DÉCHAÎNÉ EN SE VANTÉ). - 8 ANS: AIME LES ATTITUDES THÉÂTRALES ET S'EXPRIME PAR DES POSÉS ET MIMIQUES DIVERSES. - 9 ANS: EXPRIME SES ÉMOTIONS PAR LA PAROLE.	- 8 ANS: SAIT DISTINGUER LA DROITE ET LA GAUCHE SUR L'ULTIME ET SUR LES AUTRES. - 9 ANS: COORDINATION MOTRICE PERMET DE FAIRE DE LA COUTURE OU DES MOODELS À RE- PRODUIRE: SE SERT DE SES MAINS INDÉPENDAMMENT L'UNE DE L' AUTRE. - BONNE COORDINATION OCULO-MOTRICE.	- 8 ANS: MOUVEMENTS CORPORELS PLUS RYTHMÉS, GRACIEUX ET ASSURÉS (COURT, SAUTE, GRIMPE AUX ARBRES). - 9 ANS: PLUS APPLIQUE AUX JEUX D'ADRESSE ET VEUT LES PERFECTIONNER, AIME LES JEUX D'ÉQUIPE. AIME MONTRER SES CAPACITÉS PHYSIQUES.	- CAPABLE DE MOTIVATION PERSONNELLE. - CAPABLE PAR EXPÉRIENCE DES AUTRES. - DÉCRIT BIEN LES OBJETS USUELS, COMPTE À REBOURS, DE 20 À 1. - PEUT RENDRE LA MONNAIE D'UNE PIÈCE DE \$0.25.	- NAISSANCE D'UN AMI PRIVILÉGIÉ. - MEILLEURE AUTOCRITIQUE. - CONSCIENCE DE SES FAUTE. - 9-10 ANS: PLUS INTÉRESSÉ À DES JEUX D'HABILLES (ex: FOOT- BALL, BASEBALL). FORMATION DES BANDES (FILLES ET GARÇONS SE SÉPARENT).	- SAIT S' HABILLER RAPIDEMENT. - CONTRÔLE BIEN SES BESOINS D'ÉLIMINATION. - AIME LIRE DES B. D. - AIDE AUX TÂCHES DOMESTIQUES.	
10-12 ANS	- PUBERTÉ ET CROISSANCE PLUS RAPIDES CHEZ LA FILLE. - À 11 ANS: FILLE À 90% DE LA TAILLE ADULTE. - GARÇON À 80% DE LA TAILLE ADULTE. - À 12 ANS GARÇONS ET FILLES ONT PRESQUE TOUTS LEURS DENTS (À L'EXCEPTION DE LA 36 MOLAIRE VERS 21-25 ANS).	- AIME LES CONVERSATIONS. - 10 ANS: BEAUCOUP DE BAVARDAGE EN CLASSE ET EN DEHORS, ENTRE CAMARADES. ÉCHANGE DE LETTRES. - 10-12 ANS: SE SERT DU TÉLÉPHONE À DES FINS UTILES.	- DÉSSINE ET PEINT DES CHOSES SIMPLES. - FAIT DE LA CUISINE ET DE LA COUTURE	- BEAUCOUP D'ÉNERGIE. - TRÈS ACTIF.	- AIME PARLER ET DISCUTER DE DIFFÉRENTS SUJETS ET DÉBATTRE UNE QUESTION. - LIT POUR S' INSTRUIRE ET PAR PLAISIR. - INTÉRESSÉ POUR LES HISTOIRES MONDIALES ET POUR LES PROBLÈMES SOCIAUX.	- LA FAMILLE EST IMPORTANTÉ. CHOISIT SES AMIS, FIDÈLE À UN IDÉAL, À LE CUIRE DU HÉRÈS. - 10 ANS: AFFECTUEUX ET DEMONS- TRÉS: COMPÉTITIF. - (F): RAPPORTS COMPLEXES AVEC UN OU PLUSIEURS AMIS INTIMES. - (G): ÉVOLUENT EN GROUPE. - 11 ANS: (F) RAPPORTS AFFECTIFS INTENSES ET COMPLEXES ENTRE FILLES. - (G) FONCTIONNENT EN BANDES.	- 10 ANS: LE G & L A F. PRENNENT PLAISIR À SE COIFFER SEUL. - ACQUIÈRENT PLEINE SATIS- FACTION DE LA CAMARADÉRIE (FAIR PLAY, SOLIDARITÉ). - 10-12 ANS: FABRIQUE DES OBJETS UTILES. FAIT DES RÉPARA- TIONS SIMPLES. TRAVAILLE À L'OCCASION DE SON PROPRE CHEF. - 12 ANS: G & F SE MÉLANGENT PLUS.	

JANVIER 1996

Produit par Robert Blodeau, infirmier en pédiopsychiatrie au 200 Est.

*BIBLIOGRAPHIE DISPONIBLE AU VERSO

Conception graphique: André Rioux, service audio-visuel, Hôtel-Dieu du Sacré Coeur de Jésus de Québec *

TARIFICATION DE LA MESURE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS

Niveau d'intervention ²⁶	Âge	Tarif horaire	Tarif quotidien maximum ²⁷	Allocation maximale annuelle à un même usager
Intervention d'encadrement simple	0-11 ans	2,75 \$	33 \$	2 220 \$
	12 ans et plus	4,75 \$	57 \$	
Intervention complexe	0-11 ans	3,75 \$	45 \$	4 380 \$
	12 ans et plus	5,75 \$	69 \$	

²⁶ Le niveau d'intervention est établi dans l'outil de détermination des services.

²⁷ Le maximum quotidien est calculé comme suit : tarif horaire X 12 heures.

PRÉCISIONS RELATIVEMENT À L'OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES

La Section 5 - Évaluation des facteurs reliés à la PERSONNE HANDICAPÉE doit être complétée en indiquant la fréquence des besoins d'aide comblée par la famille selon l'échelle suivante :

- 0 – Ne s'applique pas
- 1 – Aide hebdomadaire (3 fois et moins par semaine)
- 2 – Aide quasi quotidienne (4 à 7 fois par semaine)
- 3 – Aide quotidienne (plus d'une fois par jour)

La Section 6 – Évaluation des facteurs reliés aux PROCHEs AIDANTS doit être complétée en cochant () seulement les cases qui s'appliquent à la situation du proche aidant.

Le niveau d'intervention, soit un encadrement simple ou un encadrement complexe, est établi en fonction de la présence ou non d'une * lors de l'évaluation dans la Section 5 – Évaluation des facteurs reliés à la PERSONNE HANDICAPÉE. Si la personne handicapée requiert de l'aide pour au moins un élément identifié par une *, le niveau d'intervention sera identifié comme étant un niveau d'encadrement complexe.

OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES

Mesure de Soutien aux proches aidants

1. Identification de l'utilisateur			
Prénom et nom :	N° du dossier :		
Date de naissance :	Âge :		
N.A.M. :	Scolarité :		
Inscrit au programme SISAD : <input type="checkbox"/>			
Nom :			
Lien avec la personne :			
Adresse :			
Code postal :	Téléphone :		
3. Description de la demande			
<u>Nature de la demande :</u>			
<input type="checkbox"/> Nouvelle demande			
<input type="checkbox"/> Réévaluation			
<input type="checkbox"/> Transfert du CSSS			
_____			Date
<i>Demande présentée par</i> <i>(nom de l'intervenant)</i>			Date
4. Admissibilité au programme			
Milieu de vie (résidence principale) :			
Maison : <input type="checkbox"/>	Logement : <input type="checkbox"/>	Chambre : <input type="checkbox"/>	Résidence privée : <input type="checkbox"/>
Vit avec un proche-aidant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Garde partagée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nature de la déficience :			
Diagnostic(s) :			

DP <input type="checkbox"/>	DI <input type="checkbox"/>	TED <input type="checkbox"/>	Attestation(s) médicale(s) fournie(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Profil de l'utilisateur : Profil Personne handicapée : <input type="checkbox"/>		Profil gériatrique : <input type="checkbox"/>	

OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES
Mesure de Soutien aux proches aidants

5. Évaluation des facteurs reliés à la PERSONNE HANDICAPÉE			
Indiquez la FRÉQUENCE des besoins d'aide comblés par la famille			
0-Ne s'applique pas	1-Aide hebdomadaire (3 fois et moins par semaine)	2-Aide quasi quotidienne (4 à 7 fois par semaine)	3 Aide quotidienne (plus d'une fois par jour)
			INTERVENANT
			COMITÉ
5.1 État de santé			
a) Besoin d'assistance pour les soins particuliers requis (ex. : soins de plaies, pansement, insuline, soins de cathéters, soins de stomie, pompes, aspiration des sécrétions, oxygène, dialyse, gavage, etc.).			
b) Nécessite une surveillance régulière de son état de santé ou une intervention spécialisée lors du gardiennage (ex. : épilepsie non contrôlée, gavage, curage rectal, positionnement délicat, etc.).			*
c) Activités extérieures reliées à la déficience ou aux incapacités de la personne handicapée requérant une intensité et une fréquence élevées d'implication (ex. : visites médicales, traitements particuliers, réadaptation, etc.). Si la fréquence est inférieure à une fois par mois, inscrire 0.			
Commentaires : _____			

5.2 Habitudes de vie			
a) Présence de troubles de sommeil associés à la déficience de la personne handicapée ou soins requis requérant une intervention régulière durant la nuit.			
Commentaires : _____			

5.3 Activité de la vie quotidienne			
a) 4 ans et plus : besoin d'aide ou d'assistance pour l'accomplissement des AVQ (se nourrir, se laver, s'habiller et entretien de la personne).			
b) 4 ans et plus : points supplémentaires accordés pour dépendance complète aux AVQ (se nourrir, se laver, s'habiller et entretien de la personne).			
c) 4 ans et plus : incontinent et dépendant pour les activités aux fonctions d'élimination.			
Commentaires : _____			

5.4 Mobilité			
a) 3 ans et plus : besoin d'aide pour les transferts et déplacements.			
b) Manipulations physiques exigeantes ne pouvant pas être compensées par des aides techniques ou l'adaptation du milieu de vie (ex. : spasticité ou hypotonie sévère, obésité morbide, etc.).			57*

OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES
Mesure de Soutien aux proches aidants

	INTERVENANT	COMITÉ
5.4 Mobilité (suite)		
Commentaires : _____ _____		
5.5 Communication		
a) 3 ans et plus : difficulté à se faire comprendre ou difficulté à comprendre les consignes demandées.		
b) 3 ans et plus : points supplémentaires accordés pour atteinte sévère de la communication (ex. : ne communique pas du tout, ne comprend pas les consignes demandées, incapacité à exprimer ses besoins de base, etc.).		*
Commentaires : _____ _____		
5.6 Fonctions mentales et Comportement		
a) Présence chez la personne handicapée de difficultés majeures, telles que troubles de comportement ou troubles cognitifs importants.		
b) Points supplémentaires accordés pour besoin d'une surveillance constante de son comportement associée à la déficience de la personne handicapée ou des interventions spécialisées (ex. : aucune notion du danger, risque élevé de blessure pour lui-même ou autrui, fugues, troubles psychiques non contrôlés, etc.).		*
c) 12 ans et plus : incapacités cognitives associées à la déficience de la personne handicapées qui justifient un besoin de gardiennage (ex. : ne peut pas demeurer seul à domicile).		
Commentaires : _____ _____		
5.7 Tâches domestiques		
a) 16 ans et plus : dépendance aux AVD.		
b) Surplus important d'AVD occasionné par les incapacités de la personne handicapée (ex. : entretien ménager, préparation des repas, lessive, etc.).		
Commentaires : _____ _____		
TOTAL A		
TOTAL A avec *		

OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES
Mesure de Soutien aux proches aidants

6. Évaluation des factures reliées aux PROCHES AIDANTS

COCHEZ (✓) les cases qui s'appliquent à la situation du proche-aidant

	INTERVENANT	COMITÉ
6.1 Situation psychosociale		
Composition de la famille		
a) Proche-aidant âgé de 65 ans et plus.		
b) Présence de jeunes enfants (moins de 5 ans).		
c) Fratrie multiple avec exigences particulières (excluant une personne handicapée).		
d) Personnes malades à la maison (excluant une personne handicapée) qui requièrent des soins particuliers qui ont une incidence réelle sur le fonctionnement de la famille.		
Commentaires : _____ _____		
6.2 Description de la famille (inscrire un seul choix)		
a) Famille monoparentale, aucun support de l'autre parent.		
b) Famille naturelle, éclatement du milieu familial en cours (divorce, etc.)		
c) Famille monoparentale, peu d'implication de l'autre parent.		
d) Famille naturelle, conjoint absent pour de longues périodes ou peu d'implication de ce dernier.		
e) Famille reconstituée et peu d'implication du nouveau conjoint.		
f) Désorganisation de la vie de couple ou familiale.		
Commentaires : _____ _____		
6.3 Support du réseau familial élargi (inscrire un seul choix)		
a) Réseau familial élargi absent ou non aidant.		
b) Réseau familial élargi peu aidant.		
Commentaires : _____ _____		
6.4 Épuisement du proche aidant - Aspect physique (inscrire le degré obtenu)		
a) Référence au thermomètre pour aider à estimer le niveau d'épuisement : l'aspect physique (voir page 64).		
Commentaires : _____ _____		

OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES
Mesure de Soutien aux proches aidants

	INTERVENANT	COMITÉ
6.5 Épuisement du proche aidant - Aspect affectif <i>(inscrire le degré obtenu)</i>		
a) Référence au thermomètre pour aider à estimer le niveau d'épuisement : l'aspect affectif (voir page 65).		
Commentaires : _____ _____		
6.6 Demande d'hébergement permanent envisagée		
a) Demande d'hébergement permanent en cours ou envisagée.		
Commentaires : _____ _____		
6.7 Attitudes du proche aidant inappropriées		
a) Attitude du proche-aidant non adaptée au profil de la personne handicapée et ayant un impact négatif sur celle-ci (ex. : surprotection, attentes irréalistes, négation, etc.).		
Commentaires : _____ _____		
6.8 Relations familiales conflictuelles		
a) Alcoolisme et toxicomanie d'un membre de la famille.		
b) Violence familiale ou conjugale.		
c) Signes de négligence ou d'agressivité ou d'abus envers la personne handicapée.		
d) Propos suicidaires ou homicidaires d'un membre de la famille.		
Commentaires : _____ _____		
TOTAL B		

OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES
Mesure de Soutien aux proches aidants

7. Disponibilité des ressources et environnement physique

COCHEZ (✓) les cases qui s'appliquent à la situation du proche-aidant

	INTERVENANT	COMITÉ
7.1 Utilisation des services du milieu n'incluant pas le répit :		
Service de garde, école, plateaux de travail, centre de jour, centre communautaire, activités de loisirs, etc. (<i>inscrire un seul choix</i>)		
a) Ne peut fréquenter aucune ressource de ce type. <i>(ex. : ressource non disponible, incapacités sévères, etc.).</i>		
b) Fréquentation mensuelle. <input type="checkbox"/> 1 à 4 jours / mois		
c) Fréquentation hebdomadaire. <input type="checkbox"/> 1 à 2 jours / sem.		
d) Fréquentation hebdomadaire. <input type="checkbox"/> 3 à 4 jours / sem.		
e) Fréquentation hebdomadaire. <input type="checkbox"/> 5 jours / sem.		
f) Fréquentation hebdomadaire. <input type="checkbox"/> plus de 5 jours / sem.		
g) N'utilise aucune ressource de ce type, par choix.		
Commentaires : _____ _____		
7.2 Utilisation des services d'aide à domicile : SISAD (<i>inscrire un seul choix</i>)		
a) N'utilise pas de service d'aide à domicile (en attente SISAD ou ressources non disponibles).		
b) Utilisation partielle des services (ressources non disponibles) ou ressources qui comblent partiellement le besoin.		
c) Non admissible au programme SISAD ou refuse les services d'aide à domicile.		
Commentaires : _____ _____		
7.3 Environnement physique		
a) Lieux physiques non adaptés.		
b) Conditions de logement difficiles qui ne répondent pas aux besoins de la famille.		
c) Services éloignés (épicerie, banque et pharmacie à plus de 10 km).		
Commentaires : _____ _____		
TOTAL C		61

OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES
Mesure de Soutien aux proches aidants

Encadrement simple : <input type="checkbox"/>	Encadrement complexe : <input type="checkbox"/> <i>(si présence d'au moins une * dans la grille de cotation, section 5)</i>
--	---

9 GRAND TOTAL (Réservé au comité)

D. Grand Total

- Facteur reliés à la personne handicapée : 45 %
- Facteurs reliés aux proches aidants : 45 %
- Disponibilité des ressources et environnement physique : 10 %

Facteurs reliés à la PERSONNE HANDICAPÉE (P. 3)

A. TOTAL :
(max. de 48) + _____

Facteurs reliés aux PROCHES AIDANTS (P. 5)

B. TOTAL :
(max. de 47) + _____

Disponibilité des ressources et environnement physique (P. 6)

C. TOTAL : _____ X 0,50

C. TOTAL : + _____

A + B + C :

D. GRAND TOTAL
(max. de 100)

DÉCISION DU COMITÉ : Admissibilité au programme

Oui **Commentaire** : _____

Non **Motifs** : _____

Signature
*(Pour le comité de détermination
des services)*

Date

OUTIL DE DÉTERMINATION DES SERVICES
Mesure de Soutien aux proches aidants

10. Besoins exprimés par le proche-aidant et commentaires de l'intervenant

Description des besoins :

Gardiennage (Présence-surveillance)

Nombre hres/jr	Tarif horaire	Total journalier	Nombre Jr/sem.	Total hebdo.	Nombre de sem./an	Allocation financière annuelle

Exemples de gardiennage (presence surveillance)

Nombre hres/jr	Tarif horaire	Total journalier	Nombre Jr/sem.	Total hebdo.	Nombre de sem./an	Allocation financière annuelle

Nombre d'hres/sem	Tarif horaire	Total hebdo.	Nombre sem./mois	Total mensuel	Nombre de mois/an	Allocation financière annuelle
Dom. :						
Org. com. :						

Tableau 10 : Échelle pour aider à estimer le niveau d'épuisement chez un aidant

10.1 : L'aspect PHYSIOUE dans l'épuisement*Où vous situez-vous sur le thermomètre?*

7	Je me sens vidé, exténué. Je n'ai plus d'énergie pour entreprendre quoi que ce soit. Je suis à plat et rien ne pourra me remonter. Je suis complètement brûlé. Je suis découragé.
6	Je n'arrive pas à fonctionner normalement. J'ai juste envie de ne rien faire et de me laisser aller. Je me sens usé jusqu'à la corde.
5	Je me sens de plus en plus fatigué. Je ne sais pas comment je vais pouvoir remonter la pente. De toute façon, tout me demande de l'énergie, même lorsque c'est pour mon bien-être.
4	Je ressens une grande fatigue. Je voudrais bien que le sommeil soit réparateur mais rien n'y fait. Je me lève toujours aussi fatigué le matin.
3	Je ne suis plus très en forme et j'ai de moins en moins d'énergie. J'ai souvent envie de dormir. Chaque activité me demande de gros efforts.
2	J'ai de l'énergie, je suis encore assez en forme mais je dois abandonner des activités, des projets.
1	Je me sens en forme et j'ai le goût de faire plein de choses.

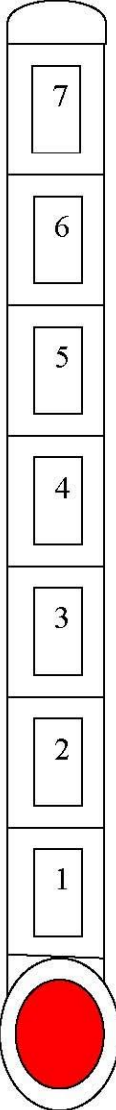


Tableau 10 : Échelle pour aider à estimer le niveau d'épuisement chez un aidant

10.1 : L'aspect AFFECIF dans l'épuisement*Où vous situez-vous sur le thermomètre?*

7	Je suis triste à mourir, je n'ai aucune patience, je n'ai plus le goût de rien, j'ai juste envie de pleurer et de dormir tout le temps.
6	Je suis tellement triste et irritable que je ne me reconnais plus tellement j'ai changé. J'ai l'impression de commencer à couler.
5	Je suis plutôt triste et irritable et je n'ai plus envie de m'occuper de moi. Je me sens dépassé.
4	Je suis tantôt gai, tantôt triste, souvent irrité, je ne sais plus trop où j'en suis, ça commence à être de plus en plus difficile de me remonter.
3	Je rumine des tas de choses dans ma tête, je ne ris pas souvent, je me sens frustré.
2	Je suis devenu plus maussade, j'ai perdu un peu de ma bonne humeur.
1	Je suis habituellement de bonne humeur, je prends la vie du bon côté et je ne m'en fais pas.

ENGAGEMENT DU PROCHE AIDANT

Je soussigné(e) (*Prénom*)(*Nom*)résidant à la (*adresse*)

déclare que les renseignements fournis à l'intervenant du CSSS sont complets et conformes à la vérité et m'engage à collaborer à l'exécution du plan de soutien de .

Dans l'éventualité où le CSSS de mon territoire, dans le cadre de la mesure « Soutien aux proches aidants pour les personnes handicapées » m'accorde de l'aide financière pour assurer la mise en œuvre du plan d'intervention en soutien au proche aidant, je m'engage à utiliser cette allocation aux seules fins qui me seront décrites.²⁸ Dans le cas contraire, le CSSS pourra mettre fin à l'allocation qui m'a été accordée.

Je m'engage à aviser sans délai le CSSS de tout changement dans ma situation et dans celle de la personne handicapée rendant inexacts les renseignements que j'ai fournis en vue d'obtenir l'aide financière. Je m'engage à produire régulièrement et à l'intervalle prévu par le CSSS ou sur demande de celui-ci les comptes rendus de la gestion individuelle.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé à .

Ce

jour de

20 .

Signature du proche aidant_____
Signature de l'intervenant

²⁸ Le protocole d'entente énumère chaque élément subventionné par le CSSS pour permettre la mise en place du plan d'intervention en soutien à domicile.

GRILLE DE POINTAGE

Mesure de Soutien aux proches aidants

5. Évaluation des facteurs reliés à la PERSONNE HANDICAPÉES	
5.1 État de santé /9 a) <input type="text" value="0-3"/> b) <input type="text" value="0-3"/> * c) <input type="text" value="0-3"/>	5.2 Habitudes de vie /3 a) <input type="text" value="0-3"/>
5.3 Activité de la vie quotidienne /9 a) <input type="text" value="0-3"/> b) <input type="text" value="0-3"/> c) <input type="text" value="0-3"/>	5.4 Mobilité /6 a) <input type="text" value="0-3"/> b) <input type="text" value="0-3"/> *
5.5 Communication /6 a) <input type="text" value="0-3"/> b) <input type="text" value="0-3"/> *	5.6 Fonctions mentales et comportement /9 a) <input type="text" value="0-3"/> b) <input type="text" value="0-3"/> * c) <input type="text" value="0-3"/>
5.7 Tâches domestiques /6 a) <input type="text" value="0-3"/> b) <input type="text" value="0-3"/>	<div style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">TOTAL A : <input type="text" value=""/> /48</div> <p style="font-size: small;">Présence d'une *, niveau d'encadrement complexe. Chaque * additionnelle, ajouter 10 points pour atteindre un maximum de 48.</p> <div style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">TOTAL A avec *: <input type="text" value=""/> /48</div>

6. Évaluation des facteurs reliés aux proches aidants	
6.1 Situation psychosocial /8 a) <input type="text" value="2"/> b) <input type="text" value="2"/> c) <input type="text" value="2"/> d) <input type="text" value="2"/>	6.2 Description de la famille /10 <i>(inscrire un seul choix)</i> a) <input type="text" value="10"/> e) <input type="text" value="8"/> b) <input type="text" value="10"/> f) <input type="text" value="8"/> c) <input type="text" value="8"/> d) <input type="text" value="8"/>
6.3 Support du réseau familial élargi /5 <i>(Inscrire un seul choix)</i> a) <input type="text" value="5"/> b) <input type="text" value="3"/>	6.4 Épuisement du proche-aidant /7 a) <input type="text" value="1-7"/>

6. Évaluation des facteurs reliés aux proches aidants (suite)	
6.5 Épuisement du proche-aidant – Aspect affectif /7 a) <input type="text" value="1-7"/>	6.6 Demande d'hébergement permanent envisagée /4 a) <input type="text" value="4"/>
6.7 Attitudes du proche-aidant inappropriées /2 a) <input type="text" value="2"/>	6.8 Relations familiales conflictuelles /4 a) <input type="text" value="1"/> b) <input type="text" value="1"/> c) <input type="text" value="1"/> d) <input type="text" value="1"/>

TOTAL B : /47

7. Disponibilité des ressources et environnement physique	
7.1 Utilisation des services /10 du milieu n'incluant pas le répit : Garderie, école, plateau de travail, centre de jour, centre communautaire, activités de loisirs, etc. <i>(inscrire un seul choix)</i> a) <input type="text" value="10"/> b) <input type="text" value="8"/> c) <input type="text" value="6"/> d) <input type="text" value="4"/>	7.2 Utilisation des services d'aide à domicile : SISAD, soutien à la famille (répit et gardiennage, etc.) <i>(inscrire un seul choix)</i> a) <input type="text" value="4"/> b) <input type="text" value="2"/> c) <input type="text" value="0"/>
7.3 Environnement physique /6 a) <input type="text" value="2"/> b) <input type="text" value="2"/> c) <input type="text" value="2"/>	<div style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">TOTAL C : <input type="text" value=""/> /20</div>

GRILLE SYNTHÈSE DU PLAN D'INTERVENTION DE L'USAGER

NOM DU

CSSS :

SUIVI DES DOSSIERS DE LA

AU :

ANNÉE : _

PÉRIODE DU :

Nom de l'utilisateur	-	N° assurance	-
N° dossier CSSS	_____	maladie	_____
Diagnostic/s	_____		
Déficience	D encadrement	D	Avanc

ÉTAT DU

État du dossier : Actif D Attente D Fermé	Date de la mesure :
D	Date :
Plan d'intervention	Date :
modifié Dernière	Date :
évaluation Prochaine	Date :
évaluation Fermeture	
Budget :	

PLAN

Gardiennage	Nombre hres/sem.	Nombre semaine	Tarif horair	Allocation n	Allocation annuelle
Nombre d'heures / semaine					

Répit	Nombre	Nombre semaine	Tarif	Allocation	Allocation annuelle
Heure/s	/		/hre	/	
Jour/s	/an	////	/jour	////////	

Répit hébergement	Nombre	Nombre semaine	Tarif	Allocation	Allocation annuelle
Jour/s	/an	////////	/jour	////////	
Nom de la ressource					

PROTOCOLE TEMPORAIRE (ALLOCATION NON

Gardiennage	Nombre hres/sem.	Nombre semaine	Tarif horair	Allocation n	Allocation annuelle
Nombre d'heures / semaine					

Répit	Nombre	Nombre semaine	Tarif	Allocation	Allocation annuelle
Heure/s	/		/hre	/	
Jour/s	/an	////////	/jour	////////	

Répit hébergement	Nombre	Nombre semaine	Tarif	Allocation	Allocation annuelle
Jour/s	/an	////////	/jour	////////	
Nom de la ressource					

Total de l'allocation pour le plan d'intervention :		
Nombre versements / \$ période :		Total :
Usager en attente :	Nbre hres / période :	

Date

Signature de l'intervenant

Date

Signature du proche aidant

GRILLE DE PRIORITÉ

NOM :		NO DOSSIER CSSS :	
CRITÈRES DE PRIORITÉ	PONDÉRÉ	COEFFICIENT	RÉSULTAT
<u>Milieu de vie</u> (40 %)		X 4	
Perte permanente du réseau naturel qui oblige l'institutionnalisation	10		
Situation où le placement est sérieusement envisagé	8		
Détérioration de la vie de famille ou du couple	6		
Épuisement physique ou émotionnel	4		
Milieu sans changement, ni pression	2		
<u>Ressources du réseau</u> (20 %)		X 2	
Absence de ressources	10		
Ressources professionnelles du CSSS seulement	8		
Ressources d'aide à domicile du CSSS	6		
Ressources qui comblent partiellement et régulièrement le besoin	4		
Ressources disponibles pour compenser la situation : services besoin/s d'aide/s technique/s	2		
<u>Niveaux d'intervention (voir annexe 6, point 8 de l'outil de détermination des services)</u> (20 %)		X 2	
<u>Intervention d'encadrement</u> (1 point)	10		
<u>Intervention complexe</u>	9		
• 5 éléments (5 points)	8		
• 4 éléments (4 points)	7		
• 3 éléments (3 points)	6		
• 1 à 2 éléments (2 points)	5		
	4		
• Il faut ajouter 5 points pour une détérioration subite et importante de la situation.	3		
	2		
	1		
<u>Revenu familial versus les obligations</u> (15 %)		X 1,5	
• 20 000 \$ et moins (5)	10		
• Entre 21 000 \$ et 30 000 \$ (4)	9		
• Entre 31 000 \$ et 40 000 \$ (3)	8		
• Entre 41 000 \$ et 50 000 \$ (2)	7		
• 51 000 \$ et plus (1)	6		
• Plus 5 points pour 3 personnes et plus à charge	5		
• Plus 3 points pour 2 personnes à charge	4		
• Plus 1 point pour 1 personne à charge	3		
	2		
	1		
<u>Délai d'attente</u> (5 %) (à compter de la date de la détermination des services)		X 0,5	
• 17 mois et plus	10		
• 13 à 16 mois	8		
• 9 à 12 mois	6		
• 5 à 8 mois	4		
• 4 mois et moins	2		
Date :	Total :		
Signature de l'intervenant :			

Source : Louis AUGER et autres, Cadre de gestion du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées », 1996, annexe V.

NOM DE

L'ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

À RETOURNER À :
(Nom de l'établissement)

FORMULAIRE D'AUTOGESTION - SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS

Nom de l'utilisateur :		Nom du parent ou répondant :	
Adresse :			
Ville :	Code postal :	Tél. :	

1. GARDIENNAGE (PRÉSENCE-

Date (jr/ms/année)	Nbre d'heures par jour	Signature

2. RÉPIT (avec ou sans

Date (jr/ms/année)	Nbre d'heures par jour	Signature

3. ENTENTE SPÉCIALE (s'il y a lieu)

Cochez à l'endroit

\$

 hebdomadaire mensuell annuelle

4.

INFORMATIONS

- Les allocations seront versées selon les modalités prévues.
- Les formulaires Gestion individuelle (autogestion) devront OBLIGATOIREMENT être acheminés au CSSS selon le calendrier de l'établissement.
- Aucun versement ne s'effectuera si le formulaire n'est pas reçu dans les délais prévus.
- L'utilisateur ou son répondant doit aviser l'intervenant du CSSS de tout changement de sa situation (ex.: hospitalisation, placement, etc.).

Joindre les reçus, s'il y a lieu.

Je certifie que les renseignements fournis sur ce formulaire (recto-verso) sont

ESPACE RÉSERVÉ AU CSSS

AUCUN AJUSTEMENT <input type="checkbox"/>	COMMENTAIRES :
VERSEMENT - \$	AUTORISATION :
MONTANT RETENU \$ - \$	DATE :
DÉPANNAGE :	
COMMENTAIRES :	
COÛTS : - \$	

MODALITÉS DE TRANSFERT

À l'intérieur de la région	CSSS d'origine	Agence	CSSS d'accueil
<ul style="list-style-type: none"> Aide physique et domestique Travaux lourds Gardiennage (présence-surveillance) 	<ul style="list-style-type: none"> Achemine le dossier* au CSSS d'accueil avec lettre de transmission Apporte les modifications au rapport statistique de la 8^e ou de la 13^e période Expédie le chèque à l'établissement receveur pour le solde du plan non utilisé 	<ul style="list-style-type: none"> L'Agence modifie le budget des deux CSSS concernés suite à la réception du rapport statistique 	<ul style="list-style-type: none"> Le CSSS assure la continuité des versements à l'utilisateur Apporte les modifications au rapport statistique de la 8^e ou de la 13^e période Une révision de la situation de l'utilisateur est à prévoir à l'intérieur des trois mois suivant son arrivée sur le territoire
À l'extérieur de la région	CSSS d'origine	Agence	CSSS d'accueil
<ul style="list-style-type: none"> Aide physique et domestique Travaux lourds Gardiennage (présence-surveillance) Répit 	<ul style="list-style-type: none"> Achemine le dossier²⁹ au CSSS d'accueil avec lettre de transmission Apporte les modifications aux rapports statistiques de la 8^e ou de la 13^e période Émet un chèque au CSSS d'accueil couvrant le montant des 12 premières semaines du plan d'intervention en maintien à domicile (taux horaire du CSSS d'origine). Il en est de même pour couvrir le gardiennage ou le répit³⁰ 		<ul style="list-style-type: none"> Le CSSS d'accueil s'assure que le nouvel usager soit reconnu prioritaire sur la liste d'attente, s'il y a lieu Une révision de la situation de l'utilisateur est souhaitée dans les trois mois suivant son arrivée sur le territoire

²⁹ Ces modalités sont appliquées selon une circulaire du ministère de la Santé et des Services sociaux.

³⁰ Voir Annexe K « Contenu de dossier de l'utilisateur à transférer du CSSS d'origine au CSSS d'accueil. »

MODALITÉS DE TRANSFERT

Données

administratives

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____

N° dossier du CSSS d'origine : _____

CSSS d'origine : _____

Nom de l'intervenant : _____

No de téléphone : _____

DONNÉES RELATIVES AU TRANSFERT

Date du déménagement : _____ L'utilisateur nous en a informé le : _____

CSSS d'accueil : _____

Intrarégional Extrarégional Agence : _____

Date effective du transfert administratif : _____

PLAN D'INTERVENTION

Coût annuel : _____ Si répit : _____ Grille synthèse annexée : _____

préciser le solde disponible : Autres _____

informations : _____

*Note : S'assurer que l'utilisateur a complété une autorisation de transfert de son dossier (document annexé au dossier).*Dossier clinique acheminé
à _____

en date du _____

Date_____
Signature de l'intervenant

CONTENU DE DOSSIER DE L'USAGER À TRANSFÉRER DU CSSS D'ORIGINE AU CSSS D'ACCUEIL

(INTRA ET INTERRÉGIONAL)

- Formulaires de détermination des services – Outil de détermination des services SAPA;
- Certificat médical attestant de la ou des déficiences;
- Grille synthèse du plan de soutien de l'utilisateur (annexe 8);
- Autorisation de transfert du dossier de l'utilisateur.

En plus de ces documents, la page 2 du formulaire « Modalités de transfert - données administratives » doit être acheminée par le CSSS d'origine au CSSS d'accueil ainsi qu'une brève correspondance de transmission incluant les informations suivantes :

- nouvelles coordonnées de l'utilisateur (adresse);
- éléments à préciser au plan clinique.

AUTORISATION À TRANSMETTRE LES RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom à la naissance :	
Nom actuellement utilisé :	
Adresse actuelle du bénéficiaire :	
No de la RAMQ :	Date de naissance :
	a m j
Nom et prénom du père :	Nom et prénom de la mère :
Autres noms utilisés antérieurement :	

Je, soussigné(e),

Nom et

En ma qualité de

Bénéficiaire ou personne

Autorise l'établissement

À faire parvenir à

Les renseignements suivants :

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante

Contenus dans le dossier du bénéficiaire ci-dessus

Cette autorisation est valable pour une période

jours à compter de la date de la signature de ce

 Signataire : bénéficiaire ou personne

 Date

 Témoin à la signature

 Date

N.B.: On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

