

Étude comparative sur les allocations versées aux parents d'enfants handicapés au Canada et dans d'autres pays industrialisés



Auteurs

Geneviève Pelletier
Mario Pépin
Service de l'évaluation et de l'administration provisoire

Mise en page

Sabrina Vallée

Révision linguistique

Sylvie Emond
Jérôme Demers
Hali Hackenschmidt
Louise Mercier

Traduction

Mary Anderson
Jérôme Demers
Keith Ebsary
Julia Fava
Lawrence O'Hearn

Production

Direction des communications

Date de parution

Juin 2016

Note au lecteur

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la Régie des rentes du Québec et la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances sont regroupées en un seul organisme nommé Retraite Québec.

Ce document est disponible sur notre site Web :

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à condition que la source soit mentionnée.

Pour tout renseignement, communiquez avec nous à l'adresse suivante :

evaluationactuarielle@retraitequebec.gouv.qc.ca

Dépôt légal

2^e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN

978-2-550-76303-1 (PDF)

© Retraite Québec, 2016

Table des matières

INTRODUCTION	4
REMERCIEMENTS	6
AUSTRALIE	8
BELGIQUE	13
CANADA – GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	18
CANADA – ALBERTA	27
CANADA – ONTARIO	33
CANADA – QUÉBEC	37
CANADA – SASKATCHEWAN	40
FINLANDE	44
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG	47
HONG KONG	49
ISRAËL	52
NOUVELLE-ZÉLANDE	57
RÉPUBLIQUE D’AUTRICHE	61
RÉPUBLIQUE D’IRLANDE	66
ROYAUME-UNI	72
SUISSE	79

Introduction

Retraite Québec est l'organisme responsable de la mesure de Soutien aux enfants, qui prévoit le versement d'un supplément pour enfant handicapé.

Il s'agit d'une aide financière accordée aux familles qui assument la garde, les soins et l'éducation d'un enfant qui a un handicap important. Ce supplément contribue financièrement à aider les familles qui ont des enfants handicapés. Le supplément pour enfant handicapé fait partie d'un ensemble de services et de mesures offerts par plusieurs ministères ou organismes du gouvernement du Québec dont la gestion n'est pas centralisée.

Par exemple, l'enfant handicapé peut avoir droit à :

- un service de transport adapté, autant pour ses sorties personnelles que pour aller à l'école;
- des équipements et des fournitures (orthèses, prothèses, aides auditives, visuelles et liées à la communication, équipements spécialisés et médicaux);
- l'adaptation de son domicile et du véhicule familial;
- des services de réadaptation physique ou intellectuelle;
- des services d'accompagnement pour ses loisirs;
- des services de garde en milieu scolaire ou dans un centre de la petite enfance;
- des services divers en milieu scolaire (adaptation du programme éducatif, du matériel pédagogique adapté, bourse d'études, etc.);
- des crédits d'impôt afin d'aider sa famille à assumer les coûts supplémentaires découlant de son handicap;
- des services de répit, de gardiennage et de dépannage pour ses parents.

L'objectif de ce document est de comparer les conditions d'admissibilité du supplément pour enfant handicapé à celles de différents pays qui ont des programmes similaires. Ce document inclut seulement les pays dont les renseignements recueillis ont été validés auprès des autorités compétentes qui gèrent ces programmes pour les enfants handicapés. Cette restriction a permis de s'assurer de la véracité du contenu véhiculé.

Les renseignements recueillis visent à fournir au lecteur une vue d'ensemble des différents programmes offerts aux enfants handicapés de moins de 18 ans et englobent donc plusieurs volets différents. En résumé, le document :

- énumère les programmes offrant une allocation pour enfant handicapé;
- décrit brièvement les programmes offerts;
- précise les différentes conditions d'admissibilité que les familles doivent respecter, tant sur le plan administratif que sur le plan médical;
- indique les sommes versées aux familles afin de les aider à compenser une partie des dépenses liées au handicap de leur enfant;
- énumère les critères médicaux utilisés afin de qualifier les enfants ou vérifier que le besoin d'aide financière correspond bien à la nature du handicap;
- décrit le cheminement d'une demande d'aide financière à partir de sa réception jusqu'à son acceptation ou son refus. Cette démarche précise le type de personnel (médical ou non) qui participe au traitement de la demande et les mesures de contrôle permettant de s'assurer de fournir l'aide nécessaire aux familles qui répondent aux critères définis;
- mentionne l'organisme responsable du programme d'aide financière;

- renseigne sur l'utilisation ou non du Processus de production du handicap (PPH¹) ou de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF²) dans l'établissement des critères d'admissibilité aux différents programmes.

Pour plus de précisions sur les particularités des différents programmes offerts aux enfants handicapés des pays présentés, veuillez contacter les organismes participants.

1. Lien utile pour le PPH : <http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/mdh-pph>

2. Lien utile pour la CIF : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>

Remerciements

Retraite Québec tient à remercier les représentants des différents organismes pour leur précieuse collaboration :

Australie - Australia

Trish Hauff – Director, Carer Payments Policy Age, Disability and Carer Payments Policy Branch Department of Social Services

Belgique - Belgium

D^r Christiane Leenaerts – Direction générale handicapé, Service Public Fédéral Sécurité sociale

Canada (Gouvernement fédéral – Federal Government)

France Bélanger – Senior Programs Officer / Agente principale de programmes,
Procedures and Medical Review Team / Équipe des procédures et de la revue médicale,
Disability Programs Section / Section des programmes pour personnes handicapées,
Canada Revenue Agency / Agence du revenu du Canada

Canada (Alberta)

Michelle Champagne-Berry – Program and Policy Advisor, Family Support for Children with Disabilities Branch, Human Services

Canada (Ontario)

Jane Cleve – Directrice, Services spécialisés et soutien, Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Canada (Saskatchewan)

Ginny Lane – Senior Policy & Program Consultant, Medical Services Branch, Ministry of Health, Government of Saskatchewan
Rikki Gusway – Coordinator, Cognitive Disability Strategy, Disability Programs Division, Ministry of Social Services

Finlande - Finland

Elina Ohvanainen – Counsellor, Section for Disability Benefits and Services, Health Department, Social Insurance Institution of Finland
Mikko Toivanen – Benefits Manager, Section for Disability Benefits and Services, Health Department, Social Insurance Institution of Finland

Grand Duché du Luxembourg - Grand Duchy of Luxembourg

Myriam Schanck – Présidente, Caisse nationale des prestations familiales, Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg

Hong Kong

Social Security Branch, Social Welfare Department

Israël

Sarah Gargi – Research and Planning Administration, National Insurance Institute
Ofir Pinto – Research and Planning Administration, National Insurance Institute

Nouvelle-Zélande – New Zealand

Michelle Davenport – International Advisor, Research and Planning Administration, National Insurance Institute, International Relations (MSD)

République d'Autriche – Republic of Austria

Wolfgang Wirnsberger – Federal Ministry of labour, Social affairs and Consumer Protection

République d'Irlande – Republic of Ireland

Clement Leech – Chief Medical Officer

Roy Baldrick

Royaume-Uni – United Kingdom

D^r Li Pui-Ling – Strategy Chief Medical Officer, Department for Work and Pensions, Strategic Health & Science Directorate

D^r Clare Leris – Medical Policy Adviser, Department for Work and Pensions, Strategic Health & Science Directorate

Suisse – Switzerland

Maryka Laamir – Médecine et prestations en espèces, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral des assurances sociales OFAS Domaine Assurance invalidité

Marco Leuenberger – Chef d'état-major, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral des assurances sociales OFAS, Affaires internationales

Australie

Noms des programmes

- Paiement d'aide pour enfant handicapé (Child Disability Assistance Payment)
- Paiement pour soignant (Carer Payment)
- Indemnité pour soignant (Carer Allowance)
- Supplément pour soignant (Carer Supplement)
- Paiement de rajustement pour soignant (Carer Adjustment Payment)

Objectifs des programmes

Paiement d'aide pour enfant handicapé : Un paiement forfaitaire annuel pour aider les parents à défrayer les coûts nécessaires pour s'occuper d'un enfant handicapé.

Paiement pour soignant : Un paiement de soutien du revenu pour les gens qui prodiguent personnellement des soins assidus à quelqu'un ayant une invalidité ou un état pathologique et qui sont incapables de subvenir à leurs propres besoins par un emploi bien rémunéré du fait de leur rôle de soignant.

Indemnité pour soignant : Un paiement supplémentaire pour les soignants qui donne de l'attention et des soins quotidiens à quelqu'un ayant une invalidité ou un état pathologique.

Supplément pour soignant : Un paiement forfaitaire annuel pour aider les soignants à défrayer les coûts nécessaires pour s'occuper d'une personne ayant une invalidité ou un état pathologique.

Paiement de rajustement pour soignant : Un paiement unique et non imposable à titre gracieux pour aider les familles à s'adapter à un événement tragique, soit le diagnostic d'une invalidité grave ou d'un état pathologique grave chez un enfant de moins de sept ans.

Conditions d'admissibilité

Paiement d'aide pour enfant handicapé

Une personne doit recevoir un versement de l'indemnité pour soignant pour son ou ses enfants durant une période qui couvre le 1^{er} juillet de l'année en question.

Paiement pour soignant

Le soignant et le soigné doivent satisfaire aux critères d'admissibilité.

Admissibilité du soignant

- La personne prodigue des soins assidus :
 - ✓ soit à une personne ayant une déficience physique, intellectuelle ou psychiatrique;
 - ✓ soit à un adulte handicapé ayant un enfant à charge. Si l'enfant à charge a six ans ou plus, une personne doit être admissible à l'indemnité pour soignant pour cet enfant et la recevoir;
 - ✓ soit à un enfant ayant une invalidité grave ou un état pathologique grave;
 - ✓ soit à au moins deux enfants ayant une invalidité ou un état pathologique;
 - ✓ soit à un adulte handicapé et à un ou plusieurs enfants ayant chacun une invalidité ou un état pathologique;
 - ✓ soit à un enfant ayant une invalidité grave ou un état pathologique grave pendant une courte période ou de manière épisodique;

- ✓ soit à un enfant lourdement handicapé ou à un enfant handicapé (sauvé avant le 1^{er} juillet 2009).
- Des parents qui s'occupent tour à tour d'au moins deux enfants ayant chacun une invalidité grave, un état pathologique grave, une invalidité ou un état pathologique dans le cadre d'un plan parental.
- Une personne qui reçoit le paiement pour soignant pour un enfant peut automatiquement avoir droit à l'indemnité pour soignant.

Admissibilité du soigné

- La personne soignée doit :
 - ✓ soit avoir subi une évaluation révélant une déficience physique, intellectuelle ou psychiatrique à l'aide de l'outil d'évaluation des invalidités chez les adultes (Adult Disability Assessment Tool [ADAT]);
 - ✓ soit avoir subi une évaluation révélant une invalidité grave ou un état pathologique grave à l'aide de l'évaluation de la charge de soins pour invalidité (enfant) (Disability Care Load Assessment [Child] Determination [DCLA]); **et**
 - ✓ soit réussir les examens de l'état des revenus et des biens du soigné;
 - ✓ soit recevoir un paiement de soutien du revenu ou une pension de guerre;
 - ✓ soit ne pas recevoir de paiement de soutien du revenu uniquement parce qu'il ne satisfait pas aux exigences liées au lieu de résidence.
- Le soignant n'a pas à vivre avec le soigné ou près de ce dernier, mais il doit lui prodiguer des soins assidus dans une résidence privée du soigné.
- Le soignant et le soigné doivent être des résidents australiens et se trouver en Australie le jour du dépôt de la demande, sauf si la demande est soumise en vertu d'un accord international en matière de sécurité sociale.
- Les nouveaux arrivants sont admissibles après 104 semaines en Australie en tant que résidents australiens (des exceptions peuvent s'appliquer).

Indemnité pour soignant

Le soignant et le soigné doivent satisfaire aux critères d'admissibilité.

Le soignant doit donner de l'attention et des soins quotidiens à domicile à une personne ayant une invalidité ou un état pathologique qui est :

- soit âgée de 16 ans ou plus avec une invalidité qui cause un dysfonctionnement important;
- soit un enfant à charge de moins de 16 ans :
 - ✓ pour une carte d'assurance-maladie seulement, l'enfant a besoin de « beaucoup plus d'attention et de soins » qu'un enfant du même âge sans invalidité;
 - ✓ pour l'indemnité pour soignant et une carte d'assurance-maladie, l'invalidité de l'enfant doit figurer sur une liste des invalidités ou des états qui entraînent une admissibilité automatique ou qui contraignent l'enfant à avoir un fonctionnement inférieur à la norme pour son groupe d'âge.
- L'enfant et le soignant vivent ensemble dans la même résidence privée ou, si l'enfant est hospitalisé au moment de la demande, il y a une intention de ramener l'enfant au domicile pour y vivre avec le soignant.
- Le soignant et le soigné sont des résidents australiens.

Supplément pour soignant

Supplément versé aux prestataires de l'indemnité pour soignant, du paiement pour soignant et de la pension de guerre pour soignant du ministère des Anciens combattants (MAC), de la pension de conjoint ou de la pension de guerre pour partenaire du MAC qui reçoivent aussi l'indemnité pour soignant.

Païement de rajustement pour soignant

Critères d'admissibilité :

- L'enfant doit avoir moins de sept ans, un diagnostic d'invalidité grave ou d'état pathologique grave et de grands besoins en soins (c.-à-d. soins à temps plein prodigués par un soignant pour au moins les deux mois suivant l'événement tragique.
- Le soignant de l'enfant doit être admissible à l'indemnité pour soignant et la recevoir pour l'enfant et ne pas être admissible au paiement pour soignant.
- Le soignant et son partenaire ne doivent pas être admissibles à un paiement de soutien du revenu.
- Le soignant doit démontrer qu'il a grand besoin d'un soutien financier durant la période d'ajustement après l'événement tragique.
- La demande doit être présentée au ministère des Services à la personne dans les deux ans suivant la date du diagnostic d'invalidité grave ou d'état pathologique grave à la suite de l'événement tragique.

Montant versé

Païement d'aide pour enfant handicapé

- Un paiement annuel de 1 000 \$ pour un enfant handicapé de moins de 16 ans qui permet à son soignant d'obtenir l'indemnité pour soignant.
- Il s'agit d'un paiement forfaitaire annuel continu et non indexé.

Taux de base maximaux du paiement pour soignant (20 mars au 19 septembre 2015) ^(a)

État	Taux aux deux semaines
Personne seule	782,20 \$
Couple	589,60 \$ (chacun) ou 1 179,20 \$ (ensemble)
Couple séparé en raison d'un mauvais état de santé	782,20 \$ (chacun)

a) Les taux sont indexés chaque année en mars et en septembre.

Nota :

- Ces montants ne comprennent pas le supplément à la pension ou le supplément pour l'utilisation d'énergie.
- Le supplément à la pension est un paiement versé toutes les deux semaines en plus de la pension de base. Le taux maximal du supplément à la pension est de 63,90 \$ aux deux semaines pour une personne seule et de 96,40 \$ pour un couple.
- Le supplément pour l'utilisation d'énergie représente 14,10 \$ pour une personne seule ou 10,60 \$ pour chaque membre d'un couple.
- Le taux de paiement diminue quand une personne a un revenu supérieur à 160 \$ aux deux semaines (personne seule) ou à 284 \$ aux deux semaines pour un couple.

Indemnité pour soignant

Le taux est de 121,70 \$ aux deux semaines. Le taux de l'indemnité pour soignant est indexé le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation.

Supplément pour soignant

- Tous les prestataires de l'indemnité pour soignant reçoivent un supplément pour soignant de 600 \$ par année pour chaque personne admissible dont ils s'occupent.
- Les prestataires du paiement pour soignant ou de la pension de guerre pour soignant du MAC reçoivent un supplément pour soignant de 600 \$ par année.
- Les soignants qui reçoivent l'indemnité pour soignant et la pension de conjoint ou la pension de guerre pour partenaire du MAC reçoivent un supplément pour soignant additionnel de 600 \$ par année.
- Certains soignants reçoivent deux suppléments pour soignant ou plus.
- Les soignants qui reçoivent une partie de l'indemnité pour soignant en vertu d'ententes de partage de soins obtiendront une partie du supplément pour soignant.

Paiement de rajustement pour soignant

Le montant maximal du paiement de rajustement pour soignant que peut recevoir une famille est de 10 000 \$ par enfant pour un événement tragique donné. Le montant versé dépend des circonstances familiales.

Critères médicaux

L'admissibilité à l'indemnité pour soignant et au paiement pour soignant est déterminée à l'aide de l'**ADAT** pour les soignés de 16 ans ou plus et de la **DCLA** pour les soignés de moins de 16 ans.

L'ADAT et la DCLA comprennent chacun deux questionnaires. L'un doit être rempli par le soignant, et l'autre doit être rempli par un professionnel de la santé traitant (PST).

Outil d'évaluation des invalidités chez les adultes (ADAT)

L'ADAT a été conçu pour évaluer les besoins en soins d'un adulte ayant une invalidité ou des états pathologiques graves ou d'une personne âgée en mauvaise santé et pour obtenir une évaluation équilibrée qui attribue une note ou un pointage aux personnes ayant des degrés semblables d'invalidité.

L'ADAT comprend des questions visant à évaluer les besoins en soins pour une gamme d'aspects physiques, cognitifs et comportementaux. Il est conçu pour s'assurer de reconnaître aussi les invalidités fonctionnelles relatives à la démence, à la déficience intellectuelle, aux lésions cérébrales acquises et à la maladie mentale en plus des déficiences physiques.

Quand un médecin praticien atteste qu'un soigné se trouve à la dernière étape d'une maladie incurable et qu'il ne devrait pas vivre plus de trois mois, on considère que le soignant a automatiquement le pointage nécessaire afin de satisfaire aux besoins en soins et permettre au soignant d'être admissible à l'indemnité pour soignant et au paiement pour soignant.

Évaluation de la charge de soins pour invalidité (DCLA)

La DCLA évalue le niveau de soins dont a besoin un ou des enfants de moins de 16 ans ayant une invalidité ou un état pathologique ainsi que le niveau de soins prodigués par une personne à cet ou à ces enfants.

Il faut obtenir la cote d'« intense » pour être admissible au paiement pour soignant ou à l'indemnité pour soignant.

Aux fins de l'indemnité pour soignant, un enfant dont l'invalidité figure sur la liste des invalidités reconnues n'a pas à faire l'objet d'une évaluation de la DCLA.

Quand un médecin praticien atteste qu'un enfant a un état de santé incurable et que l'espérance de vie moyenne d'un enfant ayant un état identique ou semblable n'est pas considérablement plus longue que 24 mois, on considère que le soignant a automatiquement le pointage nécessaire pour être admissible à l'indemnité pour soignant et au paiement pour soignant.

Le DCLA se trouve à l'adresse suivante : <https://www.legislation.gov.au/Details/F2011C00725>

Contrôles des demandes

Païement d'aide pour enfant handicapé

Aucune demande n'est requise.

Païement pour soignant

Le soignant doit remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs et un questionnaire rempli par un PST. On utilise le même formulaire pour le paiement pour soignant et l'indemnité pour soignant.

Les prestataires du paiement pour soignant peuvent faire l'objet de vérification de la charge de soins et des circonstances du soignant. Le type de vérification requise peut dépendre de la gravité de l'invalidité ou de l'état pathologique du soigné et du caractère permanent et de l'absence d'amélioration de cette invalidité ou de cet état.

Les soignants qui reçoivent le paiement pour soignant (enfant) doivent se soumettre à une vérification de la charge de soins quand l'enfant atteint les stades de développement associés aux âges de 4 ans et 8 mois et de 13 ans.

Indemnité pour soignant

Le soignant doit remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs et un questionnaire rempli par le PST.

Les prestataires d'indemnité pour soignant peuvent faire l'objet de vérification de la charge de soins et des circonstances du soignant. Le type de vérification requise peut dépendre de la gravité de l'invalidité ou de l'état pathologique du soigné et du caractère permanent et de l'absence d'amélioration de cette invalidité ou de cet état.

Les soignants qui reçoivent l'indemnité pour soignant (enfant) doivent se soumettre à une vérification de la charge de soins quand l'enfant atteint les stades de développement associés aux âges de 4 ans et 8 mois, de 10 ans et de 13 ans.

Supplément pour soignant

Aucune demande n'est requise.

Païement de rajustement pour soignant :

Les demandes doivent être présentées au ministère des Services à la personne dans les deux ans suivant la date du diagnostic d'invalidité grave ou d'état pathologique grave à la suite d'un événement tragique. Le soignant devra fournir d'autres documents pour étayer sa demande, comme des rapports médicaux, des preuves des besoins financiers, les coûts engagés et une preuve d'identité. Les demandes de paiement de rajustement pour soignant sont évaluées au cas par cas par un groupe de spécialistes indépendants.

Organisme responsable

Responsabilité de la politique – Ministère des Services sociaux du gouvernement australien

Responsabilité de la prestation des services – Ministère des Services à la personne du gouvernement australien

Interprétation de l'invalidité (Processus de production du handicap [PPH], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

L'admissibilité au paiement pour soignant et à l'indemnité pour soignant dépend des résultats de l'outil d'évaluation des invalidités chez les adultes (16 ans et plus) et de l'évaluation de la charge de soins pour invalidité (moins de 16 ans) – voir ci-dessus. Ces outils, qui ont été mis au point à partir de diverses sources, évaluent les soins personnels requis. À l'exception de la liste des invalidités reconnues (List of Recognised Disabilities) pour l'indemnité pour soignant (enfant), l'admissibilité n'est pas spécifiquement fondée sur l'invalidité ou l'état pathologique.

Belgique

Nom du programme

Allocation familiale supplémentaire pour les enfants atteints d'une affection ou d'un handicap (AFS)

Il est à noter que la situation décrite dans ce document concerne les AFS versées en Belgique de janvier 2003 au 30 juin 2015.

Objectifs du programme

L'AFS est un soutien financier pour les parents, les personnes ou les institutions qui s'occupent des enfants afin de les soigner, de les accompagner et de les éduquer. Elle s'ajoute aux allocations familiales de base et aux allocations majorées.

Conditions d'admissibilité

Pour recevoir l'allocation familiale supplémentaire, l'enfant doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Être admissible aux allocations familiales :
 - ✓ L'enfant doit résider en Belgique, dans l'Union européenne ou dans un pays avec lequel la Belgique a conclu un accord en matière d'allocations familiales.
 - ✓ L'enfant doit avoir moins de 21 ans. Avant 18 ans, il n'y a aucune condition relative à la scolarisation ou à un quelconque travail. Entre 18 et 21 ans, des conditions spécifiques existent en ce qui concerne la fréquentation scolaire ou l'exercice d'un emploi.
Entre 18 et 21 ans, l'enfant conserve le droit de recevoir l'AFS dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
 - s'il travaille dans un atelier protégé;
 - s'il est sous contrat d'apprentissage reconnu et que son revenu ne dépasse pas 520,08 euros bruts par mois;
 - si, comme étudiant, il travaille au maximum 50 jours par an;
 - s'il étudie et travaille sous contrat de travail ordinaire ou comme travailleur indépendant mais au maximum 240 heures par trimestre;
 - s'il est sous contrat FPI (formation professionnelle individuelle en entreprise) ou s'il reçoit des prestations sociales après une de ces activités ou s'il bénéficie d'une allocation d'attente (les allocations de chômage pour quelqu'un qui n'a pas encore travaillé).
 - ✓ Le droit aux allocations familiales est ouvert par la personne qui élève l'enfant chez elle. Il s'exerce dans l'ordre suivant :
le père, la mère, le beau-père ou la belle-mère, la plus âgée des personnes suivantes : le ou la partenaire de la mère ou du père, un des grands-parents de l'enfant (si cette personne fait partie du ménage), un oncle ou une tante de l'enfant (si cette personne fait partie du ménage), un frère, une sœur, un demi-frère ou une demi-sœur.
 - ✓ L'enfant peut, à certaines conditions, recevoir lui-même ses allocations familiales (y compris les suppléments d'âge mensuels et annuels) :
 - quand il est marié.
 - quand il perçoit lui-même des allocations familiales pour un ou plusieurs enfants.

- quand il est émancipé.
- quand il a 16 ans accomplis et qu'il ne vit plus chez sa mère ou la personne responsable de son éducation.
- ✓ Les travailleurs frontaliers peuvent être admissibles si les allocations familiales dans leur pays de résidence sont moins élevées qu'en Belgique, le pays où ils travaillent. Il y a une possibilité de recevoir le manque à gagner, qui correspond à la différence des allocations familiales entre les deux pays.
- Être âgé de moins de 21 ans et atteint d'un handicap physique ou mental qui a une incidence sur ses activités quotidiennes (mobilité, capacité d'apprentissage, hygiène corporelle,...) ou qui occasionne des contraintes importantes pour sa famille (traitement administré au domicile, déplacements nécessaires, adaptation de l'environnement...).

Si le handicap ou l'affection médicale diminue des deux tiers les capacités de gain de l'enfant sur le marché général du travail, celui-ci peut demander une expertise « adulte » dès l'âge de 20 ans, avec l'octroi éventuel d'une allocation de remplacement de revenus (ARR) et/ ou d'une allocation d'autonomie (AI) à partir de ses 21 ans. Les critères d'évaluation ne sont pas les mêmes que pour l'AFS.

Montant versé

Le montant est déterminé en fonction du degré d'autonomie de l'enfant :

- 79,17 euros si l'enfant a obtenu au moins 4 points au palier 1 et un total de 4 à 5 points sur les 3 paliers;
- 105,44 euros si l'enfant a obtenu moins de 4 points au palier 1 et un total de 6 à 8 points sur les 3 paliers;
- 246,05 euros si l'enfant a obtenu moins de 4 points au palier 1 et un total de 9 à 11 points sur les 3 paliers;
- 406,16 euros si l'enfant a obtenu au moins 4 points au palier 1 et un total de 6 à 11 points sur les 3 paliers ou de 12 à 14 points au total des trois paliers;
- 461,83 euros si l'enfant a obtenu un total de points se situant entre 15 et 17;
- 494,81 euros si l'enfant a obtenu un total de points se situant entre 18 et 20;
- 527,80 euros si l'enfant a obtenu un total de points supérieur à 20.

Les sommes versées sont celles qui sont actuellement attribuées et qui seront revues s'il y a indexation.

Critères médicaux

Le médecin évalue l'incapacité physique et/ou mentale de l'enfant en se basant sur la liste des pathologies pédiatriques annexée à l'Arrêté Royal de 2003, le du Barème Officiel Belge de l'Invalidité (BOBI) et sur les grilles incluses dans le formulaire d'examen médical.

L'Arrêté Royal de 2003 se trouve à l'adresse suivante :

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=\(text%20contains%20\(""\)\)&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&value=&table_name=loi&F=&cn=2003032839&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=(text%20contains%20()

Le BOBI se trouve à l'adresse suivante :

<http://www.expertisemedicale.be/upload/documents/documentation/bobi.pdf>

Contrôle des demandes

Si les conditions administratives d'admissibilité sont remplies, la demande d'expertise médicale est adressée au service de la Direction générale des personnes handicapées du Service public fédéral – Sécurité sociale.

L'enfant est invité à participer à l'expertise médicale; il est écouté et examiné. Les parents expliquent leur quotidien et ce qu'ils mettent en place pour soigner et éduquer l'enfant. Le médecin lit les différents rapports médicaux et/ou scolaires, ainsi que les rapports sur les traitements suivis. Puis, il évalue l'incapacité physique et/ou mentale en se basant sur la liste des pathologies pédiatriques (annexe 2 de l'Arrêté Royal du 28 mars 2003) et éventuellement du BOBI. Il complète par la suite les grilles incluses dans le formulaire d'examen médical. Il existe 4 formulaires d'examen médical selon l'âge de l'enfant : moins de 3 ans, de 3 à 6 ans, de 6 à 12 ans et enfin, de 12 à 21 ans.

Le médecin évalue le handicap ou l'affection de l'enfant en se basant sur 3 piliers :

1. Les conséquences physiques et mentales du handicap ou de l'affection (pilier 1);
2. Les conséquences sur l'autonomie de l'enfant et sa participation à la vie quotidienne (pilier 2);
3. Les conséquences du handicap ou de l'affection pour la famille (pilier 3).

La reconnaissance de l'enfant en tant qu'handicapé dépend du pointage qu'il obtient à la suite de l'évaluation pour chacun des 3 piliers décrits précédemment. L'enfant sera reconnu handicapé s'il obtient au moins 4 points pour le pilier 1 (ce qui correspond à une incapacité physique ou mentale de plus de 66 %) ou au moins 6 points pour l'ensemble des piliers. Le nombre maximal de points pouvant être alloués au premier pilier est de 6. Il s'élève à 12 au second pilier et à 18 au troisième pilier. Le nombre total de points obtenu pour chaque pilier aura un effet sur le montant de l'allocation.

Le médecin accorde des points pour chaque pilier en se basant sur les documents suivants :

Pour le pilier 1

Une liste de pathologies pédiatriques est annexée à l'Arrêté Royal de 2003; celle-ci renvoie au BOBI pour certaines pathologies.

- Soit la liste des pathologies fait référence à un article du BOBI, en précisant les degrés de gravité et le pourcentage à attribuer, comme par exemple pour le N° 43 Néphropathies ou le N° 37 Drépanocytose ou le N°20 l'asthme.
- Soit la liste attire l'attention des médecins experts sur toutes les répercussions possibles d'un handicap ou d'une affection, comme pour le N°10 le rachitisme ou le N°30 le reflux gastro-œsophagien ou le N°101 Mucoviscidose.
- Soit la liste tient compte des contraintes du traitement sur l'incapacité de l'enfant comme pour le pied bot N° 5 ou les leucémies N° 95.
- Soit la liste ne précise pas les articles du BOBI auxquels se référer, comme pour les « agénésies-amputations partielles ou totales des membres » N° 6 et renvoie l'expert au seul BOBI.
- Soit la liste impose un mode de calcul particulier, comme pour l'évaluation des déficiences auditives avec troubles du langage : N° 68 et 67.

Pour le palier 1, les points sont attribués de la façon suivante, en fonction du pourcentage d'incapacité physique ou mentale de l'enfant :

- 0 % à 24 % d'incapacité équivaut à 0 point;
- 25 % à 49 % d'incapacité équivaut à 1 point;
- 50 % à 65 % d'incapacité équivaut à 2 points;
- 66 % à 79 % d'incapacité équivaut à 4 points;
- 80 % à 100 % d'incapacité équivaut à 6 points.

La liste de pathologies pédiatriques a toujours préséance sur le BOBI.

Si l'enfant est atteint de plusieurs pathologies, c'est une règle proportionnelle qui détermine le pourcentage final.

L'expertise elle-même peut être faite avec une rétroactivité de 5 ans.

La durée de reconnaissance est en général déterminée sur la base de l'évolution possible de la maladie ou du handicap ainsi que sur l'autonomie de l'enfant (un bébé avec une amputation n'aura pas le même nombre de points qu'un grand enfant, qu'un nourrisson avec une trisomie 21 ou qu'un adolescent de 13 ans).

Pour les affections graves comme un cancer nouvellement diagnostiqué, une procédure « sur pièces » permet de clore rapidement le dossier sans convoquer l'enfant.

Lors de toute expertise, le médecin évalue aussi la possibilité d'accorder des avantages sociaux et fiscaux, comme une réduction d'impôts ou l'exonération de la TVA voiture.

Pour le pilier 2

Les répercussions d'une affection ou d'un handicap sur l'autonomie de l'enfant sont évaluées par rapport à un enfant de même âge; cela a conduit à établir 4 grilles différentes : pour les bébés et petits enfants de moins de 3 ans, les enfants de 3 à 6, les grands enfants de 6 à 12 et les adolescents et jeunes de 12 à 21 ans.

Chaque grille porte sur 4 items : l'éducation, l'apprentissage et l'intégration sociale de l'enfant (P2.1), ses capacités de communication (P2.2), de mobilité et de déplacement (P2.3) et ses soins corporels (P2.4). On attribue 0 à 3 points sur base des critères décrits et on somme pour chaque item les points les plus élevés.

Le pilier 2 comprend les catégories fonctionnelles suivantes qui sont, le cas échéant, subdivisées en sous-catégories et dont les points sont attribués en fonction de critères gradués :

- La mobilité et les déplacements (P2.3);
- La communication (P2.2);
- L'hygiène personnelle (P2.4);
- La capacité d'apprentissage, l'éducation et l'intégration sociale (P2.1);.

Le pointage le plus élevé des pointages attribués dans les sous-catégories donne le pointage de chaque catégorie. Ainsi, un total maximal de 3 points peut être obtenu dans chacune des quatre catégories pour ainsi donner un maximum de 12 points pour le pilier 2).

Pour le pilier 3

Une grille reprend les contraintes familiales en tenant compte du traitement administré à domicile pendant au moins 6 mois (P3.1), des déplacements nécessaires pour les traitements et les rééducation de plus de 3 mois (P3.2) ainsi que de l'adaptation du milieu de vie et des habitudes de vie (P3.3). Chaque grille est spécifique à l'âge de l'enfant comme pour le pilier 2. On attribue de 0 à 3 points sur base des critères décrits et on somme pour chaque item les points les plus élevés. Cet effet sur la vie familiale compte « double » en nombre de points.

Pour déterminer le total des points du pilier 3, on fait la somme du nombre de points le plus élevé dans chacune des trois catégories. Ensuite, le nombre de points ainsi obtenu est multiplié par deux. Le nombre maximal de points pour ce pilier ne peut excéder 18.

L'enfant peut accumuler au maximum 36 points pour les trois piliers.

Cette méthode d'évaluation est entrée progressivement en cours depuis 2003 : jusqu'au 1^{er} mai 2009, les enfants nés avant le 1^{er} janvier 1993 dépendaient encore d'un ancien système d'évaluation dans lequel ils n'avaient droit à un supplément que s'ils étaient atteints d'un handicap physique ou mental de 66 % au moins.

Depuis le 1^{er} mai 2009, les demandes pour ces enfants relèvent aussi du système d'évaluation par points. Ainsi, les enfants qui avaient entre 16 et 21 ans le 1^{er} mai 2009 et qui n'avaient auparavant aucun droit au supplément ont été réévalués sur cette nouvelle base.

Le Service Public Fédéral – Sécurité sociale reste encore aujourd'hui l'entité compétente pour effectuer les expertises médicales. Il le sera jusqu'au moment où le transfert de cette compétence sera totalement régionalisé.

Organisme responsable

Service Public Fédéral (Sécurité sociale) – Direction générale Personnes handicapées

Interprétation du handicap (processus de production du handicap [PPH]; Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

L'allocation familiale n'est pas accordée uniquement en fonction de critères biomédicaux. Elle dépend également des contraintes que rencontre l'enfant dans sa vie de tous les jours et des impacts du handicap de l'enfant sur la vie familiale.

Pour établir ces critères d'évaluation, lors du changement de la législation de l'année 2003, des réunions de discussion et de concertation ont eu lieu avec des pédiatres spécialistes de chaque pathologie des différentes universités de tout le pays, avec les associations de parents et avec les représentants de l'enseignement spécialisé. Le modèle d'évaluation du handicap est basé sur l'expérience acquise depuis l'année 1991. À cette époque-là, le Service Public Fédéral avait comme outils, une première liste de pathologies établie par des spécialistes en pédiatrie (annexée à l'AR du 03/05/1991) et le BOBI qui était au départ un Barème utilisé pour les invalides de guerre. Ces outils devaient être améliorés pour mieux préciser certaines pathologies propres à l'enfant (comme l'hématologie, le retard mental, les néphropathies, les fentes labio-palatines...). Chaque médecin statuaire du service, francophone ou néerlandophone, était responsable d'un ou de plusieurs groupes de pathologies et devait contacter les spécialistes ou associations compétents, organiser des réunions, écouter et rédiger de nouvelles directives centrées sur les conséquences du handicap ou d'une affection, en termes d'incapacité ou d'autonomie de l'enfant et d'investissement parental.

Ce sont les conséquences d'une affection ou d'un handicap qui sont évaluées et non une pathologie en tant que telle. Les grilles ont été établies et discutées avec tous les participants à la réforme de l'année 2003, afin d'avoir un aperçu des conséquences possibles d'une affection ou d'un handicap sur la vie quotidienne des enfants et aussi sur les contraintes familiales.

Une affection congénitale ne sera pas nécessairement reconnue dès la naissance, mais seulement à partir du moment où l'incapacité physique ou mentale de l'enfant ou son autonomie ou les contraintes familiales atteindront les seuils de reconnaissance.

Depuis l'année 2003, d'autres adaptations ont été faites par exemple pour les enfants ayant des anomalies chromosomiques ou des maladies génétiques ou métaboliques affectant l'efficacité mentale.

Les critères développés n'ont pas été inspirés du PPH ou de la CIF mais plutôt de l'expérience des médecins Belges acquises au contact des enfants (dans leur pratique) et à la suite de discussions avec différents intervenants en ce qui a trait aux contraintes sur l'enfant et sa famille.

Canada – Gouvernement fédéral

Nom du programme

Prestation pour enfants handicapés (PEH)

Objectifs du programme

La PEH est destinée aux familles à revenu faible ou modeste qui subviennent aux besoins d'un enfant de moins de 18 ans ayant une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales.

Conditions d'admissibilité

La PEH est un montant non imposable en supplément à la prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE)* ou aux allocations spéciales pour enfants (ASE)**.

Les familles qui sont admissibles à la PFCE auront droit à la PEH seulement si leur enfant est admissible au montant pour personnes handicapées, également appelé crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH)***.

*La PFCE est un paiement mensuel non imposable versé aux familles admissibles pour les aider à subvenir aux besoins de leurs enfants de moins de 18 ans.

**Le programme des ASE prévoit le versement de paiements aux établissements et organismes fédéraux et provinciaux (par exemple, sociétés d'aide à l'enfance) qui dispensent des soins aux enfants.

***Le CIPH est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et les personnes qui subviennent à leurs besoins pour réduire le montant d'impôt sur le revenu qu'elles pourraient devoir payer. Ce montant comprend un supplément pour les personnes ayant moins de 18 ans à la fin de l'année.

Montant versé

La PEH est un montant non imposable pouvant atteindre 2 695 \$ par année (224,58 \$ par mois) pour l'année d'imposition 2014. Ce montant varie selon les revenus de la famille.

Critères médicaux pour le CIPH

Pour être admissible, un enfant doit avoir une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales. Son praticien qualifié doit évaluer séparément les deux critères ci-dessous.

- La durée de la déficience : la déficience doit être prolongée (c'est-à-dire qu'elle a duré ou qu'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs).
- Les effets de la déficience : les effets de la déficience de l'enfant sont ceux qui font qu'il est toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps) limité, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Les effets de la déficience de l'enfant doivent faire partie de l'une des catégories ci-dessous.

Catégories	Critères d'admissibilité	Praticiens qualifiés pouvant attester les effets de la déficience
Voir	Incapacité de voir si, même avec des lentilles correctrices et des médicaments, selon le cas : L'acuité visuelle de ses deux yeux est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen ou l'équivalent; Le plus grand diamètre du champ de vision de ses deux yeux est de 20 degrés ou moins.	✓ Médecin ✓ Optométriste
Parler	- Un enfant est considéré comme étant limité de façon marquée dans sa capacité de parler si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), selon le cas, il est incapable ou il prend un temps excessif pour parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. Les appareils pour parler incluent des prothèses trachéo-oesophagiennes, amplificateurs de voix et autres appareils semblables. Prendre un temps excessif pour parler de façon à se faire comprendre signifie prendre trois fois plus de temps que la moyenne des enfants n'ayant pas la déficience. Exemples de situations où un enfant est « limité de façon marquée » dans sa capacité de parler : - L'enfant doit, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), avoir recours à des aides pour communiquer, par exemple le langage gestuel ou un tableau de symboles. - Dans son bureau, le médecin ou l'orthophoniste doit demander à l'enfant de répéter plusieurs fois des mots et des phrases, ce qui fait que l'enfant prend un temps excessif pour se faire comprendre.	✓ Médecin ✓ Orthophoniste
Entendre	Un enfant est considéré comme étant limité de façon marquée dans sa capacité d'entendre si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), selon le cas, il est incapable ou il prend un temps excessif pour entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme, même avec des appareils appropriés. Les appareils pour entendre incluent des appareils auditifs, implants cochléaires et d'autres appareils semblables. Prendre un temps excessif pour entendre de façon à comprendre signifie prendre trois fois plus de temps à entendre de façon à comprendre que la moyenne des enfants n'ayant pas la déficience. Exemples de situations où un enfant est « limité de façon marquée » dans la capacité d'entendre :	✓ Médecin ✓ Audiologiste

	• L'enfant doit, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), même en utilisant un appareil auditif, recourir entièrement à la lecture labiale ou au langage gestuel pour comprendre une conversation orale. • Dans son bureau, le médecin ou l'audiologiste doit élever la voix et répéter des mots et des phrases plusieurs fois pour que l'enfant le comprenne, même si ce dernier utilise un appareil auditif. Par conséquent, il prend un temps excessif pour comprendre le médecin ou l'audiologiste.	
Marcher	• Un enfant est considéré comme étant limité de façon marquée dans sa capacité de marcher si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), selon le cas, il est incapable ou il prend un temps excessif pour marcher, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. • Les appareils pour marcher incluent des cannes, des déambulateurs et d'autres appareils semblables. Prendre un temps excessif pour marcher signifie prendre trois fois plus de temps que la moyenne des enfants n'ayant pas la déficience. Exemples de situations où un enfant est « limité de façon marquée » dans sa capacité de marcher : • L'enfant doit toujours se servir d'un fauteuil roulant, même pour parcourir de courtes distances hors de la maison. • Toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), l'enfant ne peut marcher 100 mètres (environ un pâté de maisons) qu'en prenant un temps excessif, à cause des pauses qu'il doit prendre en raison de la douleur ou du manque de souffle. • L'enfant éprouve des épisodes graves de fatigue, d'ataxie, de manque de coordination et des problèmes d'équilibre. Ces épisodes font en sorte qu'il est atteint d'une incapacité pendant plusieurs jours consécutifs, du fait qu'il devient incapable de marcher plus de quelques pas. Entre les épisodes, l'enfant continue à éprouver les symptômes ci-dessus, mais à un degré moindre. Cependant, ces symptômes font en sorte qu'il a toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps) besoin d'un temps excessif pour marcher.	✓ Médecin ✓ Ergothérapeute ✓ Physiothérapeute
Évacuation (fonctions intestinales ou vésicales)	• Un enfant est considéré comme étant limité de façon marquée dans sa capacité d'évacuer si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), selon le cas, il est incapable ou il prend un temps excessif pour s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou urinaires, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. Les appareils pour l'évacuation incluent les cathéters, les accessoires pour stomie et d'autres appareils semblables. Prendre un temps excessif pour s'occuper de ses fonctions intestinales ou urinaires signifie prendre trois fois plus de temps pour s'occuper de ses fonctions intestinales ou urinaires que la moyenne des enfants n'ayant pas la déficience.	✓ Médecin

	Exemples de situations où un enfant est « limité de façon marquée » dans sa capacité d'évacuer : • L'enfant a quotidiennement besoin de l'aide d'une autre personne pour vider et entretenir ses accessoires pour stomie. • L'enfant souffre toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps) d'incontinence urinaire, ce qui nécessite un temps excessif à gérer et entretenir ses serviettes pour incontinence quotidiennement.	
Se nourrir	• Un enfant est considéré comme étant limité de façon marquée dans sa capacité de se nourrir si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps) selon le cas, il est incapable ou il prend un temps excessif pour se nourrir, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. Se nourrir ne comprend pas le fait de reconnaître, de chercher ou de se procurer (y compris acheter) de la nourriture. Se nourrir comprend la préparation de la nourriture, sauf lorsque celle-ci est liée à des restrictions alimentaires ou à une diète, même lorsque ces restrictions alimentaires ou cette diète sont dues à une maladie ou à un état de santé. Les appareils pour se nourrir incluent des ustensiles modifiés et d'autres appareils semblables. Prendre un temps excessif pour se nourrir signifie prendre trois fois plus de temps que la moyenne des enfants n'ayant pas la déficience. Exemples de situations où un enfant est « limité de façon marquée » dans sa capacité de se nourrir : • L'enfant doit, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), se nourrir par gavage pour subsister. • L'enfant prend quotidiennement un temps excessif pour préparer et manger ses repas en raison de la douleur et du manque de force et de dextérité dans ses membres supérieurs.	✓ Médecin ✓ Ergothérapeute
S'habiller	• Un enfant est considéré comme étant limité de façon marquée dans sa capacité de s'habiller si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps) selon le cas, il est incapable ou il prend un temps excessif pour s'habiller, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. S'habiller ne comprend pas identifier, chercher ou de se procurer (y compris acheter) des vêtements. Les appareils pour s'habiller incluent des crochets à boutons spécialisés, des chausse-pieds à long manche, des barres d'appui, des poignées de sécurité et d'autres appareils semblables.	✓ Médecin ✓ Ergothérapeute

	Prendre un temps excessif pour s'habiller signifie prendre trois fois plus de temps que la moyenne des enfants n'ayant pas la déficience. Exemples de situations où un enfant est « limité de façon marquée » dans sa capacité de s'habiller : • L'enfant ne peut pas s'habiller sans avoir l'aide quotidienne d'une autre personne. • L'enfant prend quotidiennement un temps excessif pour s'habiller en raison de la douleur et d'une réduction de dextérité et de flexibilité.	
Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante	• Un enfant est considéré comme étant limité de façon marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), il est incapable ou il prend un temps excessif pour les effectuer lui-même, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés (par exemple, les aide-mémoire et les aides à l'adaptation). Prendre un temps excessif signifie prendre trois fois plus de temps que la moyenne des enfants n'ayant pas la déficience. Les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante comprennent : ✓ l'apprentissage fonctionnel de l'autonomie (par exemple, les fonctions qui touchent les soins personnels, la santé et la sécurité, les aptitudes à initier et répondre aux interactions sociales et les transactions simples et ordinaires); ✓ la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que son nom et son adresse, ou de sujets d'importance ou d'intérêt); ✓ la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs et le jugement, pris dans leur ensemble (par exemple, la capacité de résoudre des problèmes, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions et de porter des jugements appropriés). Une limitation au niveau de la résolution de problèmes, de l'atteinte d'objectifs ou du jugement qui limite de façon marquée l'apprentissage fonctionnel de l'autonomie, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), rendrait l'enfant admissible. Exemples de situations où un enfant est « limité de façon marquée » dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante : • L'enfant ne peut pas sortir de sa maison, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), en raison de l'anxiété, même en prenant des médicaments et en suivant une thérapie. • L'enfant vit de façon autonome dans plusieurs domaines de sa vie. Toutefois, même en prenant des médicaments et en suivant une	✓ Médecin ✓ Psychologue

	thérapie, il doit recevoir quotidiennement du soutien et de la supervision parce qu'il ne peut pas exactement interpréter son environnement. • Toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), l'enfant ne peut pas faire une transaction quotidienne simple, tel un achat à l'épicerie, sans l'aide d'une autre personne. • L'enfant éprouve des épisodes psychotiques à de nombreuses reprises dans l'année. Étant donné l'imprévisibilité de ses épisodes psychotiques et les autres symptômes de sa déficience (par exemple, manque d'initiative ou de motivation, comportement et langage désorganisés), il continue à avoir besoin de surveillance quotidienne. • L'enfant est incapable d'exprimer ses besoins ou d'anticiper les conséquences de son comportement lors de ses interactions avec les autres.	
Effet cumulatif des limitations considérables	L'enfant pourrait être admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées s'il répond à toutes ces conditions : • Il a une déficience des fonctions physiques ou mentales qui a duré ou que l'on peut s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs. • La déficience donne lieu à une limitation considérable qui ne répond pas exactement aux critères pour la limitation marquée (lire les définitions ci-dessous) dans deux ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne ou dans la capacité de voir et dans une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne, et ce, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. • Ces limitations considérables sont toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps) présentes ensemble. • L'effet cumulatif de ces limitations considérables correspond à une limitation marquée dans une seule activité courante de la vie quotidienne (lire les exemples ci-dessous). Remarque : On ne peut pas inclure le temps consacré aux soins thérapeutiques essentiels. L'expression « limité de façon marquée » signifie que toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), et même à l'aide d'appareils et de médicaments appropriés ou d'une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale), l'une des situations suivantes s'applique : • L'enfant est incapable d'exécuter une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne. • Il faut à l'enfant un temps excessif pour exécuter une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne. L'expression « limité considérablement » signifie que toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), même si l'enfant ne répond pas exactement aux critères pour la limitation marquée, sa	✓ Médecin ✓ Ergothérapeute (les ergothérapeutes peuvent seulement attester pour marcher, se nourrir et s'habiller)

	vision ou sa capacité d'exécuter une activité courante de la vie quotidienne est encore limitée de façon significative. Exemples d'effets cumulatifs correspondant à une limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne : • L'enfant peut marcher 100 mètres, mais il doit prendre du temps pour récupérer. Il peut accomplir les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, mais ne peut se concentrer sur un sujet que durant une courte période. L'effet cumulatif de ces deux limitations considérables correspond à une limitation marquée, telle que ne pas pouvoir accomplir une des activités courantes de la vie quotidienne. • L'enfant prend toujours énormément de temps pour marcher, s'habiller et se nourrir. Le temps supplémentaire qu'il prend pour accomplir ces activités dans leur ensemble correspond à une limitation marquée, telle que prendre un temps excessif pour exécuter une activité courante de la vie quotidienne.	
Soins thérapeutiques essentiels	Les soins thérapeutiques essentiels pour l'enfant doivent rencontrer les deux conditions suivantes : • L'enfant a besoin de ces soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, même si ces soins soulagent sa condition. • L'enfant doit avoir besoin de ces soins thérapeutiques au moins 3 fois par semaine, pour une moyenne d'au moins 14 heures par semaine. L'enfant doit consacrer du temps à la thérapie, c'est-à-dire qu'il doit interrompre ses activités normales et journalières afin de la suivre. S'il est soumis à la thérapie au moyen d'un appareil portatif, tel qu'une pompe à insuline, ou d'un appareil implanté tel qu'un stimulateur cardiaque, le temps pris pour dispenser la thérapie avec l'appareil ne compte pas dans le calcul de la condition des 14 heures par semaine. Cependant, le temps consacré par l'enfant pour le réglage d'un appareil portatif compte. Il ne faut pas inclure les activités comme l'observation d'une diète ou le respect de certaines restrictions alimentaires, l'exercice physique, le temps de déplacement, les rendez-vous médicaux (autres que les rendez-vous lors desquels l'enfant suit la thérapie), le temps consacré à l'achat de médicaments ou le temps de récupération après les soins thérapeutiques. Si la thérapie de l'enfant exige un dosage quotidien de médicaments qui doit être ajusté quotidiennement, les activités entourant directement la détermination et l'administration de ce dosage font partie des soins thérapeutiques admissibles (par exemple, la surveillance du taux de glucose dans le sang, la préparation et l'administration de l'insuline, le calibrage de l'équipement nécessaire pour régler le dosage, ou le maintien d'un livret de contrôle du taux de glucose dans le sang).	✓ Médecin

	Les activités qui sont considérées comme faisant partie de l'observation d'une diète, comme le calcul des glucides et les activités liées à l'exercice physique, ne comptent pas dans le calcul pour déterminer si la condition des 14 heures par semaine est remplie (même lorsque ces activités ou régimes sont un facteur déterminant pour le dosage quotidien du médicament). Si un enfant ne peut pas exécuter les activités liées à la thérapie en raison de son âge, le temps consacré par les principaux responsables des soins de l'enfant pour exécuter et surveiller ces activités peut être compté dans le calcul de la condition des 14 heures par semaine. Par exemple, dans le cas d'un enfant ayant le diabète de type 1, la surveillance inclut : devoir réveiller l'enfant la nuit pour examiner son taux de glucose dans le sang, surveiller l'enfant pour déterminer s'il a besoin d'un test additionnel de glycémie (pendant ou après une activité physique) ou accomplir d'autres activités de surveillance qui peuvent raisonnablement être considérées comme nécessaires pour l'ajustement du dosage d'insuline (excluant le calcul des glucides). Exemples de soins thérapeutiques essentiels : • Physiothérapie respiratoire pour améliorer la respiration • Dialyse des reins pour filtrer le sang • Insulinothérapie pour le traitement du diabète de type 1 pour un enfant qui ne peut pas ajuster le dosage d'insuline lui-même	
--	---	--

Contrôles des demandes

L'Agence du revenu du Canada(ARC) doit valider l'admissibilité au CIPH et à la PFCE/ASE pour être admissible à la PEH. L'ARC traite les demandes tout au long de l'année.

Comment demander la PEH

Si une demande a déjà été présentée pour la PFCE pour un enfant admissible au montant pour personnes handicapées, la PEH sera calculée automatiquement.

Si une personne est admissible à la PFCE, mais qu'aucune demande n'a été présentée pour le CIPH, elle doit soumettre le formulaire T2201, *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées*. L'Agence du revenu du Canada déterminera ensuite si cette personne a droit ou non au montant pour personnes handicapées et au supplément de la PEH.

Si un enfant est admissible au CIPH, mais qu'aucune demande n'a été présentée pour la PFCE, le formulaire RC66, *Demande de prestations canadiennes pour enfants*, doit être soumis. L'Agence du revenu du Canada déterminera ensuite si l'enfant est admissible à la PFCE et au supplément de la PEH.

Les organismes doivent soumettre le formulaire RC64, *Allocations spéciales pour enfants* pour chaque enfant pour lequel il envisage de demander le versement des ASE et le supplément de la PEH.

Organisme responsable

L'Agence du revenu du Canada

Liens utiles

Renseignements sur le CIPH : www.arc.gc.ca/ciph

Formulaire T2201 : <http://www.cra-arc.gc.ca/F/pbg/tf/t2201/>

Renseignements sur le PFCE ou l'ASE : www.arc.gc.ca/prestations

Interprétation du handicap (processus de production du handicap [PPH]; Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

L'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) n'est pas basée sur un diagnostic, mais plutôt sur les effets de la déficience qui sont fournis par le praticien qualifié qui complète le formulaire T2201, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées. Les critères qui nous conduisent à la détermination de l'admissibilité au CIPH sont quant à eux tirés directement de la Loi de l'impôt sur le revenu. Lorsque les contribuables soumettent un formulaire T2201 complété par leur praticien qualifié, la revue de celui-ci est de prime abord effectuée par les employés des unités du CIPH des divers centres fiscaux à travers le Canada. Ces employés se basent sur les procédures nationales afin de déterminer l'admissibilité de façon juste. Les demandes comportant de l'information complexe sont quant à elles acheminées à l'administration centrale, où plusieurs infirmières évaluent l'information au dossier et contactent les praticiens qualifiés afin d'obtenir plus de précisions concernant les limitations du contribuable.

Canada – Alberta

Nom du programme

Soutien familial pour les enfants handicapés (Family Support for Children with Disabilities [FSCD])

Objectifs du programme

Le programme fournit des renseignements sur différents programmes gouvernementaux et services communautaires ainsi que des références menant à des groupes de pression, des associations pour personnes handicapées et d'autres ressources liées à une invalidité. Il aide aussi les familles à coordonner les mesures d'aide et les services ainsi qu'à payer certains des coûts exceptionnels à assumer pour élever un enfant handicapé.

Conditions d'admissibilité

Pour être admissible au programme FSCD, l'enfant doit :

- être un résident de l'Alberta;
- avoir moins de 18 ans;
- être un citoyen canadien ou un résident permanent;
- avoir une invalidité.

On entend par « invalidité » un état ou une déficience chronique de nature physique, sensorielle, mentale ou neurologique ou concernant le développement, ce qui ne comprend pas un état pour lequel la première exigence est la prestation de soins médicaux ou de services de santé afin de traiter ou de gérer cet état, à moins qu'il ne s'agisse d'un état chronique qui réduit considérablement la capacité de fonctionnement de l'enfant dans des activités normales de la vie quotidienne. La personne qui présente la demande de participation au programme doit être le tuteur de l'enfant.

On exige des documents médicaux pour confirmer ce qui suit :

- le diagnostic ou l'invalidité de l'enfant ou les deux;
- que l'état ou la déficience de l'enfant peut mener à une invalidité et que l'enfant attend un diagnostic médical.

La rédaction de la lettre ou du rapport peut être faite par ou pour les professionnels de la santé suivants après avoir posé un diagnostic réel ou probable dans leur champ d'activité :

- un médecin ou un psychiatre;
- un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste ou un audiologiste;
- un psychologue ou un travailleur social clinicien.

Montant versé

Les services du programme FSCD sont offerts en fonction de ce qui suit :

- les besoins et les circonstances propres à chaque enfant et à chaque famille;
- les forces et les capacités de la famille;
- les priorités et les buts de la famille;
- les demandes de soins extraordinaires auxquelles est confrontée une famille pour s'occuper d'un enfant handicapé;
- les coûts exceptionnels que doit défrayer une famille pour l'invalidité de son enfant;
- les besoins cernés qui sont impossibles à combler à l'aide d'un autre programme ou service ou d'une autre ressource;
- les solutions les plus économiques et appropriées pour répondre au besoin cerné en matière de services;
- les autres circonstances pertinentes pour une famille donnée.

Un accord entre le directeur et le tuteur de l'enfant peut prévoir les services de soutien familial suivants sous la forme de remboursements :

- (a) jusqu'à 20 heures de consultation personnelle ou familiale par année pour aider la famille à s'occuper de l'enfant;
DÉCEMBRE 2014, section 4-13
- (b) jusqu'à 400 \$ par année si l'enfant a grand besoin de vêtements ou de chaussures se rapportant directement à son invalidité;
- (c) pour les déplacements en Alberta du fait de rendez-vous médicaux ou de réadaptation de l'enfant ou d'une hospitalisation se rapportant directement à l'invalidité de l'enfant :
- 0,12 \$ par kilomètre ou, si l'on a recours au transport en commun, le coût du moyen de transport en commun le plus économique et le mieux adapté pour l'enfant et son adulte accompagnateur;
 - jusqu'à 10 \$ par jour pour le stationnement;
- (d) pour les déplacements en Alberta du fait de rendez-vous médicaux ou de réadaptation de l'enfant ou d'une hospitalisation se rapportant directement à l'invalidité de l'enfant si la présence aux rendez-vous oblige l'enfant à quitter son domicile pendant au moins huit heures, sans toutefois nécessiter un gîte pour la nuit :
- jusqu'à 5 \$ par jour pour les repas de l'enfant et jusqu'à 8 \$ par jour pour les repas de son adulte accompagnateur;
 - les services de soutien familial décrits à la disposition (c);
- (e) pour les déplacements en Alberta du fait de rendez-vous médicaux ou de réadaptation de l'enfant ou d'une hospitalisation se rapportant directement à l'invalidité de l'enfant si un directeur estime qu'il faut un gîte pour la nuit :
- jusqu'à 85 \$ par jour pour une chambre d'hôtel;
 - jusqu'à 10 \$ par jour pour les repas de l'enfant, à moins que ce dernier soit à l'hôpital ou dans une installation où les repas sont inclus, et jusqu'à 15 \$ par jour pour les repas de l'adulte accompagnateur ou jusqu'à 100 \$ par semaine en vue de faire des courses à l'épicerie et de préparer des repas pour l'enfant et l'adulte;
 - si le directeur estime qu'il faut un deuxième accompagnateur, jusqu'à 15 \$ par jour pour les repas de la deuxième personne ou 50 \$ supplémentaires en vue de faire des courses à l'épicerie et de préparer des repas pour cette deuxième personne, et, si l'adulte, la personne et l'enfant utilisent le transport en commun, le coût du moyen de transport en commun le plus économique;
 - les services de soutien familial décrits à la disposition (c);
- (f) les coûts requis pour s'occuper des frères et sœurs de l'enfant si cela s'impose afin de permettre à l'adulte qui s'occupe habituellement des frères et sœurs d'accompagner l'enfant à ses rendez-vous médicaux ou de réadaptation ou lors d'une hospitalisation se rapportant directement à l'invalidité de l'enfant;
- (g) si les rendez-vous médicaux ou de réadaptation de l'enfant ou l'hospitalisation se rapportant directement à l'invalidité de l'enfant ont lieu à l'extérieur de l'Alberta et qu'ils sont financés par le ministère de la Santé, alors on peut fournir les services de soutien familial décrits aux dispositions (e) et (f);
- (h) jusqu'à 240 heures pour prendre soin de l'enfant par année dans le but d'offrir un répit au tuteur.

Un accord entre le directeur et le tuteur de l'enfant peut fournir les services suivants à l'enfant :

- (a) les services de répit suivants en fonction des soins dont a besoin l'enfant du fait de son invalidité et du répit dont a besoin le tuteur :
- des soins de courte durée à l'heure pour l'enfant;
 - si des services de répit sont requis pour une plus longue période, jusqu'à 30 périodes de 24 heures pour prendre soin de l'enfant par année;
 - si d'autres services de répit sont nécessaires pour que le domicile du tuteur demeure la résidence principale de l'enfant, des périodes de 24 heures supplémentaires chaque année pour prendre soin de l'enfant à l'extérieur de son domicile;
- (b) si les services de répit sont fournis en vertu des dispositions (a)(ii) et (a)(iii) et que le transport en commun est le seul moyen de transport possible, le coût du moyen de transport en commun le plus économique et le mieux adapté pour l'enfant et son adulte accompagnateur du domicile de l'enfant à l'endroit où sont offerts les services de répit, et ce, dans les deux directions;
- (c) dans le but d'aider à terminer l'entretien ménager ordinaire et la lessive qui sont entravés par les besoins de soins intensifs de l'enfant se rapportant directement à son invalidité, jusqu'à 12 heures de services ménagers à domicile par mois;
- (d) jusqu'à 50 heures par semaine pour prendre soin de l'enfant à domicile, s'occuper des frères et sœurs et aider la famille à accomplir les tâches ménagères quotidiennes si le directeur estime qu'il s'agit de la façon la plus appropriée et économique de répondre aux besoins de l'enfant et de la famille en raison des différents besoins complexes de l'enfant;
- (e) quand le tuteur est au travail, à l'école ou à des séances de formation, les services suivants à l'enfant :
- si l'enfant a moins de 13 ans, la partie des frais de garde se rapportant directement à l'invalidité de l'enfant et qui s'ajoutent aux frais de garde ordinaires;
 - si l'enfant a 13 ans ou plus, les frais de garde qui s'imposent en raison de l'invalidité de l'enfant;
 - le coût d'un assistant, le cas échéant, pour l'enfant qui fréquente un service de garde ou qui participe à un programme parascolaire si cet assistant s'avère nécessaire en raison de l'invalidité de l'enfant afin d'assurer la sécurité et la supervision de ce dernier et de l'inclure dans les activités;
 - le coût d'un espace supplémentaire au domicile d'une famille de garde si cet espace s'avère nécessaire en raison de l'invalidité de l'enfant afin d'assurer la sécurité et la supervision de ce dernier et de l'inclure dans les activités;
- (f) le coût d'un maximum de 4 heures de garde par jour de semaine pour un nombre maximal de 20 heures par semaine dans un service de garde ou pour un assistant qui aide l'enfant dans un service de garde si ce dernier fréquente le service de garde non pas parce que le tuteur est au travail, à l'école ou à des séances de formation, mais à cause de ce qui suit :
- un médecin a déterminé que l'enfant avait besoin de fréquenter un service de garde pour améliorer le développement de l'enfant;
 - le plan du programme de l'enfant satisfaisant le directeur indique que l'enfant a besoin de fréquenter un service de garde;
 - l'enfant répond aux critères d'admissibilité d'un programme préscolaire du ministère de l'Éducation et attend le début de ce programme; et
 - l'enfant a besoin de services et présente des retards liés à au moins deux domaines du développement de l'enfant;

- (g) jusqu'à quatre heures par jour pour un assistant qui aide à s'occuper de l'hygiène et d'autres soins personnels de l'enfant :
- si l'enfant dépend d'un adulte pour son hygiène personnelle et d'autres soins personnels quotidiens;
 - si la capacité de l'enfant à répondre à ses besoins ne correspond pas à son âge;
- (h) jusqu'à 144 heures par année pour un assistant afin d'aider l'enfant à participer à des activités et à des programmes communautaires si son invalidité l'empêche d'y prendre part sans l'aide d'une autre personne;
- (i) jusqu'à dix heures par semaine pour un nombre maximal de six mois (ou plus si un examen satisfaisant le directeur l'exige) afin de retenir les services d'un assistant :
- soit pour aider l'enfant à gérer son comportement ou le tuteur de l'enfant à gérer le comportement de l'enfant si ce comportement :
 - (i) est dangereux pour l'enfant lui-même ou pour les autres ou si ce comportement limite considérablement la capacité de l'enfant à réaliser des activités normales de la vie quotidienne;
 - (ii) l'aide d'un assistant permettrait probablement d'améliorer de façon notable le comportement de l'enfant, de maintenir un niveau de comportement ou bien d'empêcher une détérioration du comportement de l'enfant ou une dépendance accrue dans le comportement de l'enfant et que le but n'est pas d'aider au développement éducatif ou académique de l'enfant;
 - (iii) l'aide proposée par l'assistant s'appuie sur des pratiques, des stratégies et des approches de réadaptation éprouvées qui sont raisonnables, qui sont le moins perturbatrices possible et, de l'avis du directeur, qui ont démontré leur efficacité;
 - soit pour aider l'enfant et apprendre au tuteur à aider l'enfant à atteindre un objectif de développement :
 - (i) si l'enfant a un problème de développement qui limite considérablement sa capacité à réaliser des activités normales de la vie quotidienne;
 - (ii) si l'aide permettrait probablement d'améliorer de façon notable le développement de l'enfant, de maintenir un niveau de développement ou bien d'empêcher une détérioration du développement de l'enfant et que le but n'est pas d'aider au développement éducatif ou académique de l'enfant;
 - (iii) l'aide proposée par l'assistant s'appuie sur des pratiques, des stratégies et des approches de réadaptation éprouvées qui sont raisonnables, qui sont le moins perturbatrices possible et, de l'avis du directeur, qui ont démontré leur efficacité;
- ou
- soit dans le but d'aider l'enfant pour les raisons indiquées dans les sous-dispositions (i) et (ii);
- (j) les services de santé suivants s'ils se rapportent directement à l'invalidité de l'enfant :
- les coûts des traitements dentaires et orthodontiques s'ils sont recommandés par le comité d'examen des demandes de remboursement des soins dentaires mis sur pied par l'Alberta Dental Service Corporation :
 - (i) soit pour la partie des coûts supérieurs aux coûts payés par l'assurance-soins dentaires ou le régime d'avantages sociaux du tuteur;
 - (ii) soit les coûts dépassant 250 \$ par année si le tuteur n'a pas d'assurance-soins dentaires ou de régime d'avantages sociaux;
 - si le tuteur a une assurance-maladie ou un régime d'avantages sociaux :
 - (i) soit jusqu'à 30 % du coût des médicaments sur ordonnance ou des médicaments qui sont approuvés par l'assurance-maladie ou le régime d'avantages sociaux, si le régime ne couvre pas la totalité du coût;
 - (ii) soit le coût d'une prime supplémentaire de l'assurance-maladie ou du régime d'avantages sociaux du tuteur, si le coût des médicaments sur ordonnance qu'aurait à payer le tuteur en vertu du paragraphe (A) est supérieur au coût de la prime supplémentaire de l'assurance ou du régime;

- si le tuteur n'a pas d'assurance-maladie ou de régime d'avantages sociaux qui couvre les médicaments sur ordonnance et :
 - (i) soit le coût des médicaments sur ordonnance pour la période la plus courte entre quatre mois ou jusqu'à l'entrée en vigueur de l'assurance ou le régime si le tuteur souscrit à une telle assurance ou à un tel régime;
 - (ii) soit le coût des médicaments sur ordonnance si le coût total des médicaments sur ordonnance est inférieur au coût d'achat d'une telle assurance ou d'un tel régime pour le tuteur;
 - le montant de la préparation prescrite ou ordonnée par un médecin en consultation avec un diététiste ou un nutritionniste ou ordonnée par un diététiste ou un nutritionniste, qui est supérieur au coût habituel d'une préparation pour un enfant du même âge;
 - le montant de la nourriture prescrite ou ordonnée par un médecin, un diététiste ou un nutritionniste, qui est supérieur au coût habituel de la nourriture pour un enfant du même âge si la nourriture prescrite ou ordonnée n'est pas des vitamines et qu'elle fait partie d'un régime nutritionnel reconnu et non expérimental visant à gérer efficacement un état ou un besoin alimentaire connu de l'enfant;
- (k) le coût des avantages médicaux se rapportant directement à l'invalidité de l'enfant et, si l'enfant a un frère ou une sœur faisant l'objet d'une entente en vertu du présent paragraphe, à l'invalidité du frère ou de la sœur de l'enfant qui est supérieur à 2 % du revenu net global indiqué à la ligne 236 de la déclaration de revenus de l'année précédente par les parents de l'enfant si, sous réserve du paragraphe (4) :
- (i) l'avantage médical est essentiel au maintien de la vie ou l'absence d'avantages médicaux produirait un effet débilisant sur l'enfant;
 - (ii) aucun autre programme ou aucune autre source n'offre un avantage identique ou semblable en tout ou en partie, peu importe que l'enfant soit admissible à le recevoir ou non;
 - (iii) le recours à l'avantage médical s'appuie sur des pratiques, des stratégies et des approches de réadaptation éprouvées qui sont raisonnables, qui sont le moins perturbatrices possible et qui ont démontré leur efficacité;
 - (iv) l'avantage médical est disponible en Alberta;
- (l) le coût des services d'ambulance pour la période la plus courte entre quatre mois ou jusqu'à l'entrée en vigueur de l'assurance ou du régime si l'état de l'enfant se rapportant à son invalidité exige un transport d'urgence en ambulance, que le tuteur n'a pas d'assurance-maladie ou de régime d'avantages sociaux couvrant les services d'ambulance et que le tuteur souscrit à une telle assurance ou à tel un régime;
- (m) si un enfant a une invalidité grave en raison de limitations et de besoins en services importants dans au moins deux des domaines suivants :
- (i) le comportement;
 - (ii) les aptitudes sociales et à communiquer;
 - (iii) les aptitudes cognitives;
 - (iv) le développement physique et moteur;
 - (v) les aptitudes à l'autonomie et la fonctionnalité adaptée;
- et si
- (vi) le niveau de complexité des besoins de l'enfant exige de multiples services intégrés et coordonnés, ce qui comprend un ou plusieurs services spécialisés;
 - (vii) une équipe multidisciplinaire a effectué un examen qui établit que l'enfant a grand besoin d'un service spécialisé et recommande au directeur de fournir ce service spécialisé;
 - (viii) un plan personnalisé, satisfaisant le directeur, a été élaboré pour coordonner et orienter la prestation des services, ce qui comprend le service spécialisé;

- (ix) le service spécialisé proposé permettra probablement, selon l'équipe multidisciplinaire, d'obtenir une amélioration notable sur une période raisonnable et prévisible ou bien de maintenir ou de prévenir : une détérioration ou une dépendance durant les activités normales de la vie quotidienne de l'enfant;
 - (x) le service spécialisé proposé s'appuie sur des pratiques, des stratégies et des approches de réadaptation éprouvées qui sont raisonnables, qui sont le moins perturbatrices possible et qui ont démontré leur efficacité;
 - (xi) d'autres programmes et services disponibles sont inadéquat ou insuffisants pour répondre aux besoins de l'enfant :
 - un ou plusieurs services spécialisés pour l'enfant et des services de consultation pour le tuteur de l'enfant à l'égard des services spécialisés, mais, en ce qui concerne les domaines indiqués aux sous-dispositions (i) à (v), les services spécialisés ne peuvent pas être offerts dans le but d'aider le développement éducatif ou académique de l'enfant;
- (n) les soins de l'enfant dans une résidence autre que le domicile du tuteur si les besoins de l'enfant ne peuvent pas être comblés au domicile du tuteur;
- (o) si les soins sont fournis à un enfant dans une résidence en vertu de la disposition (n), le coût de transport à 0,12 \$ par kilomètre ou, si le transport en commun est le seul moyen de transport possible, le coût du moyen de transport en commun le plus économique et le mieux adapté :
- (i) pour l'enfant et son adulte accompagnateur entre le domicile du tuteur et la résidence, et ce, dans les deux directions;
 - (ii) pour le tuteur qui visite l'enfant à la résidence;
 - (iii) pour l'enfant qui visite le tuteur au domicile de ce dernier.

Critères médicaux

Il n'y a pas de diagnostic précis pour satisfaire aux exigences du programme FSCD, sauf que les professionnels doivent être en mesure de poser un diagnostic réel ou probable dans leur champ d'activité (référence dans la section sur les critères d'admissibilité) et qu'il faut répondre à la définition d'invalidité. Les différents remboursements s'appuient sur le besoin de l'enfant plutôt que sur un diagnostic en particulier.

Contrôle des demandes

La décision est prise par un employé du programme FSCD. Ce dernier examine les renseignements que vous fournissez dans votre demande ainsi que la lettre médicale et les autres renseignements médicaux que vous soumettez au sujet de l'invalidité de votre enfant, et il consulte son superviseur ou d'autres personnes au besoin pour prendre une décision éclairée. Il communique ensuite avec la famille pour discuter de l'invalidité de l'enfant et il pourrait demander des renseignements supplémentaires afin de clarifier l'admissibilité au programme et de déterminer si la famille et son enfant sont admissibles au programme FSCD.

Organisme responsable

Alberta – Ministère des Services à la personne

Interprétation de l'invalidité (Processus de production du handicap [PPH], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

Elle ne s'appuie pas sur le PPH ni la CIF, même si la définition d'un enfant handicapé (référence dans la section sur les critères d'admissibilité) est semblable.

Canada – Ontario

Nom du programme

- Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG)
- Programme de Services particuliers à Domicile (SPAD)
- Programme de Financement Accru des Services de Relève (PFASR)

Objectifs du programme

L'aide financière fournie par ces programmes aux parents d'enfants handicapés a pour objectif d'absorber une partie des coûts additionnels liés aux soins que doivent recevoir leurs enfants.

Ils visent à ce que les enfants aient une vie la plus normale possible et qu'ils puissent demeurer à la maison et dans leur communauté.

Conditions d'admissibilité

Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave

Le programme AEHG prévoit le versement d'une aide financière aux parents pour les aider à couvrir les dépenses supplémentaires rattachées aux soins prodigués à un enfant qui a un handicap grave. Il fournit une aide financière directe pour couvrir les diverses dépenses telles que les vêtements spéciaux, les soins de relève, les services de gardiennes ou gardiens spécialement formés, les coûts de transport et d'hébergement et l'équipement spécial qui est nécessaire pour l'apprentissage et le développement de l'enfant, ainsi que certaines prestations de santé. Cette aide peut être utilisée pour compenser une partie des frais liés aux visites chez le médecin et à l'hôpital, à l'aide à la famille, aux chaussures et aux vêtements spéciaux, aux soins dentaires, aux médicaments, aux lunettes, aux appareils auditifs et aux médicaments d'ordonnance qui ne sont pas couverts par un autre régime.

Pour recevoir l'AEHG, l'enfant doit :

- Avoir moins de 18 ans;
- Résider en Ontario;
- Vivre avec la personne qui en a la charge;
- Être atteint d'un handicap grave qui entraîne une perte de la capacité fonctionnelle;
- Avoir des dépenses supplémentaires qui résultent directement du handicap.

Une invalidité grave correspond à une condition physique ou mentale permanente qui empêche l'enfant d'être en mesure de faire toute activité considérée comme nécessaire dans sa vie quotidienne normale.

Les coûts extraordinaires sont les dépenses liées au handicap de l'enfant qui ne seraient pas nécessaires pour un enfant du même âge qui n'est pas handicapé. Le parent doit préparer un rapport de dépenses.

Lorsque l'admissibilité à l'AEHG est confirmée, l'enfant reçoit une carte d'assurance médicaments et une carte de soins dentaires. La carte d'assurance médicaments lui permet de recevoir sans frais des médicaments d'ordonnance qui sont répertoriés dans le *Formulaire des médicaments* de l'Ontario.

La carte de soins dentaires permet à l'enfant de passer gratuitement des examens dentaires réguliers et préventifs. Elle ne couvre pas les traitements dentaires spéciaux tels que les broches (orthodontie).

Programme de Services particuliers à Domicile

Le SPAD fournit une aide financière directe aux familles pour qu'elles puissent utiliser des services qui ne sont pas disponibles ailleurs dans la collectivité, par exemple pour aider l'enfant à apprendre de nouvelles compétences et aptitudes, et accorder un répit à la famille.

Pour recevoir SPAD, l'enfant doit :

- Avoir moins de 18 ans;
- Être résident de l'Ontario (citoyen canadien, immigrant ou demandeur d'asile [réfugié]);
- Avoir besoin d'un soutien que la plupart des familles ne sont pas en mesure de fournir;
- Vivre à la maison avec sa famille, ou si ce n'est pas le cas, ne pas être aidé par d'autres services en établissement;
- Avoir une déficience intellectuelle ou physique;
- Avoir des limitations fonctionnelles permanentes résultant d'un handicap.

Programme de Financement Accru des Services de Relève

Le PFASR est une allocation versée aux familles qui s'occupent d'un enfant dont la santé est fragile ou dépend de moyens technologiques et qui a besoin de soins 24 heures par jour, 365 jours par année. Cette allocation s'ajoute au financement d'autres services de relève. Elle peut servir à se procurer des services à domicile, des services en dehors du domicile ou les deux. Les subventions versées dans le cadre de ce programme sont distinctes de tout autre versement de fonds et n'entraînent aucune réduction de l'aide obtenue d'autres sources.

Pour recevoir un paiement du PFASR, l'enfant doit :

- Avoir moins de 18 ans;
- Vivre à la maison;
- Avoir besoin de soins intensifs et d'une surveillance constante 24 heures par jour.

Seuls les enfants qui appartiennent à l'une des catégories suivantes de besoins en matière de soins et qui répondent aux critères précédents peuvent recevoir le PFASR :

- Groupe 1 : enfants ayant besoin d'un ventilateur mécanique au moins une partie de la journée;
- Groupe 2 : enfants ayant besoin de l'administration prolongée par voie intraveineuse de substances nutritives ou de médicaments;
- Groupe 3 : enfants ayant besoin, pendant une période prolongée, d'autres dispositifs pour des soins par tube de trachéotomie, aspiration, administration d'oxygène ou alimentation par sonde;
- Groupe 4 : enfants ayant besoin, pendant une période prolongée, d'autres dispositifs qui compensent certaines fonctions corporelles vitales et nécessitant des soins infirmiers tous les jours ou presque, y compris ceux qui ont besoin de moniteurs d'apnée, de dialyse à la suite d'une insuffisance rénale et / ou d'une sonde vésicale ou d'une poche pour colostomie en plus de soins infirmiers substantiels;
- Groupe 5 : enfants dont la santé est fragile selon les exigences en matière de soins, mais qui ne nécessitent pas de dispositifs technologiques.

Montant versé

Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave

L'AEHG est une aide financière qui est versée mensuellement et qui varie entre 25 et 440 dollars canadiens.

Ce qui suit peut affecter le montant de l'AEHG :

- Le revenu familial;
- Le coût de la garde d'enfants;
- La gravité de l'invalidité;
- Le type de soutien nécessaire pour aider l'enfant.

Taille de la famille (incluant les parents)	Admissibilité complète jusqu'à : (revenu familial brut)	Admissible à un certain montant jusqu'à : (revenu familial brut)
Jusqu'à 4	42 000 \$	63 641 \$
Jusqu'à 5	43 000 \$	64 841 \$
Jusqu'à 6	44 000 \$	65 641 \$
Jusqu'à 7	45 000 \$	66 841 \$
Les niveaux de revenus seront majorés de 18 000 \$ pour chaque enfant supplémentaire atteint d'un handicap.		

Le montant qu'une famille reçoit dépend des éléments suivants :

- La nature et le nombre de services dont l'enfant a besoin;
- Les autres types d'aide qui sont disponibles dans la collectivité;
- Le type de soutien que la famille reçoit déjà.

Programme de Services particuliers à Domicile

Le SPAD ne dépend pas du revenu des parents. Le programme offre aux parents jusqu'à 10 000 \$ par année. Ce montant peut être accru sur examen et approbation d'un directeur général.

Programme de Financement Accru des Services de Relève

Les familles peuvent obtenir un maximum de 3 500 \$ par enfant, par année. Celles qui demandent ce financement durant la deuxième moitié de l'année financière peuvent recevoir 1 750 \$.

Critères médicaux

L'admissibilité aux différentes prestations ne dépend que des besoins ou des dépenses liés au handicap de l'enfant, en comparaison avec ceux d'un enfant non handicapé du même âge. Il faut alors voir si le besoin d'aide correspond à la pathologie de l'enfant. En d'autres termes, le rapport du médecin traitant sert à assurer que l'enfant souffre d'un handicap, mais l'agent détermine l'admissibilité en fonction des besoins de l'enfant et des coûts engendrés par son handicap. Ces derniers font en sorte que la famille a des dépenses plus importantes qu'une famille du même type qui n'a pas d'enfant handicapé.

Contrôle des demandes

Le financement accordé dans le cadre de l'AEHG est offert après évaluation du dossier par des agents des ententes particulières, qui font partie du personnel administratif. S'il s'agit d'une première demande de la famille, une visite à la maison sera effectuée pour rencontrer l'enfant et sa famille afin de passer en revue les informations figurant sur la demande. Une liste de toutes les dépenses supplémentaires de la famille en raison du handicap de leur enfant doit être fournie. Elle peut inclure, par exemple, des frais de repas et de déplacement pour se rendre à des rendez-vous, des dépenses pour un lavage excessif des vêtements, les coûts liés à l'achat d'équipement d'apprentissage spécial ou des frais de médicaments non couverts. L'agent examine et évalue les demandes pour déterminer l'admissibilité de la famille et la somme qu'elle peut recevoir en fonction de l'âge de l'enfant, du revenu brut du ménage, du nombre d'enfants à la maison, de l'ampleur des limitations de l'enfant relativement aux activités de la vie normale (marcher, communiquer, se nourrir, voir à son hygiène...) et des dépenses que le parent ou le tuteur assume ou pourrait assumer uniquement en raison du handicap sévère de l'enfant.

Les demandes soumises auprès du SPAD sont évaluées par du personnel administratif. Pour avoir droit au financement, l'enfant doit avoir obtenu un diagnostic d'un professionnel de la santé ou, si moins de deux ans se sont écoulés depuis sa première demande, la confirmation de ses besoins par un professionnel médical. Le certificat médical doit décrire la

déficience, expliquer les raisons pour lesquelles le service est nécessaire et donner les coûts de ce dernier. Un agent ou une agente des ententes particulières examine et évalue les demandes. Cette personne fixe les priorités en fonction, notamment, du type et de la quantité de services dont la famille a besoin, de ce qu'il lui faut pour mieux vivre avec les exigences des soins à donner, de la complexité du soutien nécessaire en raison du degré de la limitation fonctionnelle permanente de l'enfant, du soutien et des services offerts dans la communauté et du degré de réponse aux besoins de la famille, des réseaux de soutien de l'enfant et de la famille, des priorités locales et de la disponibilité des fonds.

Pour avoir droit au financement du PFASR, l'enfant doit avoir été évalué par un intervenant d'un centre d'accès aux soins communautaires (CASC), qui est souvent un travailleur social ou un membre du personnel infirmier.

La prise de décision concernant les trois programmes ontariens repose sur les lignes directrices provinciales des programmes et sur les lignes directrices provinciales sur la prise des décisions. Le personnel régional du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et du ministère des Services sociaux et communautaires prend des décisions en matière d'admissibilité et des services de soutien pour le programme AEHG et le PSPD. Le personnel infirmier et d'autres membres du personnel spécialisé prennent des décisions concernant l'admissibilité au PFASR selon leur jugement clinique et les lignes directrices applicables.

Organisme responsable

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse est responsable du programme.

Interprétation du handicap (processus de production du handicap [PPH]; Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

En ce qui a trait aux trois programmes ontariens, l'évaluation du handicap de l'enfant et l'établissement des critères d'admissibilité ne sont pas basés sur l'application structurée du modèle de développement humain, soit le processus de production du handicap ou la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

Canada – Québec³

Nom du programme

Le supplément pour enfant handicapé (SEH)

Objectifs du programme

Le supplément pour enfant handicapé est une aide financière offerte aux familles qui assument la garde, les soins et l'éducation d'un enfant en situation de handicap important. Il constitue l'un des deux éléments de la mesure de soutien aux enfants, l'autre étant le paiement de Soutien aux enfants.

Conditions d'admissibilité

Pour recevoir le SEH, une personne doit remplir les conditions ci-dessous.

- Être admissible au paiement de Soutien aux enfants, c'est-à-dire :
 - ✓ Être responsable des soins et de l'éducation d'un enfant de moins de 18 ans;
 - ✓ Résider avec l'enfant ou, s'il est placé par un centre jeunesse, payer la contribution parentale exigée par ce centre;
 - ✓ Résider au Québec ou temporairement à l'extérieur du Québec et conserver suffisamment de liens au Québec pour demeurer résident de la province (selon la Loi sur les impôts du Québec);
 - ✓ Avoir l'un des statuts suivants (ou être le conjoint d'une personne ayant l'un de ces statuts) :
 - citoyen canadien,
 - résident permanent,
 - résident temporaire qui réside au Canada depuis au moins 18 mois,
 - personne protégée (réfugié);
 - ✓ Produire une déclaration de revenus du Québec même si les revenus sont nuls (la même condition s'applique au conjoint, s'il y a lieu).
- Avoir la charge d'un enfant de moins de 18 ans ayant un handicap physique ou mental qui le limite de façon importante dans ses activités de la vie quotidienne pendant une période prévisible d'au moins un an.
 - ✓ Les activités de la vie quotidienne sont celles que l'enfant peut faire, selon son âge, pour prendre soin de lui et participer à la vie sociale, comme communiquer, apprendre, se déplacer, se nourrir et s'habiller.
 - ✓ L'importance du handicap de l'enfant peut être évaluée à partir de critères précis mentionnés dans les tableaux qui figurent en annexe du Règlement sur les impôts. Ces tableaux regroupent les déficiences et les troubles du développement correspondant à des situations de handicap fréquemment rencontrées. Dans les autres cas qui ne sont pas mentionnés en annexe, l'importance du handicap est déterminée selon les trois critères suivants :
 - les incapacités persistent malgré les moyens utilisés pour faciliter la vie de l'enfant (verres correcteurs, appareils auditifs, orthèses, etc.);
 - les obstacles que l'enfant rencontre dans son milieu (par exemple, des difficultés qui nécessitent un aménagement particulier de la maison);

3. Il est à noter que la situation décrite dans ce document concerne le SEH versé au Québec de janvier 2005 au 22 juin 2016. Depuis le 22 juin 2016, le gouvernement du Québec a annoncé un nouveau supplément, le [supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels](#), ainsi que des modifications aux conditions d'admissibilité au SEH. Le [Bulletin d'information 2016-6](#) fournit des détails à ce sujet.

- les contraintes que vit l'entourage de l'enfant en raison de la déficience ou du trouble de développement de celui-ci. Il s'agit notamment de la nécessité d'accompagner fréquemment l'enfant pour les soins dont il a besoin.

Un adulte qui prend soin d'un enfant handicapé et qui est admissible au SEH peut avoir droit à l'allocation pour contraintes temporaires offerte par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Il s'agit également d'une des conditions qui peut amorcer le processus menant à l'intégration de l'enfant dans un service de garde. Le ministère de la Famille et des Aînés verse alors une allocation pour faciliter cette intégration.

Montant versé

Le SEH est accordé en fonction des limitations que l'enfant rencontre dans la vie de tous les jours et des soins qu'il requiert, plutôt qu'uniquement à partir de sa déficience ou de son trouble du développement.

Il s'agit d'une aide financière versée mensuellement sous forme d'un montant fixe qui n'est qu'indexé annuellement depuis son instauration en 2005. À titre d'exemple, le montant du SEH est de 189 \$ pour l'année 2016. Le montant du supplément n'est nullement influencé par les éléments suivants :

- Le revenu familial;
- La situation conjugale du bénéficiaire;
- La gravité du handicap de l'enfant;
- La nature de la déficience ou du trouble du développement de l'enfant;
- Les coûts reliés à la condition de l'enfant;
- Du genre de soutien qui est nécessaire à l'enfant.

Donc, toutes les familles reçoivent le même montant, peu importe leur situation (riche ou pauvre, biparentale ou monoparentale), l'handicap de leur enfant et les montants qu'ils doivent engagés pour subvenir aux besoins de leur enfant.

Critères médicaux

Les critères médicaux peuvent être consultés à l'adresse suivante :

http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/programmes/soutien_enfants/supplement/Pages/criteres_admissibilite.aspx

Contrôles des demandes

Pour recevoir le SEH, le parent doit se procurer le formulaire de demande de supplément pour enfant handicapé. Ce formulaire comprend deux parties.

La première partie doit être remplie par le parent. Il devra fournir des renseignements concernant :

- les incapacités, les obstacles et les contraintes vécus par son enfant et l'entourage de ce dernier;
- les périodes d'hospitalisation de l'enfant liées au problème de santé pour lequel la demande de SEH est formulée;
- les noms et spécialités des spécialistes qui ont évalué ou suivi régulièrement son enfant.

Pour certains types de handicaps, le parent devra peut-être faire dresser un bilan scolaire de l'enfant par un intervenant du milieu scolaire et retourner ce bilan à la Retraite Québec. Il pourrait aussi devoir fournir un relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois.

Le parent a tout intérêt à faire parvenir le plus rapidement possible sa partie de la demande à la RRQ, car le SEH peut être versé rétroactivement pour les mois qui précèdent la demande si, pendant cette période, le parent remplissait les

conditions d'admissibilité en raison de l'état de son enfant. Le paiement rétroactif peut couvrir une période maximale de 11 mois.

Le dossier de l'enfant ne sera toutefois examiné qu'au moment où il sera complet, c'est-à-dire après la réception des deux parties de la demande.

La seconde partie doit être remplie par un professionnel de la santé, un médecin, un physiothérapeute, un psychologue ou toute autre personne qui a évalué ou soigné l'enfant et qui connaît le mieux sa condition.

Un membre d'un ordre professionnel doit attester le handicap dans un rapport qui décrit les capacités et les incapacités de l'enfant, le traitement mis en place et les recommandations appropriées. Les résultats d'évaluations et de tests standardisés situant l'enfant par rapport à ses pairs sont exigés pour appuyer le diagnostic. Ils doivent être fournis avec la demande.

À la réception des deux parties de la demande, l'équipe médicale de Retraite Québec évalue l'importance du handicap selon les critères énoncés dans les dispositions du Règlement sur les impôts relatives au SEH. De plus, elle tient compte des incapacités que l'enfant présente malgré les moyens disponibles pour lui faciliter la vie, des obstacles qu'il rencontre dans son milieu et des contraintes que vit son entourage.

Organisme responsable

Retraite Québec

Interprétation du handicap (processus de production du handicap [PPH]; Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

Les critères d'admissibilité au programme ont été développés sans utiliser le PPH ou la CIF.

Canada – Saskatchewan

Noms des programmes

- Stratégie sur les déficiences cognitives (Cognitive Disability Strategy [CDS])
- Logement pour les personnes handicapées (Housing for Persons with Disabilities)
- Supplément pour logement locatif de la Saskatchewan (Saskatchewan Rental Housing Supplement [SRHS])
- Programme de répit (Respite Program)

Objectifs des programmes

- La stratégie sur les déficiences cognitives (CDS) offre des services ou des avantages financiers aux personnes qui ont des déficiences cognitives ainsi que d'importantes difficultés de comportement et de développement. La CDS offre de l'aide en fonction du besoin et de l'incidence de l'invalidité, ce qui permet d'obtenir des services plus personnalisés et souples.
- Le programme de logement pour les personnes handicapées offre une aide financière aux ménages à faible revenu afin de modifier leur logement et d'en améliorer l'accessibilité pour l'un de leurs membres ou un locataire ayant une invalidité liée au logement, lui permettant ainsi de vivre de façon autonome.
- Le supplément pour logement locatif de la Saskatchewan (SRHS) aide les familles et les personnes à revenu faible et modeste à accéder à un logement abordable de qualité.
- Une prestation de répit est une prestation mensuelle fondée sur le revenu que l'on verse aux parents ou aux tuteurs d'un enfant ayant une déficience intellectuelle. Cette prestation de répit a pour but d'aider les parents à payer la supervision ou les soins de rechange ou supplémentaires à court terme de l'enfant. Cette prestation mensuelle donne aux familles admissibles la liberté de planifier et de gérer leurs services de répit.

Conditions d'admissibilité

Pour profiter du programme CDS

Les personnes peuvent avoir un diagnostic d'ETCAF, d'autisme ou de lésions cérébrales acquises, mais un diagnostic n'est pas obligatoire pour avoir droit à l'aide. Il faut toutefois répondre aux cinq critères suivants :

- avoir d'importantes limitations quant à l'apprentissage et au traitement de renseignements. Les personnes ont de la difficulté à retenir des connaissances, à acquérir des compétences, à prendre des décisions ou à communiquer avec d'autres;
- avoir des problèmes de comportement qui limitent le fonctionnement sur les plans interpersonnel, social et émotionnel;
- avoir des problèmes de développement qui limitent la capacité d'adaptation à la vie quotidienne dans des domaines comme les soins personnels ainsi que l'autonomie à la maison, dans la collectivité, au travail ou dans les loisirs;
- avoir des limitations ou des déficiences qui sont persistantes et à long terme. Veuillez fournir un diagnostic officiel, des renseignements sur le QI et d'autres renseignements s'ils sont disponibles;
- avoir des demandes ou des besoins non satisfaits en matière de services.

En outre, la personne peut avoir fait l'objet d'une évaluation du soutien à la vie quotidienne (le comité de réception des demandes de la CDS déterminera si une évaluation du soutien à la vie quotidienne est nécessaire).

Pour recevoir une aide financière du programme de logement pour personnes handicapées

- Propriétaires :
 - ✓ Les demandeurs doivent posséder la propriété, l'habiter en tant que résidence principale et avoir un membre de leur ménage avec une invalidité liée au logement.
 - ✓ Les niveaux de revenu et d'actif du ménage doivent être inférieurs ou égaux aux limites de revenu et d'actif établies par la Société d'habitation de la Saskatchewan.
- Propriétaires de biens locatifs :
 - ✓ Les propriétaires de biens locatifs doivent louer à des ménages à faible revenu qui comprennent une personne ayant une invalidité liée au logement.
 - ✓ Ils doivent maintenir les loyers à un niveau abordable en fonction de l'annexe sur les loyers de la Société d'habitation de la Saskatchewan pour toute la durée de la location.
 - ✓ Le revenu annuel du ménage doit être inférieur ou égal aux limites de revenu établies par la Société d'habitation de la Saskatchewan.

Pour recevoir une aide financière du programme de supplément pour logement locatif de la Saskatchewan

Le supplément pour logement locatif de la Saskatchewan (SRHS) compte deux prestations :

- la Family Rental Housing Supplement (supplément pour logement locatif familial) :
 - ✓ les familles ayant des enfants de moins de 18 ans sont admissibles;
 - ✓ la taille de la famille, l'emplacement, le loyer et le revenu du ménage déterminent le montant du supplément;
 - ✓ les propriétés admissibles doivent satisfaire à des exigences précises en matière de santé et de sécurité;
- la Disability Rental Housing Supplement (supplément pour logement locatif en raison d'une invalidité) :
 - ✓ les familles, les personnes seules et les couples sont admissibles;
 - ✓ le supplément dépend de la présence d'un membre de la famille ayant une invalidité qui produit un effet reconnu sur le logement;
 - ✓ les services d'aide qui atténuent l'incidence de l'invalidité sur le logement doivent être en place au moment de la demande.

Pour profiter du programme de répit

Les parents ou les tuteurs doivent être des résidents de la Saskatchewan et avoir dans leur résidence familiale un enfant qui a moins de 18 ans, qui remplit le mandat de la Community Living Service Delivery (prestations de services à la vie communautaire) et qui a été accepté pour la prestation de services par la Direction générale.

Montant versé

Programme CDS

Le montant du financement disponible dépend de ce qui suit :

- le niveau de l'évaluation du soutien à la vie quotidienne du demandeur;
- le revenu familial (ou de la personne de plus de 18 ans) indiqué sur l'avis d'évaluation (ligne 236);
- votre besoin insatisfait.

Votre demande devrait indiquer le **montant nécessaire pour faire fonctionner votre plan**, et ce, même si ce montant est supérieur à celui auquel vous avez droit. Pour les familles qui se situent entre les deux points de revenu dans le tableau, il existe une formule qui ajuste le montant auquel vous êtes admissible. Le nombre de personnes de l'unité familiale ayant une invalidité a aussi une incidence sur cette formule. Consultez le tableau sur les paramètres de financement de la CDS.

Paramètres de financement souples pour les déficiences cognitives									
	Niveau de l'évaluation du soutien à la vie quotidienne								
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
	Prestations annuelles et niveaux de revenu								
Financement mensuel maximal	135 \$	237 \$	341 \$	498 \$	617 \$	778 \$	938 \$	1 099 \$	1 260 \$
Annuel	1 620 \$	2 844 \$	4 092 \$	5 976 \$	7 404 \$	9 336 \$	11 256 \$	13 188 \$	15 120 \$
Le financement commence à diminuer pour des revenus familiaux annuels de :	21 816 \$	25 261 \$	28 706 \$	32 150 \$	35 595 \$	39 040 \$	42 485 \$	45 929 \$	49 373 \$
Le financement s'arrête pour des revenus familiaux annuels de :	30 345 \$	38 445 \$	46 645 \$	57 495 \$	66 445 \$	77 495 \$	88 495 \$	99 545 \$	112 374 \$

Le financement souple de la CDS peut être versé pour un régime spécial quand ce régime est relié directement à la déficience cognitive ou s'il est autorisé par un diététiste, un nutritionniste ou tout autre professionnel de la santé qualifié. Le régime doit aussi être soutenu par des recherches dignes de confiance et fondées sur des éléments probants. La somme que versera la CDS pour un régime sans gluten, sans caséine ou sans gluten ni caséine ne peut pas dépasser les montants indiqués dans le tableau ci-dessous. D'autres régimes seront pris en considération au cas par cas. Les montants indiqués dans le tableau reposent sur la notion que toutes les familles ont la responsabilité de fournir un régime sain à leurs enfants. Le tableau reflète les coûts additionnels d'une alimentation sans caséine ni gluten comme l'a déterminé le ministère des Services sociaux.

Groupe d'âge	Montants provinciaux standards			Montants des régions sanitaires du Nord (Athabasca, Keewatin Yatte & Mamawetan Churchill)		
	Coûts mensuels additionnels pour un régime sans caséine	Coûts mensuels additionnels pour un régime sans gluten	Coûts mensuels additionnels pour un régime sans caséine ni gluten	Coûts mensuels additionnels pour un régime sans caséine	Coûts mensuels additionnels pour un régime sans gluten	Coûts mensuels additionnels pour un régime sans caséine ni gluten
1 à 3	28,52 \$	34,80 \$	63,32 \$	35,04 \$	39,11 \$	74,15 \$
4 à 8	34,24 \$	48,16 \$	82,40 \$	42,08 \$	54,16 \$	96,24 \$
9 à 13	41,36 \$	64,18 \$	105,54 \$	50,82 \$	72,12 \$	122,94 \$
14 à 18	42,78 \$	78,26 \$	121,04 \$	52,58 \$	87,99 \$	140,57 \$
19 ou plus	27,10 \$	87,27 \$	114,37 \$	33,30 \$	98,16 \$	131,46 \$

Au sujet du programme de logement pour personnes handicapées

Un prêt-subvention d'un maximum de 23 000 \$. Le propriétaire du bien est responsable de tous les coûts supérieurs au montant approuvé.

Au sujet du programme de supplément pour logement locatif

Le montant de la prestation du SRHS pour un mois à laquelle un client pourrait être admissible correspond au montant déterminé par le ministre en fonction de la composition de l'unité familiale admissible du client, de la catégorie du client, du revenu de l'unité familiale et de la réception ou non du Saskatchewan Assistance Program (programme d'aide de la Saskatchewan) ou de la Transitional Employment Allowance (indemnité d'emploi transitionnelle) par l'un des membres de l'unité familiale admissible.

Au sujet du programme de répit

Les prestations sont déterminées au cas par cas en fonction des renseignements contenus dans les évaluations réalisées et des données sur le revenu de chaque famille.

Critères médicaux

Programme CDS : Demande de l'évaluation du soutien à la vie quotidienne

Contrôles des demandes

Programme CDS : Les comités des déficiences cognitives qui sont formés de représentants des organisations suivantes.

Les membres des comités des déficiences cognitives examineront les renseignements propres à leur organisation seulement afin de déterminer si quelqu'un de leur organisation joue un rôle auprès de la personne visée ET et d'aider à établir si la personne visée remplit les critères de la stratégie sur les déficiences cognitives.

Programme de logement des personnes handicapées : Les modifications requises doivent être établies par un professionnel de la santé qualifié.

Organisme responsable

Tous les autres programmes : Ministère des Services sociaux de la Saskatchewan

Logement des personnes handicapées : Société d'habitation de la Saskatchewan (SHS)

**Interprétation du handicap (processus de production du handicap [PPH];
Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])**

Les critères médicaux ont été développés sans utiliser le PPH ou la CIF.

Finlande

Noms des programmes

- Indemnité pour invalidité (Disability Allowance)
- Indemnité pour soins spéciaux (Special Care Allowance)

Objectifs des programmes

- Les prestations d'invalidité ont pour but de renforcer l'autonomie et la qualité de vie des personnes ayant des invalidités ou des maladies de longue durée.
- L'indemnité pour soins spéciaux offre une indemnisation pour la perte de revenu durant des périodes où une personne est totalement incapable de travailler, d'exploiter une entreprise ou d'étudier à temps plein en raison de l'apparition subite ou de l'aggravation de la maladie de son enfant.

Conditions d'admissibilité

- Les enfants de moins de 16 ans peuvent recevoir une indemnité pour invalidité s'ils ont une maladie ou une blessure nécessitant des soins ou une réadaptation qui durera au moins six mois, qui impose un fardeau particulier et qui exige un engagement plus important que les soins prodigués à un enfant non handicapé du même âge.
- Pour être admissible à l'indemnité pour soins spéciaux, une personne doit :
 - ✓ soit participer au traitement ou à la réadaptation de son enfant de moins sept ans à l'hôpital, en consultation externe ou dans le cadre d'un cours de formation sur l'adaptation ou la réadaptation;
 - ✓ soit participer au traitement ou à la réadaptation de son enfant de 7 à 15 ans, gravement malade, à l'hôpital ou en consultation externe;
 - ✓ soit s'occuper de son enfant de moins de 16 ans, gravement malade, à domicile dans le cadre d'un plan de traitement à l'hôpital ou en consultation externe.

Montant versé

Indemnité pour invalidité

L'indemnité pour invalidité pour les personnes de moins de 16 ans est payable en fonction de trois taux :

Taux de base (92,88 € par mois)

L'indemnité pour invalidité au taux de base est payable pour un enfant qui, en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, a besoin de traitements ou de réadaptation au moins une fois par semaine, imposant ainsi un fardeau supplémentaire sur la famille pendant au moins six mois.

Taux moyen (216,73 € par mois)

L'indemnité pour invalidité est versée au taux moyen si le traitement ou la réadaptation de l'enfant impose un fardeau quotidien considérable pendant au moins six mois.

Taux élevé (420,26 € par mois)

L'indemnité pour invalidité est versée au taux élevé si le traitement ou la réadaptation de l'enfant impose un fardeau extrême sur la famille de façon ininterrompue pendant au moins six mois.

Indemnité pour soins spéciaux

Une indemnité pour soins informels peut être accordée en fonction des besoins en soins temporaires et à long terme. L'admissibilité est fondée sur le besoin plutôt que sur un examen des ressources. Une entente sur les soins informels requis est conclue entre le soignant informel et le responsable local, et un plan de soins et de service est joint à cette entente. L'indemnité pour soins minimale prescrite par la loi en 2011 était de 353,62 € par mois. Si le soignant informel ne peut pas travailler temporairement durant une période de transition difficile relativement aux soins définis,

l'indemnité minimale augmente à 707,24 € par mois, sous réserve de certaines conditions liées au revenu. La loi établit le cadre de base du calcul de l'indemnité, et les municipalités fixent, à leur discrétion, les niveaux spécifiques en fonction des paramètres définis. Les budgets municipaux peuvent être insuffisants pour répondre à la demande.

Critères médicaux

Un diagnostic médical démontre l'état pathologique. Le niveau de soins requis constitue la base de l'évaluation. Par conséquent, le montant de l'indemnité pour invalidité dépend du fardeau qu'impose la maladie ou l'invalidité sur la famille et du niveau d'engagement requis. L'indemnité pour invalidité est versée à un taux majoré si les soins quotidiens de l'enfant sont exigeants et prennent beaucoup de temps. Le troisième taux, le plus élevé, de l'indemnité pour invalidité est destiné aux enfants ayant besoin de soins ininterrompus. Dans le cadre de l'évaluation, Kela détermine les heures supplémentaires requises pour prendre soin de l'enfant. Cette évaluation inclut les besoins de transport (par exemple, l'aller et le retour pour la réadaptation), la préparation du régime ou des médicaments de l'enfant, l'utilisation du langage des signes ou de toute autre forme de communication, etc. Kela n'utilise pas des heures ou des pourcentages spécifiques dans l'évaluation pour déterminer l'ampleur des soins dont a besoin l'enfant. La loi sur les prestations d'invalidité et le propre guide de Kela fait mention de besoins « quotidiens », « hebdomadaires » ou « ininterrompus ». Les lignes directrices de Kela ne définissent pas ces termes plus précisément (avec des pourcentages ou des limites pour les heures). Au moment de l'évaluation globale des circonstances personnelles de l'enfant, les responsables de Kela estiment que des définitions générales (quotidien, hebdomadaire et ininterrompu) leur accordent une plus grande liberté pour faire leur évaluation.

Certains états sont considérés comme étant relativement uniformes sur le plan des soins et de l'aide qu'ils exigent, du fardeau qu'ils imposent et du niveau d'engagement qu'ils demandent. Les maladies et les besoins spéciaux qui s'y rapportent sont définis dans les lignes directrices administratives mises en application par Kela. Ces maladies comprennent les cardiopathies, les déficiences visuelles et auditives, les infirmités motrices cérébrales, l'épilepsie et les maladies mentales. Toutefois, même si les lignes directrices comprennent des exemples sur la façon d'évaluer ces maladies ou ces invalidités, la décision est toujours fondée sur l'évaluation globale de la situation de l'enfant, et les responsables de Kela estiment donc qu'il est très important de considérer les circonstances personnelles de l'enfant.

Il faut joindre un certificat médical ou la déclaration d'un médecin (formulaire C) au formulaire B de la demande. Le certificat médical ou la déclaration présentent l'aspect médical, et le formulaire de demande contient des renseignements sur la situation dans la famille et les besoins en soins. Des questions du formulaire B de la demande portent sur les circonstances réelles de la famille. Ces questions concernent les soins de jour (leur organisation), l'école (type d'aide requis durant les cours, etc.) et la réadaptation (type et fréquence) de l'enfant). Il y a aussi des questions sur les actions, les mesures, les inconvénients et le travail supplémentaire requis pour s'occuper de l'enfant malade ou handicapé. Le formulaire offre assez d'espace au demandeur pour donner des réponses précises et détaillées sur le temps qui requiert les différentes mesures ou actions.

Contrôles des demandes

Indemnité pour invalidité

Les évaluations sont faites par des responsables de Kela. Certains d'entre eux ont des compétences médicales (p. ex., infirmière). Kela emploie aussi des médecins pour les aider à effectuer les évaluations. Kela estime que le formulaire B de la demande devrait lui donner tous les renseignements nécessaires sur la situation à domicile et que le certificat médical (C) et les autres preuves médicales devraient établir le contexte médical. Le personnel de Kela compare et combine les renseignements tirés des deux formulaires.

L'indemnité pour invalidité peut être versée à partir du mois suivant le moment où l'enfant peut y avoir droit. Elle peut être versée de façon rétroactive, mais au maximum pour les six mois précédant la date de la demande. L'indemnité est versée jusqu'au 16^e anniversaire de l'enfant.

Indemnité pour soins spéciaux

Une entente sur les soins informels requis est conclue entre le soignant informel et le responsable local, et un plan de soins et de service est joint à cette entente.

Organisme responsable

L'Institution d'assurance sociale (Kela) est responsable de la formation professionnelle des personnes handicapées, de leur sécurité du revenu et de la réadaptation médicale des personnes lourdement handicapées. Les personnes handicapées et leurs organisations contribuent à l'élaboration des politiques par l'entremise du Conseil national sur l'invalidité (National Council on Disability) du ministère des Affaires sociales et de la Santé. À l'échelle locale, l'administration et les ONG entretiennent des liens avec les conseils municipaux.

Les autorités locales peuvent verser une indemnité pour soins informels aux membres d'une famille qui s'occupent d'un enfant malade ou handicapé. L'indemnité pour soins informels est un service social officiel prévu par la loi, financé par les autorités locales et soutenu par des subventions du gouvernement central.

Interprétation de l'invalidité (Processus de production du handicap [PPH], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

Les renseignements médicaux renferment des diagnostics sur la classification médicale du CIM-10 et aussi certains cas du CIF. On utilise également les « lignes directrices actuelles sur les soins » de la Finnish Medical Society Duodecim (<http://www.kaypahoito.fi/web/english/home>) et l'[International Guideline Library](#).

Grand-Duché de Luxembourg

Nom du programme

Allocation spéciale supplémentaire pour enfant handicapé

Objectifs du programme

Contribuer aux charges supplémentaires résultant du handicap.

Conditions d'admissibilité

Pour recevoir l'allocation spéciale supplémentaire, l'enfant (incluant les enfants adoptifs ou naturels reconnus) doit satisfaire aux conditions ci-dessous.

- Être bénéficiaire de l'allocation familiale :
 - ✓ Être âgé de moins de 18 ans;
 - ✓ Être domicilié au Luxembourg (ce qui présuppose que ses parents ou la personne qui l'a recueilli y soient légalement domiciliés selon les lois du Grand-Duché);
 - ✓ Résider au Luxembourg de façon effective et continue (sans interruption totale de plus de trois mois dans l'année ou être membre d'une famille qui, tout en conservant son domicile légal au Luxembourg, réside temporairement à l'étranger). Il existe quelques dérogations quant à la résidence :
 - Une dispense de la condition de résidence peut être accordée à titre exceptionnel et individuel, pour autant que la condition de domicile soit remplie.
 - Une dispense à la condition de domicile est possible si l'enfant est élevé au Luxembourg.
 - L'enfant élevé à l'étranger mais dont un parent travailler au Luxembourg (le montant versé par le Luxembourg tient toutefois compte de celui versé par le pays où réside l'enfant).
- Être atteint d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins 50 % de la capacité physique ou mentale d'un enfant ou adolescent sans besoins spéciaux du même âge.

Le droit aux allocations familiales est aussi maintenu jusqu'à l'âge de 27 ans pour la personne résidente ou non résidente atteinte depuis sa minorité d'un handicap d'au moins 50 % (à condition de ne pas toucher le revenu minimum pour personne handicapée ou toute autre prestation similaire) : cette dernière continue à bénéficier des allocations familiales et, le cas échéant, de l'allocation spéciale supplémentaire.

Montant versé

Entre 0 et 5 ans, le montant de l'allocation spéciale équivaut à la somme versée pour l'allocation familiale d'un enfant unique : 185,60 euros en 2014.

Entre 6 et 11 ans, le montant de l'allocation spéciale équivaut à la somme versée pour l'allocation familiale d'un enfant unique majorée de 16,17 euros.

Si l'enfant a 12 ans et plus, le montant de l'allocation spéciale équivaut à la somme versée pour l'allocation familiale d'un enfant unique majorée de 48,52 euros.

Une rétroactivité d'un an est possible, mais la demande doit être reçue avant que l'enfant n'atteigne 18 ans.

Critères médicaux

Ils ne sont pas disponibles, car c'est le médecin traitant qui atteste que l'enfant répond à la définition d'enfant handicapé (pourcentage du handicap).

Contrôle des demandes

Aucun personnel médical n'effectue de vérification. C'est le médecin traitant qui certifie que l'enfant est atteint d'un handicap d'au moins 50 % par rapport à la capacité physique ou mentale d'un enfant ou d'un adolescent sans besoins spéciaux du même âge.

Organisme responsable

Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région

Interprétation du handicap (processus de production du handicap [PPH]; Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

L'acceptation est basée uniquement sur des critères biomédicaux, on ne tient pas compte des obstacles que l'enfant rencontre dans sa vie quotidienne ni des contraintes que rencontre la famille.

Aucun recours au PPH ou au CIF afin de déterminer si l'enfant a droit à l'allocation spéciale.

Hong Kong

Noms des programmes

- Indemnité ordinaire pour invalidité (Normal Disability Allowance [NDA])
- Indemnité élevée pour invalidité (Higher Disability Allowance [HDA])

Objectifs des programmes

Verser une indemnité mensuelle à un enfant lourdement handicapé pour répondre à ses besoins spéciaux découlant de l'invalidité.

Conditions d'admissibilité

Ces deux programmes font partie du régime d'indemnité de sécurité sociale (Social Security Allowance Scheme). Ils sont conçus pour verser une indemnité mensuelle aux résidents de Hong Kong qui sont lourdement handicapés afin de répondre à leurs besoins spéciaux découlant de l'invalidité.

Pour recevoir la NDA, l'enfant doit :

- avoir moins de 18 ans;
- habiter à Hong Kong;
- ne pas recevoir d'autres indemnités dans le cadre du régime d'indemnité de sécurité sociale ou d'aide du régime complet d'aide de sécurité sociale (Comprehensive Social Security Assistance Scheme);
- obtenir une attestation du directeur de la santé, du premier dirigeant ou de l'administration hospitalière (ou, dans certaines circonstances exceptionnelles, d'un médecin praticien autorisé d'un hôpital privé) qui mentionne l'existence d'une invalidité grave ou d'une affection entraînant une incapacité qui durera au moins six mois.

Pour recevoir la HDA, l'enfant doit :

- satisfaire aux critères d'admissibilité de la NDA;
- obtenir une attestation du directeur de la santé, du premier dirigeant ou de l'administration hospitalière (ou, dans certaines circonstances exceptionnelles, d'un médecin praticien autorisé d'un hôpital privé) qui mentionne le besoin de la présence constante d'autres personnes dans la vie quotidienne et que l'enfant ne reçoit pas de soins dans une institution résidentielle subventionnée par le gouvernement, dans les institutions ou les hôpitaux publics sous la responsabilité de l'administration hospitalière ou dans le pensionnat d'une école spéciale régie par le Bureau de l'éducation (Education Bureau).

Si l'enfant reçoit des soins dans un établissement résidentiel subventionné par le gouvernement, dans les institutions ou les hôpitaux publics sous la responsabilité de l'administration hospitalière ou dans le pensionnat d'une école spéciale régie par le Bureau de l'éducation, il ne recevra que la NDA.

On considère qu'un enfant est lourdement handicapé selon la définition du régime s'il détient une attestation indiquant qu'il fait partie de l'une des catégories suivantes :

- Affection physique entraînant une incapacité ou une cécité.
 - ✓ Cela signifie qu'une personne se trouve dans une situation essentiellement équivalente à celle d'une personne ayant perdu complètement sa capacité de gagner sa vie selon les critères du premier annexe de l'ordonnance d'indemnisation des employés (Employees' Compensation Ordinance) :
 - la perte de fonction de deux membres;
 - la perte de fonction des deux mains ou de tous les doigts et des deux pouces;
 - la perte de fonction de deux pieds;

- la perte complète de la vue;
 - une paralysie complète (quadriplégie);
 - une paraplégie;
 - une maladie, une blessure ou une difformité en raison d'un alitement;
 - tout autre état, y compris les maladies des viscères, entraînant une invalidité totale.
- État mental entraînant une incapacité
 - ✓ Cela signifie qu'une personne souffre d'un état mental qui entraîne un degré d'invalidité essentiellement équivalent à celles de la catégorie ci-dessus :
 - un trouble mental organique;
 - une déficience intellectuelle;
 - un trouble psychotique;
 - une névrose;
 - un trouble de la personnalité;
 - tout autre état entraînant une incapacité mentale complète.
- Surdité profonde
 - ✓ Cela signifie une personne atteinte de surdité de perception ou mixte ayant une perte auditive de 85 décibels ou plus dans la meilleure oreille pour les fréquences de sons purs de 500, 1 000 et 2 000 cycles par seconde, ou de 75 à 85 décibels avec d'autres handicaps physiques, comme une incapacité de parler ou distorsion de l'ouïe.

Il n'y a pas d'examen de l'état des revenus et des biens pour la NDA ou la HDA. Il s'agit de programmes non contributives.

Montant versé

Les indemnitis sont versées tous les mois    un taux fixe à l'enfant admissible. Les paiements dépendent de la date de réception de la demande par le ministère de l'Aide sociale ou de la date d'admissibilité, selon la date la plus récente.

   compter du 1^{er} février 2014, le montant de l'aide payable par mois pour l'indemniti   ordinaire pour invalidité et pour l'invalidité élevée pour invalidité sera respectivement de 1 510 \$HKG et de 3 020 \$HKG.

Critères médicaux

Dans le but d'assurer l'uniformité et l'objectivité de l'évaluation médicale, un médecin praticien effectuera les évaluations en consultant un « formulaire d'évaluation médicale » normalisé et une liste de contrôle médicale professionnelle. Le « formulaire d'évaluation médicale » établit les critères d'admissibilité pour la NDA, et la liste de contrôle est définie par l'administration hospitalière et le ministère de la Santé afin d'évaluer les invalidités. Les médecins praticiens évalueront le degré d'invalidité des demandeurs de la NDA en fonction des lignes directrices et des critères établis et à l'aide de leur savoir et de leur jugement professionnel.

Les critères du « formulaire d'évaluation médicale » sont décrits dans la section des critères d'admissibilité.

Si l'affection entraînant une incapacité du demandeur ne répond à aucun critère de la section sur les critères d'admissibilité, il faut faire une évaluation médicale pour déterminer si le demandeur est « lourdement handicapé » conformément à la définition du régime.

On considère qu'un demandeur se trouve dans une situation essentiellement équivalente à celle d'une personne ayant perdu complètement sa capacité de gagner sa vie et qu'il est admissible à la NDA si sa déficience physique ou mentale ou d'autres   tats pathologiques, y compris des maladies des viscères, ont entraîné une limitation importante ou un

manque de capacité ou de volonté pour effectuer les activités suivantes de la vie quotidienne dans une mesure où l'aide considérable d'autres personnes est nécessaire dans l'un des domaines suivants :

- occuper son emploi initial et accomplir tout autre travail pour lequel il est qualifié;
- s'occuper de ses soins personnels et de son hygiène, ce qui comprend manger, s'habiller, faire sa toilette et prendre son bain;
- conserver sa posture et son équilibre dynamique debout ou en position assise pour ses activités quotidiennes, effectuer un transfert à l'intérieur (du lit à une chaise, du plancher à une chaise, transfert pour aller aux toilettes), se rendre à la clinique, à l'école, à un endroit ou au travail;
- s'exprimer, communiquer et interagir avec d'autres, ce qui comprend parler, écrire et faire appel à des ressources sociales (communautaires), demander l'aide d'autres personnes et participer à des activités récréatives ou sociales.

Contrôles des demandes

La demande doit être déposée par un parent ou le tuteur de l'enfant. Dès la réception de la demande, un médecin prendra des dispositions afin d'interroger le parent de l'enfant. Il vérifiera les documents d'identité et de voyage de la famille. Il fera en sorte que le demandeur assiste à l'évaluation médicale menée par le directeur de la santé, le premier dirigeant ou l'administration hospitalière et il examinera les documents médicaux que devra produire le personnel médical ayant examiné l'enfant. Les médecins évalueront ensuite le degré d'invalidité de l'enfant et formuleront des recommandations pour le ministère de l'Aide sociale en se servant d'un « formulaire d'évaluation médicale » normalisé et d'une liste de contrôle professionnelle. Le formulaire d'évaluation médicale établit les critères d'admissibilité pour la NDA, et la liste de contrôle est définie par l'administration hospitalière et le ministère de la Santé afin d'évaluer les invalidités. À l'issue de l'enquête, on envoie une lettre d'avis officielle au demandeur.

Le ministère de l'Aide sociale effectue des appariements de données de façon périodique ou selon les besoins avec d'autres ministères, des banques et des organisations pour contre-vérifier les renseignements transmis par le parent de l'enfant.

Le ministère de l'Aide sociale étudie les cas pour déterminer l'admissibilité continue d'un prestataire et pour cerner les circonstances changeantes pouvant avoir une incidence sur le paiement de l'indemnité. Habituellement, aucun examen n'est requis dans les cas de NDA pour lequel on a attesté que le prestataire avait une invalidité permanente. Un cas de HAD pour lequel on a attesté que le prestataire avait une invalidité permanente fait l'objet d'un examen tous les trois ans.

Organisme responsable

Ministère de l'Aide sociale

Interprétation de l'invalidité (Processus de production du handicap [PPH], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

Le ministère de l'Aide sociale n'utilise pas le PPH ou la CIF pour établir les critères médicaux.

Israël

Noms du programme

Prestation pour enfant handicapé (Benefit for a Disabled Child)

Objectifs du programme

Alléger le fardeau financier imposé par l'invalidité d'un enfant et permettre à l'enfant de mener une vie normale, dans toute la mesure du possible, au sein de sa famille et de sa collectivité.

Conditions d'admissibilité

L'enfant doit :

- vivre en Israël. Les conditions spéciales suivantes s'appliquent si l'enfant n'habite plus en Israël :
 - ✓ si l'enfant avait droit à la prestation pour enfant handicapé pour au moins deux mois avant de quitter Israël, on peut verser la prestation pendant six mois;
 - ✓ si l'enfant se rend à l'étranger pour recevoir un traitement médical ou si ses parents sont affectés à l'étranger par leur employeur, on peut verser la prestation jusqu'à 24 mois suivant le départ de l'enfant, à la discrétion de l'Institut d'assurance nationale;
- être l'enfant d'une personne assurée qui cotise au régime d'assurance nationale;
- ne pas habiter dans une famille d'accueil ou une institution (la prestation peut être versée cependant si les parents défraient les coûts d'hébergement de l'enfant dans une institution);
- ne pas recevoir d'indemnité de mobilité, sauf s'il a été classé comme ayant une invalidité motrice à 80 % ou s'il exige ou utilise un fauteuil roulant (une famille ayant deux enfants handicapés ou plus peut être admissible à l'indemnité de mobilité et à la prestation pour enfant handicapé pour chaque enfant);
- avoir l'une des invalidités suivantes entre sa naissance et son 18^e anniversaire :
 - ✓ le syndrome de Down;
 - ✓ une perte auditive (une perte auditive d'au moins 45 décibels dans les fréquences vocales pour chaque oreille sans possibilité de correction ou une perte auditive de 40 à 44 décibels dans les fréquences vocales pour chaque oreille sans possibilité de correction et nécessitant des prothèses auditives permanentes);
- avoir de 91 jours à 18 ans et respecter les conditions suivantes :
 - ✓ l'enfant exige la présence continue d'une autre personne afin de prévenir des situations dangereuses pour lui-même ou d'autres ou il ne peut pas se trouver seul sans supervision, sauf pour de très courtes périodes, en raison d'incidents médicaux fréquents ou d'une maladie ou d'une invalidité grave;
 - ✓ l'enfant exige une supervision constante en raison de son invalidité, d'une maladie chronique, d'un problème de comportement ou d'un trouble de la compréhension; il ne peut pas être laissé seul sans supervision, même pour de courtes périodes; ou il a besoin de la présence d'une autre personne près de lui afin de prévenir des situations dangereuses pour lui-même ou d'autres, et ce, dans une mesure assez inhabituelle pour un enfant de son âge;
 - ✓ une perte de la vision (une vision inférieure à 6/60 pour chaque œil ou un champ de vision inférieur à 20° pour chaque œil avec correction);
 - ✓ un trouble psychotique;
 - ✓ un trouble du spectre de l'autisme;
 - ✓ une invalidité spéciale des membres (bras et jambes);

- ✓ l'enfant requiert un traitement médical spécial à une fréquence déterminée par la réglementation;
- avoir de 91 jours à 3 ans et avoir un grave retard du développement. L'enfant n'exécute pas la plupart des actions et des mouvements avec sa tête, ses membres et son dos, actions et mouvements que la plupart des enfants de son âge peuvent faire;
- avoir de 3 à 18 ans et respecter les conditions suivantes :
 - ✓ l'enfant a besoin de beaucoup plus d'aide pour accomplir des activités courantes que d'autres enfants du même âge (s'habiller, manger, prendre son bain, se déplacer dans la maison et maîtriser les fonctions physiologiques);
 - ✓ l'enfant a besoin d'aide pour communiquer en raison d'une absence totale de communication verbale.

Quand un enfant est admissible à la prestation pour enfant handicapé, il peut aussi recevoir une carte pour personne handicapée. En vertu du règlement sur l'égalité des droits pour les personnes handicapées (accessibilité des services) de 2013, les personnes (adultes ou enfants) ayant une invalidité, ce qui comprend l'autisme, n'ont pas à faire la file pour obtenir des services ou à payer pour un accompagnateur.

Liste des traitements spéciaux et de leurs fréquences

- Un enfant qui a besoin d'une infusion intraveineuse pour l'un des éléments suivants au moins une fois par mois : sang, produits sanguins, succédanés du sang, antibiotiques et autres infusions pour un traitement ininterrompu.
- Un enfant qui reçoit des traitements de dialyse réguliers ou qui a besoin d'un cathétérisme vésical régulièrement (au moins deux fois par jour).
- Un enfant qui reçoit des traitements immunosuppresseurs quotidiens réguliers à la suite d'une transplantation d'organe ou de moelle osseuse, et ce, pour une période maximale de trois ans à compter de la date de la transplantation.
- Un enfant qui a besoin d'une infusion intraveineuse de préparations cytotoxiques au moins une fois par mois ou qui reçoit des traitements par rayonnement ionisant avant et après l'excision chirurgicale d'une masse maligne, pendant la période de traitement et les six mois qui suivent ainsi que la période durant laquelle l'enfant souffre d'une maladie secondaire constante et grave en raison du traitement ci-dessus.
- Un enfant qui a besoin d'alimentation par voie intraveineuse ou sonde naso-gastrique ou dont l'alimentation dure au moins une heure chaque fois en raison d'un état physique grave.
- Un enfant qui, du fait d'une invalidité physique grave, a subi une gastrostomie, une déficience, une colostomie, une iléostomie, une jéjunostomie ou une urostomie depuis au moins un an. Un enfant qui reçoit un traitement avec de l'oxygène durant la majeure partie de la journée ou qui a une trachéotomie.
- Un enfant qui, depuis au moins six mois, a besoin régulièrement de trois des sept traitements suivants en raison d'une maladie ou de quatre des sept traitements suivants en raison de deux maladies ou plus :
- Un traitement avec des inhalateurs ou des tubulures.
- Un enfant qui a besoin d'un traitement ou de supervision à cause de fractures pathologiques ou d'infections chroniques grave des os pour lesquelles la physiothérapie ou toute autre thérapie de réadaptation est interdite.
- Un enfant qui, suivant les directives d'un médecin, a besoin d'analyses sanguines impossibles à faire à domicile, et ce, au moins une fois par semaine pendant au moins six mois.
- Un enfant qui doit subir un traitement spécial du fait d'une maladie ou d'un syndrome rare ou grave (un cas sur 100 000) imposant un fardeau extrêmement lourd sur sa famille, traitement requis par le directeur des services médicaux d'une institution ou un pédiatre principal désigné à cette fin.

- Un enfant qui a un besoin irrépressible de manger et qui cherche toujours de la nourriture de façon compulsive, sans égard à la qualité de la nourriture, en raison d'une déficience chromosomique démontrée (comme le syndrome de Prader-Willi).
- Un enfant qui a besoin d'utiliser en permanence un appareil en raison d'un dysfonctionnement des membres ou d'une absence de membres ou qui a de grandes difficultés, comparativement à d'autres enfants de son groupe d'âge, à accomplir des actions comme se tenir debout, marcher, tenir des objets et manger du fait d'un dysfonctionnement des membres (habituellement un enfant atteint de paralysie cérébrale).
- Un enfant qui a régulièrement besoin d'analyses sanguines, soit au moins deux fois par jour durant la première année de sa maladie, ou un enfant dont la vie est en péril en raison d'une situation non équilibrée et qui n'a pas la capacité d'identifier les signes avant-coureurs de cette situation dangereuse (ex. : diabète).

Montant versé

Le montant de la prestation correspond à un pourcentage de la pension d'invalidité complète pour une personne seule (2 189 NIS en 2014). Il varie selon le type d'invalidité et si l'enfant fréquente une école ou s'il a besoin d'une thérapie du développement.

- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui dépend complètement des autres, qui a de 3 à 18 ans, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui dépend complètement des autres, qui a de 3 à 14 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 2 627 NIS pour un enfant qui dépend complètement des autres, qui a de 14 à 18 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 657 NIS pour un enfant qui a besoin de beaucoup d'aide, qui a de 3 à 18 ans, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 1 095 NIS pour un enfant qui a besoin de beaucoup d'aide, qui a de 3 à 14 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 2 627 NIS pour un enfant qui a besoin de beaucoup d'aide, qui a de 14 à 18 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 657 NIS pour un enfant qui a besoin de beaucoup d'aide, qui a de 14 à 18 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 657 NIS pour un enfant qui a besoin de supervision, qui a de 91 jours à 18 ans, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 1 095 NIS pour un enfant qui a besoin de supervision, qui a de 91 jours à 14 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 1 533 NIS pour un enfant qui a besoin de supervision, qui a de 14 à 18 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 657 NIS, de la naissance à 18 ans, pour un enfant qui a le syndrome de Down, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 1 095 NIS, de la naissance à 14 ans, pour un enfant qui a le syndrome de Down, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 1 533 NIS pour un enfant qui a le syndrome de Down, qui a de 14 à 18 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 1 095 NIS, de la naissance à 18 ans, pour un enfant qui a une perte auditive, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.

- La prestation est de 1 751 NIS, de la naissance à 18 ans, pour un enfant qui a une perte auditive, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 1 095 NIS pour un enfant qui a une perte de la vision, qui a de 91 jours à 3 ans, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui a une perte de la vision, qui a 3 à 18 ans, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui a une perte de la vision, qui a de 91 jours à 18 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 1 095 NIS pour un enfant qui a un retard du développement, qui a de 91 jours à 3 ans, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui a un retard du développement, qui a de 91 jours à 3 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui a un trouble psychotique ou un trouble du spectre de l'autisme, qui a de 91 jours à 18 ans, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui a un trouble psychotique ou un trouble du spectre de l'autisme, qui a de 91 jours à 14 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 2 627 NIS pour un enfant qui a un trouble psychotique ou un trouble du spectre de l'autisme, qui a de 14 à 18 ans, qui fréquente une école ou qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui a besoin d'un traitement médical spécial (infusion intraveineuse par mois, dialyse ou cathétérisme vésical, traitement immunosuppresseur pour des transplantations) et qui a de 91 jours à 18 ans.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui a besoin d'un traitement médical spécial (préparations cytotoxiques, alimentation par voie intraveineuse, traitement avec de l'oxygène, traitement pour des fractures, infections chroniques aux os, analyses sanguines hebdomadaires à l'extérieur du domicile, tests pour un syndrome rare ou difficile), qui a de 91 jours à 18 ans, qui ne fréquente pas une école et qui n'a pas commencé de thérapie du développement.
- La prestation est de 2 627 NIS pour un enfant qui a besoin d'un traitement médical spécial (préparations cytotoxiques, alimentation par voie intraveineuse, traitement avec de l'oxygène, traitement pour des fractures, infections chroniques aux os, analyses sanguines hebdomadaires à l'extérieur du domicile, tests pour un syndrome rare ou difficile), qui a de 91 jours à 14 ans, qui fréquente une école et qui a commencé une thérapie du développement.
- La prestation est de 1 751 NIS pour un enfant qui a besoin d'un traitement médical spécial (préparations cytotoxiques, alimentation par voie intraveineuse, traitement avec de l'oxygène, traitement pour des fractures, infections chroniques aux os, analyses sanguines hebdomadaires à l'extérieur du domicile, tests pour un syndrome rare ou difficile), qui a de 14 à 18 ans, qui fréquente une école et qui a commencé une thérapie du développement.

En 2012, tous les enfants ont droit à une majoration pour études, même s'ils ne font pas des études régulières en réalité, puisque l'Institut d'assurance nationale a constaté que 90 % des enfants faisaient des études régulières et que ceux qui n'en faisaient pas avaient connu une détérioration de leur état pathologique; il n'y avait donc aucune raison d'établir une discrimination contre ces derniers.

La période de paiement rétroactive maximale est d'un an.

Un enfant qui a droit à des prestations pour plus d'une invalidité reçoit la prestation se rapportant à l'invalidité lui permettant d'obtenir le montant le plus élevé.

Critères médicaux

La prestation pour enfant handicapé est versée en Israël depuis 1981. Depuis ce temps, deux comités ont étudié la question, l'un en 1998 et l'autre en 2010, ce qui a mené à la mise en œuvre de réformes importantes.

Pour déterminer les conditions d'admissibilité à la prestation, on tient compte de la charge de soins imposée aux parents par leur enfant handicapé.

Une fois les conditions d'admissibilité établies, on ne considère pas la charge de soins de chaque enfant visé par une demande de prestation pour déterminer le droit à la prestation.

Toutefois, il existe deux situations spéciales dans ce contexte :

- les enfants ayant besoin de supervision ou de la présence d'autres personnes afin de prévenir des dangers pour eux-mêmes ou d'autres. Habituellement, ces enfants n'entrent pas dans la catégorie d'autres motifs d'admissibilité (ils représentent 16 % des enfants ayant droit à la prestation);
- les enfants qui dépendent complètement de l'aide d'autres personnes, comme le détermine l'échelle de Katz (AVQ). Il s'agit d'enfants dont l'état est grave comparativement à d'autres enfants ayant la même maladie (ils représentent 13 % des enfants ayant droit à la prestation).

Le taux de la prestation est déterminé à l'avance, et chaque motif d'admissibilité a un taux fixe et uniforme, conformément à l'échelle établie et recommandée par le comité ayant examiné la question.

Contrôles des demandes

Un parent de l'enfant doit présenter un formulaire de demande de prestation pour enfant handicapé et y joindre tous les documents médicaux requis. Le cas est ensuite soumis à un comité médical (habituellement, la présence de l'enfant est requise) en fonction du respect ou non des critères médicaux.

La décision relative à la détermination du droit à la prestation est prise exclusivement par un pédiatre à l'emploi de l'Institut d'assurance nationale. Il prend sa décision habituellement après avoir examiné l'enfant. Dans certains cas, s'il estime qu'un tel examen n'est pas essentiel, il peut prendre sa décision en fonction des documents médicaux seulement.

Organisme responsable

Institut d'assurance nationale

Interprétation de l'invalidité (Processus de production du handicap [PPH], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

Au moment de l'élaboration de ces critères, on a eu recours à la CIF, parmi d'autres classifications internationales. Toutefois, depuis l'achèvement des critères, l'Institut d'assurance nationale ne fonde pas ses décisions quant à l'admissibilité d'un enfant à la prestation sur la CIF.

Nouvelle-Zélande

Noms des programmes

- Indemnité pour enfant handicapé (Child Disability Allowance [CDA])
- Aide pour invalidité (Disability Assistance)
- Subvention pour la garde d'enfants (Childcare Subsidy)

Objectifs des programmes

Reconnaître l'attention et les soins supplémentaires requis pour un enfant handicapé.

Conditions d'admissibilité

L'**indemnité pour enfant handicapé (CDA)** est versée au soignant principal d'un enfant ou d'une jeune personne ayant une invalidité grave en reconnaissance des soins supplémentaires dont a besoin l'enfant. La CDA est une reconnaissance financière pour un enfant ayant une invalidité grave et elle est évaluée en fonction de l'attention et des soins supplémentaires que doit donner le soignant principal.

Critères d'admissibilité de l'indemnité pour enfant handicapé

Le soignant ou le client doit :

- habituellement avoir 16 ans ou plus;
- être le soignant principal d'un enfant à charge ayant une invalidité (ou, s'il n'y a pas de soignant principal, avoir la garde et la surveillance de l'enfant pour le moment);
- être citoyen ou résident permanent de la Nouvelle-Zélande (p. ex., ne pas se trouver illégalement en Nouvelle-Zélande ou en raison de l'obtention d'un visa d'entrée temporaire ou d'un permis temporaire);
- en général, résider en Nouvelle-Zélande.

En outre, l'enfant doit :

- en général résider en Nouvelle-Zélande;
- être un enfant à charge (jusqu'à l'âge de 18 ans);
- avoir une déficience physique, sensorielle, psychiatrique ou intellectuelle;
- avoir constamment besoin d'attention et de soins en raison de l'invalidité;
- avoir probablement besoin de soins en permanence ou pour plus de 12 mois;
- respecter les conditions de logements obligatoires.

Il n'y a pas d'examen de l'état des revenus et des biens pour la CDA.

L'**aide pour invalidité** est destinée aux personnes handicapées qui ont besoin d'aide pour accomplir des tâches quotidiennes ou de soins médicaux constants. Elle offre de l'aide pour des choses comme les visites régulières chez le médecin, les médicaments, les alarmes médicales, les vêtements supplémentaires ou les déplacements s'ils découlent de votre invalidité.

Vous pourrez recevoir l'aide pour invalidité et l'indemnité pour enfant handicapé, et ce, pour le même enfant. Vous ne pouvez toutefois pas recevoir cette indemnité si l'enfant reçoit déjà une prestation (à l'exception de la prestation pour orphelin ou enfant sans soutien [Orphan's or Unsupported Child's Benefit]).

Critères d'admissibilité de l'aide pour invalidité

- Être citoyen ou résident permanent de la Nouvelle-Zélande et y vivre habituellement.
- Avoir une invalidité qui devrait durer au moins six mois.
- Avoir besoin d'aide ou de soins médicaux constants.

Si l'enfant est admissible à la DCA, il est aussi admissible à l'aide pour invalidité.

Un parent devra présenter des preuves des coûts supplémentaires défrayés pour un enfant handicapé (reçus ou factures indiquant la date, le coût et la raison de la visite médicale, facture d'électricité pour le chauffage, etc.).

Il n'y a pas d'examen de l'état des revenus et des biens pour l'aide pour invalidité.

Si vous êtes	Votre revenu hebdomadaire avant impôt doit être inférieur à
Célibataire de 16 ou 17 ans sans enfant	516,13 \$
Célibataire de 18 ans ou plus sans enfant à charge	607,36 \$
Marié, uni civilement ou conjoint de fait avec ou sans enfant	900,57 \$
Parent seul avec un enfant à charge	719,82 \$
Tout autre parent seul	758,39 \$

La **subvention pour la garde d'enfants** est destinée aux enfants d'âge préscolaire, soit de moins de cinq ans (ou de moins de six ans s'il reçoit l'indemnité pour enfant handicapé pour eux) qui sont inscrits à un programme de la petite enfance approuvé. Un parent peut recevoir l'aide d'un service de garde subventionné de 9 à 50 heures par semaine.

Critères d'admissibilité de la subvention pour la garde d'enfants jusqu'à neuf heures par semaine

- Avoir moins de cinq ans, avoir moins de six ans et être admissible à la DCA ou avoir moins de cinq ans et ne pas fréquenter d'école encore (la subvention pour la garde d'enfants est payable pour quatre semaines après le cinquième anniversaire de l'enfant).
- Être inscrit à un programme de la petite enfance au moins trois heures par semaine.
- Avoir constamment besoin d'attention et de soins en raison d'une invalidité.
- Réussir l'examen de l'état des revenus.
- Être le soignant principal d'un enfant à charge.

En plus des conditions d'admissibilité de la subvention pour la garde d'enfant, des clients peuvent avoir droit à des services de garde pour un nombre maximal de 50 heures par semaine dans les cas suivants :

- soit ils occupent un emploi rémunéré (ce qui comprend un emploi à temps plein, à temps partiel, temporaire ou occasionnel);
- soit ils sont inscrits à un cours de formation lié à l'emploi offert par une prestataire de cours approuvé par l'instance chargée des compétences en Nouvelle-Zélande (New Zealand Qualifications Authority);
- soit ils participent à une activité pour améliorer leur employabilité;
- soit ils sont inscrits à un cours dans une école secondaire ou un établissement d'enseignement supérieur;
- soit ils sont temporairement incapables de continuer à travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure;
- soit ils participent à un programme de réadaptation autorisé;
- soit ils sont des soignants ayant une maladie ou une invalidité grave;

- soit ils reçoivent une indemnité pour enfant handicapé pour un enfant ou un frère ou une sœur;
- soit ils sont les soignants principaux d'un frère ou d'une sœur qui se trouve à l'hôpital.

Montant versé

La CDA est un montant hebdomadaire non imposable à un taux de 46,25 \$ en 2014.

L'aide pour invalidité est un montant hebdomadaire à un taux de 61,38 \$.

Taux de la subvention pour la garde d'enfant

La subvention pour la garde d'enfants est habituellement versée pour un nombre de neuf heures de garde par semaine. Dans certaines situations, vous pourriez obtenir jusqu'à 50 heures par semaine.

Nombre d'enfants	Revenu hebdomadaire brut	Subvention pour la garde d'enfant (par heure, par enfant)	Subvention pour la garde d'enfant (par semaine, par enfant pour 50 heures)
1	Moins de 1 200,00 \$	3,98 \$	199,00 \$
	1 200,00 \$ à 1 299,99 \$	2,78 \$	139,00 \$
	1 300,00 \$ à 1 399,99 \$	1,54 \$	77,00 \$
	1 400,00 \$ ou plus	Néant	Néant
2	Moins de 1 380,00 \$	3,98 \$	199,00 \$
	1 380,00 \$ à 1 489,99 \$	2,78 \$	139,00 \$
	1 490,00 \$ à 1 599,99 \$	1,54 \$	77,00 \$
	1 600,00 \$ ou plus	Néant	Néant
3 ou plus	Moins de 1 540,00 \$	3,98 \$	199,00 \$
	1 540,00 \$ à 1 669,99 \$	2,78 \$	139,00 \$
	1 670,00 \$ à 1 799,99 \$	1,54 \$	77,00 \$
	1 800,00 \$ ou plus	Néant	Néant

Critères médicaux

Le ministère du Développement social demande à un médecin ou à un professionnel de la santé de faire un examen pour déterminer l'admissibilité d'un enfant.

L'examen doit comprendre :

- un diagnostic de déficience physique, sensorielle, psychiatrique ou intellectuelle;
- un besoin constant d'attention et de soins en raison de l'invalidité;
- un besoin de soins probablement en permanence ou pour plus de 12 mois.

Contrôles des demandes

Aucun médecin ou professionnel de la santé n'examine le formulaire de demande. Toutefois, quand surviennent des situations moins claires, la demande est examinée par l'équipe régionale de la santé et des invalidités (ERSI) du ministère du Développement social. En cas d'incertitude, les membres de cette équipe consultent le conseiller principal sur la santé ou le conseiller principal sur les invalidités du ministère du Développement social. Souvent, l'ERSI discutera de la demande avec le médecin qui a réalisé l'évaluation existante afin d'obtenir des précisions.

Pour s'assurer que le processus d'admissibilité est homogène, ils disposent de lignes directrices législatives et suivent régulièrement des formations avec des généralistes pour établir une approche uniforme. La formation des généralistes est en place depuis cinq ans. Ils ont aussi élaboré une directive qui vient tout juste d'être remplacée par une fiche de renseignements d'une page.

Les ministères et organismes du gouvernement de la Nouvelle-Zélande peuvent comparer des renseignements pour confirmer les renseignements fournis par le client (Revenu intérieur, ministère de la Justice, Service des douanes de la Nouvelle-Zélande, ministère de la Santé, etc.).

Organisme responsable

Ministère du Développement social

Interprétation de l'invalidité (Processus de production du handicap [PPH], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

Ils ne suivent pas le PPH ou la CIF. La CDA est un droit qui reconnaît l'effort considérable d'un soignant en matière de soins; par conséquent, la CIF n'est pas pertinente.

République d'Autriche

Noms des programmes

- Supplément pour enfant lourdement handicapé (Supplement for a Child with a Severe Disability) (allocation familiale majorée)
- Prestation pour soins de longue durée (Long-Term Care Benefits)
- Prestations de congé pour soins (Care Leave Benefits)
- Soins permanents (24-Hour Care)

Objectifs des programmes

Ces programmes sont conçus pour défrayer les coûts supplémentaires découlant de l'invalidité d'un enfant.

Conditions d'admissibilité

Tous ces programmes sont régis par le gouvernement fédéral.

Pour recevoir le **supplément pour enfant lourdement handicapé**, les parents doivent :

- avoir droit aux allocations familiales :
 - ✓ les résidents permanents ou habituels en Autriche;
 - ✓ les non-citoyens sont admissibles s'ils occupent un emploi pendant plus de trois mois ou s'ils résident de façon permanente en Autriche pendant au moins cinq années consécutives;
 - ✓ leur enfant (il peut s'agir aussi d'un enfant adopté, d'un enfant en famille d'accueil, d'un enfant d'une autre union ou d'un petit-enfant) vit avec eux dans la même maison ou, si tel n'est pas le cas, si les parents s'occupent de la majeure partie du soutien offert à l'enfant;
- avoir un enfant avec une invalidité évaluée à au moins 50 % ou un enfant incapable de subvenir à ses besoins de façon permanente;
- avoir une invalidité susceptible de durer pendant au moins six mois;
- avoir un enfant de moins de 18 ans.

Aucun examen des ressources personnelles n'est fait pour déterminer l'admissibilité au programme pour un enfant de moins de 18 ans (pour un enfant de 18 ans ou plus, le revenu annuel maximal autorisé est de 10 000 €).

Il n'y a aucune limite d'âge pour les enfants qui sont en permanence incapables de travailler, à condition que leur invalidité survienne avant leur 21^e anniversaire ou durant leur formation professionnelle avant leur 25^e anniversaire.

La prestation pour soins de longue durée vise à fournir une indemnité fixe pour les coûts supplémentaires découlant des soins requis et à aider les personnes à mener une vie indépendante axée sur leurs besoins personnels. Ces prestations en espèces peuvent servir à acheter des soins officiels auprès de fournisseurs publics ou privés ou à rembourser des soins informels. Le niveau des prestations est déterminé par l'ampleur précise de l'aide et des services personnels requis.

Pour être admissible à la prestation pour soins de longue durée, il faut remplir les conditions suivantes :

- avoir toujours besoin de soins et d'aide du fait d'une déficience physique, mentale, psychologique ou sensorielle qui devrait durer au moins six mois;
- avoir toujours besoin de soins infirmiers pendant plus de 60 heures par mois;

- habituellement être un résident de l'Autriche. Dans certaines conditions, on peut verser la prestation pour soins de longue durée dans un pays de l'Espace économique européen.

L'attribution de la prestation pour soins à long terme compte sept étapes, selon l'ampleur des soins requis et sans égard à la raison des soins requis.

L'évaluation des catégories 1 à 4 s'appuie sur le temps consacré aux soins tous les mois (plus de 65 heures pour la catégorie 1, plus de 95 heures pour la catégorie 2, plus de 120 heures pour la catégorie 3 et plus de 160 heures pour la catégorie 4). À partir de la catégorie 5, on tient non seulement compte du temps consacré aux soins s'il est supérieur à 180 heures par mois, mais aussi sur des critères de qualité. Pour le niveau 6, les critères de qualité sont les suivants :

- soit si des soins sont nécessaires, mais que l'on ne peut pas les coordonner dans le temps et qu'ils sont fournis de manière régulière le jour et la nuit;
- soit si la présence continue d'un soignant est requise le jour et la nuit, sinon la personne ayant besoin de soins ou d'autres personnes pourraient être en danger.

L'indemnité de difficulté pour les enfants et les jeunes personnes ayant de graves invalidités correspond :

- à 50 heures par mois pour les enfants jusqu'à l'âge de sept ans;
- à 75 heures par mois pour les enfants de sept ans jusqu'à leur 15^e anniversaire.

Pour les personnes de 15 ans ou plus ayant de graves déficiences physiques ou mentales, particulièrement celles souffrant de démence, l'indemnité pour difficulté est de 25 heures par mois.

Ainsi, beaucoup de personnes touchées atteignent un niveau plus élevé de la prestation pour soins de longue durée.

Les travailleurs (employés ayant des relations de travail régies par le droit privé, employés du secteur public et chômeurs) peuvent avoir un **congé pour soins** (sans traitement et salaire) ou un **congé pour soins à temps partiel** (avec paiement au prorata du traitement ou du salaire).

En vue de s'occuper et de prendre soin des membres d'une famille qui prennent un congé pour soins (Pflegekarenz), un congé pour soins à temps partiel (Pflegeteilzeit), un congé pour soins palliatifs familiaux (Familienhospizkarenz) ou un congé pour soins palliatifs familiaux à temps partiel, ces membres d'une famille peuvent demander des prestations de congé pour soins dans certaines conditions.

Les personnes suivantes ont droit aux prestations de congé pour soins :

- les personnes qui ont convenu d'un congé pour soins ou d'un congé pour soins à temps partiel avec leur employeur;
- les personnes qui prennent un congé pour soins palliatifs familiaux ou un congé pour soins palliatifs familiaux à temps partiel afin de soigner un membre mourant de leur famille ou un enfant gravement malade;
- les personnes qui ont mis fin à leurs prestations d'assurance-emploi ou à leur assistance-chômage afin de prendre un congé pour soins ou un congé pour soins palliatifs familiaux.

Un proche parent peut recevoir des prestations de congé pour soins d'un à trois mois durant le congé pour soins ou le congé pour soins à temps partiel, tout dépendant de la durée du congé convenu avec l'employeur. Durant le congé pour soins ou le congé pour soins à temps partiel, on peut demander des prestations de congé pour soins pour une durée maximale de six mois, et ce, pour chaque membre de la famille ayant besoin de soins (à condition qu'au moins deux parents proches prennent un congé pour soins ou un congé pour soins à temps partiel).

Si les besoins en soins augmentent considérablement, soit d'au moins une catégorie de prestation pour soins, les soignants peuvent faire une nouvelle demande de prestations de congé pour soins dans les six mois suivant la date de l'entente avec leur employeur sur le prolongement du congé pour soins ou du congé pour soins à temps partiel pour le même membre de la famille (sauf si un tel congé est pris simultanément par au moins deux autres proches parents).

La durée des prestations de congé pour soins pour le même membre de la famille ayant besoin de soins ne peut donc pas dépasser 12 mois. En revanche, dans le cas d'un congé pour soins palliatifs familiaux, ces prestations peuvent être versées pour toute la durée des soins palliatifs requis.

Si des travailleurs prennent un congé pour soins palliatifs familiaux, ils peuvent, dans certaines conditions (difficultés financières), demander des suppléments dans le cadre du régime d'indemnisation du programme de congé.

Pour recevoir les **prestations pour soins permanents** :

Le soigné doit appartenir au moins à la catégorie 3 des prestations pour soins de longue durée afin d'avoir droit au soutien.

Le revenu mensuel net des personnes ayant besoin de soins ne peut pas dépasser 2 500 € pour avoir droit à ce type de soutien (on ne tient toutefois pas compte des prestations pour soins de longue durée, des primes spéciales, des allocations familiales, des allocations pour garde d'enfants ni de l'aide au logement).

On hausse ce seuil de revenu de 400 € pour chaque parent à charge ou de 600 € pour chaque parent à charge ayant des invalidités.

L'aide n'est soumise à aucun examen des ressources visant les biens ou la propriété du soigné.

Dans le but de garantir la qualité de soins requise, les soignants doivent :

- soit avoir des acquis scolaires au moins équivalents à ceux de l'aide familiale;
- soit avoir pris soin correctement du demandeur pendant au moins six mois;
- soit avoir obtenu une autorisation pour la prestation de soins (infirmiers ou médicaux).

Montant versé

Un montant de 150,00 € par mois (juillet 2014) est versé en plus de l'allocation familiale du **supplément pour enfant lourdement handicapé**. Ces prestations peuvent être versées de façon rétroactive dans les cinq ans suivant la demande, à condition que les conditions d'admissibilité soient réunies durant cette période.

En ce qui concerne la **prestation pour soins de longue durée**, la loi établit sept niveaux de soins requis, ce qui donne une indemnité pour soins de 154,20 €, pour un nombre allant de 50 à 75 heures de soins par mois (niveau 1), à un maximum de 1 655,80 € (niveau 7), pour plus de 180 heures de soins par mois avec une immobilité complète (voir le tableau 1). Le temps consacré aux services de soins est le critère important pour être admissible aux niveaux 1 à 4. Il faut remplir un critère supplémentaire pour être admissible aux niveaux 5 à 7. Le 1^{er} janvier 2016, on augmentera de 2 % les montants des prestations pour soins de longue durée de chaque niveau.

Exigences relatives aux soins par moins en heures	Étape	Montant en €/mois
Plus de 65 heures	1	157,30
Plus de 95 heures	2	290,00
Plus de 120 heures	3	451,80
Plus de 160 heures	4	677,60
Plus de 180 heures quand un niveau très élevé de soins est requis	5	920,30
Plus de 180 heures et si des soins sont nécessaires, mais que l'on ne peut pas les planifier et qu'ils sont fournis de manière régulière le jour et la nuit, ou bien si la présence continue d'un soignant est requise le jour et la nuit, sinon la personne ayant besoin de soins ou d'autres personnes pourraient être en danger.	6	1 285,20
Plus de 180 heures si aucun mouvement guidé par un but par les quatre extrémités d'une personne avec une mise en application fonctionnelle n'est possible ou si un état équivalent est présent.	7	1 688,90

Le taux des prestations de **congé pour soins** dépend du revenu et il est essentiellement égal au taux des prestations d'assurance-emploi (55 % du revenu net quotidien).

L'aide relative aux **soins permanents** peut atteindre 1 100 € dans les cas de relations de soins avec des soignants embauchés et 550 € dans les cas de relations de soins avec des soignants autonomes.

Critères médicaux

Aux fins du paiement du supplément d'allocation familiale, l'évaluation de l'invalidité constitue une exigence.

Le fondement de cette démarche est le règlement sur l'évaluation (« *Assessment Regulation* »), qui établit les critères et les mécanismes servant à déterminer la gravité d'une invalidité. À l'échelle fédérale, le règlement sur l'évaluation de 2010 a défini les paramètres et les critères médicaux modernes pour déterminer l'ampleur d'une invalidité durant l'examen réalisé par des experts en médecine. Avant 2010, à l'échelle fédérale, on utilisait la réglementation de la loi sur le bien-être des victimes de guerre (KOVG) et l'ordonnance des taux de référence (« *Richtsatzverordnung* ») pour déterminer l'ampleur des blessures de guerre et des invalidités.

Pour déterminer si un enfant est handicapé et admissible au supplément des allocations familiales, le médecin ne s'appuie pas seulement sur des critères biomédicaux. En général, l'objectif principal de l'examen de l'expert en médecine n'est pas la cause ou le diagnostic de la maladie, mais plutôt l'effet du manque ou du dysfonctionnement. L'expert en médecine devrait déterminer ce qui nuit à l'enfant dans sa vie quotidienne et sa participation à une vie sociale. L'ampleur des contraintes avec lesquelles doit composer l'enfant dans sa vie quotidienne est exprimée par le degré d'invalidité.

Le degré d'invalidité dépend du type d'invalidité et de la gravité du dysfonctionnement. Pour l'évaluer, le médecin peut utiliser une annexe du règlement sur l'évaluation qui contient des pourcentages attribués en fonction de l'invalidité de l'enfant et du degré de contrainte avec lequel il doit composer. Il s'agit d'un pourcentage, toujours exprimé sous la forme d'un multiple de dix, qui peut être fixe ou exprimé avec un intervalle.

Pour élaborer le règlement sur l'évaluation, le ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des consommateurs a d'abord défini 13 systèmes d'organes fonctionnels différents : la vue; l'ouïe; les anomalies du système nerveux; les maladies néoplastiques malignes; le système digestif; les maladies de la peau; le système

musculosquelettique; les troubles mentaux; le système respiratoire; les fonctions rénales et urinaires; les dérèglements endocriniens; le cœur, la circulation et le sang; et les organes hématopoïétiques et le système immunitaire. Il s'agit des catégories d'invalidités (groupes). Ensuite, on a choisi la déficience qui correspond à une valeur de 50 % (l'ampleur de l'invalidité) dans chacun des systèmes d'organes. Pour ce faire, on a également eu recours à l'expérience pratique. À la troisième étape, on a comparé les handicaps qui avaient obtenu une valeur de 50 % ou plus dans chacune des catégories d'invalidités entre eux pour déterminer s'ils étaient équivalents quant à la gravité. Par exemple, il fallait déterminer dans quelle mesure un enfant ayant des troubles de la vision atteindrait le même degré de difficulté dans sa vie quotidienne qu'un enfant sourd, ou un autre avec des troubles cardiaques, et ainsi de suite. Ce travail a été la partie la plus difficile. Par la suite, on a déterminé graduellement, par tranches de 10 %, l'ampleur d'une invalidité en fonction d'autres déficiences. Dans cette étape, on a aussi comparé les valeurs à celles d'autres groupes et on les a acceptées. La dernière étape consistait à déterminer les méthodes de diagnostic et à décrire les tableaux cliniques types ou les maladies les plus courantes.

Si les effets d'un dysfonctionnement ne sont pas indiqués dans l'annexe du règlement sur l'évaluation, il faut déterminer le degré d'invalidité à attribuer en faisant une analogie à l'aide d'autres limitations fonctionnelles semblables.

Si de nombreux dysfonctionnements sont présents, l'évaluation de l'état de l'enfant devrait être globale et ne pas porter sur chacune des limitations prises séparément. Vous ne pouvez pas additionner les degrés de plusieurs limitations différentes pour le même enfant. Il faut plutôt cerner les limitations fonctionnelles correspondant au degré d'invalidité le plus élevé ayant été attribué et examiner de quelle manière ce degré peut être haussé par des invalidités supplémentaires.

Contrôles des demandes

En ce qui concerne le supplément pour enfant lourdement handicapé, un expert en médecine doit produire un rapport dans lequel on trouve, en plus des renseignements personnels de l'enfant, les antécédents médicaux de l'enfant, le diagnostic, l'évaluation du degré d'invalidité, la justification de l'évaluation et, le cas échéant, la mesure globale d'invalidité et sa justification. La décision quant à l'admissibilité est prise à l'aide d'un avis officiel sur la possibilité d'interjeter appel contre la décision devant le tribunal du travail et des politiques sociales.

En ce qui concerne la **prestation pour soins de longue durée**, il faut une évaluation fondée sur l'opinion d'un expert en médecine, et l'on fait appel à des représentants d'autres domaines (p. ex., soins infirmiers) pour évaluer en profondeur la situation. L'opinion d'expert est habituellement formulée à la suite d'un examen à domicile. Une tierce partie de confiance peut assister à l'examen médical si la personne qui demande une indemnité pour soins de longue durée le souhaite. La décision quant à l'admissibilité est prise à l'aide d'un avis officiel sur la possibilité d'interjeter appel contre la décision devant le tribunal du travail et des politiques sociales.

Organisme responsable

Ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des consommateurs

Interprétation de l'invalidité (Processus de production du handicap [PPH], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

Le ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des consommateurs respecte la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (CIM-10) et définit en fonction de ce manuel les paramètres supplémentaires pour le degré d'invalidité. Ces critères sont exposés dans le règlement sur l'évaluation.

République d'Irlande

Noms des programmes

- Indemnité pour invalidité (Disability Allowance)
- Indemnité pour soins à domicile (Domiciliary Care Allowance [DCA])
- Subvention pour soins de répit (Respite Care Grant)
- Indemnité pour soignant (Carer's Allowance)
- Prestation pour soignant (Carer's Benefit)

Objectifs des programmes

Alléger, dans une certaine mesure, les fardeaux supplémentaires imposés par le maintien d'enfants handicapés à la maison.

Conditions d'admissibilité

L'**indemnité pour invalidité** est une indemnité hebdomadaire versée aux personnes ayant une invalidité.

Pour recevoir l'indemnité pour invalidité, l'enfant doit :

- avoir de 16 à 18 ans (le programme continue jusqu'à 66 ans);
- avoir une invalidité grave qui durera probablement au moins un an;
- faire l'objet de restrictions importantes, du fait de l'invalidité, quant à l'exécution d'un travail qui, autrement, pourrait être fait par une personne ayant le même âge, la même expérience et les mêmes qualifications;
- réussir un examen des ressources;
- remplir la condition de résident habituel.

L'indemnité pour invalidité est un paiement sous condition des ressources.

Pour recevoir la **DCA**, l'enfant doit :

- avoir moins de 16 ans;
- avoir une invalidité grave qui durera probablement au moins un an;
- avoir besoin d'attention et de soins continus ou continuels, lesquels sont beaucoup plus importants que ceux dont a normalement besoin un enfant du même âge;
- vivre à la maison avec sa famille au moins cinq jours par semaine;
- vivre en République d'Irlande, y habiter avec sa famille et ne quitter l'Irlande que pour des vacances;
- ne pas vivre à temps plein dans un établissement de soins institutionnels ou dans d'autres centres d'hébergement.

La DCA n'est pas fondée sur un examen des ressources.

Le parent qui reçoit la DCA peut être admissible à la **subvention pour soins de répit** :

- s'il a 18 ans ou plus;
- s'il est résident en Irlande;
- s'il s'occupe de l'enfant à temps plein;
- s'il s'occupe de l'enfant pendant au moins six mois. Cette période de soins doit inclure le premier jeudi de juin;
- s'il vit avec l'enfant dont il a la charge ou si l'on peut communiquer avec lui rapidement à l'aide d'un système de communication direct (p. ex., téléphone ou alarme) entre sa résidence et celle de la personne dont il a la charge;
- s'il ne travaille pas ou s'il n'est pas travailleur autonome à l'extérieur de la maison pendant plus de 15 heures par semaine;

- s'il ne participe pas à un cours de pédagogie ou de formation pendant plus de 15 heures par semaine;
- s'il ne reçoit pas de prestation ou d'indemnité de demandeur d'emploi ou s'il ne demande pas des crédits;
- s'il ne vit pas dans un hôpital, une maison de convalescence ou un autre établissement semblable;
- s'il est en mesure de prodiguer des soins.

Le parent qui reçoit la DCA peut être admissible à l'**indemnité pour soignant** ou à la **prestation pour soignant**. Ces deux mesures aident le parent à réduire ses heures de travail afin de consacrer plus de temps à son enfant qui a maintenant besoin de plus de soins. Le parent peut recevoir une seule de ces mesures à la fois.

Pour recevoir l'**indemnité pour soignant**, le parent doit :

- recevoir la DCA pour un enfant si ce dernier a moins de 16 ans;
- avoir plus de 18 ans;
- réussir un examen des ressources;
- s'occuper de l'enfant à temps plein;
- ne pas travailler ou ne pas être travailleur autonome à l'extérieur de la maison pendant plus de 15 heures par semaine;
- ne pas vivre dans un hôpital, une maison de convalescence ou un autre établissement semblable;
- être en mesure de prodiguer des soins.
- L'invalidité de l'enfant doit être si importante qu'il a besoin d'attention et de soins à temps plein et qu'il aura probablement besoin d'attention et de soins à temps plein pour au moins 12 mois.

Pour recevoir la **prestation pour soignant**, le parent doit :

- recevoir la DCA pour un enfant si ce dernier a moins de 16 ans;
- avoir plus de 18 ans;
- avoir eu un emploi pendant au moins 8 semaines au cours de la dernière période de 26 semaines et ne pas travailler pendant plus de 15 heures par semaine;
- avoir travaillé au moins 16 heures par semaine ou 32 heures par quinzaine;
- abandonner son emploi afin de devenir soignant à temps plein;
- respecter les conditions de cotisation de l'assurance sociale liée au salaire (Pay Related Social Insurance [PRSI]).

Les cotisations à la PRSI aident à payer les prestations d'aide sociale et les pensions.

Conditions de cotisation de la PRSI

Vous devez avoir versé au moins 156 cotisations à tout moment entre l'adhésion à l'assurance et la date de dépôt de la demande de prestation pour soignant, ainsi que :

- soit 39 cotisations versées durant l'année fiscale visée;
- soit 39 cotisations versées durant la période de 12 mois précédant le début de la prestation pour soignant;
- soit 26 cotisations versées durant l'année fiscale visée et 26 cotisations versées l'année précédente.

Les cotisations n'ont pas à appartenir à la classe A. En fait, toutes les cotisations d'emploi sont considérées (sauf les cotisations de la classe S [travailleur autonome]). L'année fiscale visée correspond à la deuxième année fiscale complète précédant l'année pour laquelle vous faites une demande. Ainsi, pour les demandes faites en 2014, l'année fiscale visée est 2012.

Les périodes d'assurance dans un autre pays membre de l'UE peuvent être prises en considération pour remplir les conditions de cotisation de la PRSI. La dernière semaine d'assurance doit être versée en Irlande.

Montant versé

Disability allowance (indemnité pour invalidité)

Moyens mensuels selon notre évaluation	Taux personnel
Jusqu'à 2,50 €	188,00 €
Plus de 2,50 € à 5,00 €	185,50 €
Plus de 5,00 € à 7,50 €	183,00 €
Plus de 7,50 € à 10,00 €	180,50 €
Plus de 10,00 € à 12,50 €	178,00 €
Plus de 12,50 € à 15,00 €	175,50 €
Plus de 15,00 € à 17,50 €	173,00 €
Plus de 17,50 € à 20,00 €	170,50 €
Plus de 20,00 € à 22,50 €	168,00 €
Plus de 22,50 € à 25,00 €	165,50 €
Plus de 25,00 € à 27,50 €	163,00 €
Plus de 27,50 € à 30,00 €	160,50 €
Plus de 30,00 € à 32,50 €	158,00 €
Plus de 32,50 € à 35,00 €	155,50 €
Plus de 35,00 € à 37,50 €	153,00 €
Plus de 37,50 € à 40,00 €	150,50 €
Plus de 40,00 € à 42,50 €	148,00 €
Plus de 42,50 € à 45,00 €	145,50 €
Plus de 45,00 € à 47,50 €	143,00 €
Plus de 47,50 € à 50,00 €	140,50 €
Plus de 50,00 € à 52,50 €	138,00 €
Plus de 52,50 € à 55,00 €	135,50 €
Plus de 55,00 € à 57,50 €	133,00 €
Plus de 57,50 € à 60,00 €	130,50 €
Plus de 60,00 € à 62,50 €	128,00 €
Plus de 62,50 € à 65,00 €	125,50 €
Plus de 65,00 € à 67,50 €	123,00 €
Plus de 67,50 € à 70,00 €	120,50 €
Plus de 70,00 € à 72,50 €	118,00 €
Plus de 72,50 € à 75,00 €	115,50 €
Plus de 75,00 € à 77,50 €	113,00 €
Plus de 77,50 € à 80,00 €	110,50 €
Plus de 80,00 € à 82,50 €	108,00 €
Plus de 82,50 € à 85,00 €	105,50 €

Plus de 85,00 € à 87,50 €	103,00 €
Plus de 87,50 € à 90,00 €	100,50 €
Plus de 90,00 € à 92,50 €	98,00 €
Plus de 92,50 € à 95,00 €	95,50 €
Plus de 95,00 € à 97,50 €	93,00 €
Plus de 97,50 € à 100,00 €	90,50 €
Plus de 100,00 € à 102,50 €	88,00 €
Plus de 102,50 € à 105,00 €	85,50 €
Plus de 105,00 € à 107,50 €	83,00 €
Plus de 107,50 € à 110,00 €	80,50 €
Plus de 110,00 € à 112,50 €	78,00 €
Plus de 112,50 € à 115,00 €	75,50 €
Plus de 115,00 € à 117,50 €	73,00 €
Plus de 117,50 € à 120,00 €	70,50 €
Plus de 120,00 € à 122,50 €	68,00 €
Plus de 122,50 € à 125,00 €	65,50 €
Plus de 125,00 € à 127,50 €	63,00 €
Plus de 127,50 € à 130,00 €	60,50 €
Plus de 130,00 € à 132,50 €	58,00 €
Plus de 132,50 € à 135,00 €	55,50 €
Plus de 135,00 € à 137,50 €	53,00 €
Plus de 137,50 € à 140,00 €	50,50 €
Plus de 140,00 € à 142,50 €	48,00 €
Plus de 142,50 € à 145,00 €	45,50 €
Plus de 145,00 € à 147,50 €	43,00 €
Plus de 147,50 € à 150,00 €	40,50 €
Plus de 150,00 € à 152,50 €	38,00 €
Plus de 152,50 € à 155,00 €	35,50 €
Plus de 155,00 € à 157,50 €	33,00 €
Plus de 157,50 € à 160,00 €	30,50 €
Plus de 160,00 € à 162,50 €	28,00 €
Plus de 162,50 € à 165,00 €	25,50 €
Plus de 165,00 € à 167,50 €	23,00 €
Plus de 167,50 € à 170,00 €	20,50 €
Plus de 170,00 € à 172,50 €	18,00 €
Plus de 172,50 € à 175,00 €	15,50 €
Plus de 175,00 € à 177,50 €	13,00 €
Plus de 177,50 € à 180,00 €	10,50 €

Plus de 180,00 € à 182,50 €	8,00 €
Plus de 182,50 € à 185,00 €	5,50 €
Plus de 185,00 € à 187,50 €	3,00 €
Plus de 187,50 €	Néant

Le taux de l'indemnité pour soins à domicile est de 309,50 € par mois en 2015.

Le paiement n'est pas fondé sur le type d'invalidité, mais sur la déficience physique ou mentale qui en découle, ce qui signifie que l'enfant a besoin de plus d'attention et de soins qu'un enfant du même âge.

Les parents peuvent obtenir un paiement à demi-taux si l'enfant qui reçoit des soins en établissement vient à la maison la fin de semaine ou pour les vacances ou les deux.

Si le parent est admissible, il peut recevoir un montant annuel de 1 375 € de la subvention pour soins de répit en 2014.

Taux de la prestation pour soignant en 2014

Soignant de moins de 66 ans	Taux hebdomadaire maximal
Soins pour une personne	205 €
Soins pour deux personnes	307,50 €
Majoration pour chaque enfant admissible	29,80 € (taux complet), 14,90 € (demi-taux)

Taux de l'indemnité pour soignant en 2014

Soignant	Taux hebdomadaire maximal
Moins de 66 ans, soins pour une personne	204 €
Moins de 66 ans, soins pour deux personnes	306 €
66 ans ou plus, soins pour une personne	239 €
66 ans ou plus, soins pour deux personnes	358,50 €
Majoration pour chaque enfant admissible	29,80 € (taux complet) 14,90 € (demi-taux)

Critères médicaux

On détermine l'admissibilité principalement en fonction du degré d'attention et de soins supplémentaires dont a besoin l'enfant plutôt qu'en raison du type d'invalidité. Il faut réaliser un examen des ressources. Aucun état n'est exclu, mais les états comme l'asthme, le diabète ou l'épilepsie ne sont pas considérés habituellement, sauf s'ils exigent un degré très élevé d'attention et de soins supplémentaires.

Les lignes directrices sur l'admissibilité médicale garantissent un traitement uniforme et équitable des clients à l'échelle nationale.

La recommandation de l'évaluateur médical s'appuiera sur les renseignements contenus dans la demande. Ces renseignements comprennent ce qui suit :

- les renseignements personnels fournis dans le formulaire de demande par le parent ou le tuteur de l'enfant;

- des détails sur l'attention et les soins supplémentaires dont a besoin l'enfant, comme l'a décrit le parent ou le tuteur dans le formulaire de demande;
- des détails médicaux fournis par le généraliste de l'enfant et inclus dans le formulaire de demande;
- tout autre renseignement considéré par le parent ou le tuteur comme étant pertinent pour la demande. Cela peut comprendre des rapports de consultants, des rapports d'un médecin en santé communautaire, une copie de l'évaluation des besoins réalisée par un directeur de services de santé (DSS), etc.

Le DSS fournit des services de santé et des services sociaux à toute personne vivant en Irlande. Ses services sont offerts dans les hôpitaux, les établissements de santé et les collectivités de partout au pays.

Pour s'aider dans son travail, l'évaluateur médical peut utiliser un guide sur l'âge normal pour réaliser certaines activités (c.-à-d. l'âge auquel 90 % des enfants peuvent accomplir une activité), préparé par le cadre d'une étude sur les enfants handicapés au Royaume-Uni par l'Office for Population Censuses and Surveys (Bureau des recensements et des enquêtes sur la population).

Contrôles des demandes

Un évaluateur médical examine le formulaire de demande et détermine si l'enfant répond aux critères d'admissibilité. Un agent décideur prend une décision quant à l'admissibilité après avoir tenu compte de l'opinion de l'évaluateur et de la demande dans son ensemble.

Les parents doivent demander à leur propre médecin de remplir un rapport médical, lequel fait partie du formulaire de demande, à propos de l'état de santé de leur enfant. Ce rapport fera l'objet d'un examen sur dossier par l'un des évaluateurs médicaux du ministère. L'évaluateur médical est un médecin agréé qui donnera à l'agent décideur son opinion sur l'état de santé de l'enfant en fonction du rapport médical joint au formulaire de demande.

Organisme responsable

Ministère de la Protection sociale – Services d'aide sociale

Interprétation de l'invalidité (Processus de production du handicap [PPH], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

L'Irlande s'appuie sur la CIF pour déterminer l'admissibilité de l'enfant.

L'Irlande a utilisé la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (CIM-10) pour codifier l'état primaire de l'enfant. Ces codes de la CIM-10 ont été choisis parce qu'ils sont reconnus à l'échelle internationale, qu'ils sont actuellement utilisés dans certains domaines du DSS et qu'ils faciliteront la collecte de renseignements statistiques.

Royaume-Uni

Noms des programmes

- Allocation de subsistance pour enfants handicapés (Disability Living Allowance for children [DLA])
- Paiement d'autonomie personnelle (Personal Independence Payment [PIP])
- Indemnité pour soignant (Carers' Allowance [CA])
- Allocation de remplacement de l'emploi (Employment and Support Allowance [ESA])
- Les volets relatifs aux enfants handicapés du crédit universel (politique du crédit universel), en plus du volet concernant les enfants sans invalidité et de la prestation pour enfants (Child Benefit)
- Les volets relatifs aux enfants handicapés du crédit d'impôt pour enfants (Child Tax Credit) (HMRC), en plus du volet concernant les enfants sans invalidité et de la prestation pour enfants

(La prestation pour enfants est destinée à tous les enfants, handicapés ou non.)

Objectifs des programmes

Tous ces programmes aident les personnes handicapées à assumer les coûts découlant de leur pleine participation à la société.

Conditions d'admissibilité

La **DLA** est une prestation qui dépend des soins dont a besoin une personne et qui vise à faciliter sa mobilité malgré une invalidité. Il s'agit d'une prestation non imposable qui compte deux composants, soit le **composant des soins** et le **composant de la mobilité**. Un enfant peut être [admissible](#) à un seul composant ou aux deux. Le composant des soins est versé aux enfants ayant besoin d'attention et de soins supplémentaires. Le composant de la mobilité peut être versé aux enfants ayant de la difficulté à marcher ou à se déplacer à des endroits qu'ils connaissent moins.

Habituellement, l'enfant doit satisfaire à ce qui suit pour être admissible à la DLA :

- avoir moins de 16 ans;
- se trouver en Grande-Bretagne, dans un autre pays de l'Espace économique européen (ECC) ou en Suisse au moment de la demande. Il existe des exceptions (p. ex., les membres de la famille d'un militaire des forces armées);
- avoir vécu en Grande-Bretagne deux des trois dernières années si l'enfant a plus de trois ans;
- avoir vécu en Grande-Bretagne au moins 13 semaines si l'enfant a moins de six mois;
- avoir vécu en Grande-Bretagne au moins 26 des 156 dernières semaines si l'enfant a de six mois à trois ans;
- les règles de résidence ne s'appliquent pas en général si l'enfant souffre d'une maladie en phase terminale;
- être [habituellement un résident](#) du Royaume-Uni, de l'Irlande, de l'île de Man ou des îles Anglo-Normandes;
- ne pas faire l'objet d'un [contrôle en matière d'immigration](#);
- avoir une invalidité depuis au moins trois mois et s'attendre à ce que cette invalidité dure au moins six mois. Si l'enfant souffre d'une maladie en phase terminale (c.-à-d. dont l'espérance de vie devrait être inférieure à six mois), il n'a pas à avoir l'invalidité en question depuis trois mois.

Ces conditions comportent certaines exceptions si l'enfant [vit dans un autre pays de l'ECC ou en Suisse ou s'il en provient](#).

Conditions particulières pour le composant des soins :

- L'enfant a besoin d'aide avec des choses comme manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes ou communiquer.
- Il faut quelqu'un pour superviser l'enfant ou l'arrêter de constituer un danger pour lui-même et les autres.

- Il faut quelqu'un avec l'enfant quand il subit une dialyse. L'enfant doit subir cette dialyse au moins deux fois par semaine. Si l'enfant n'est pas un patient hospitalisé, il reçoit la DLA seulement s'il ne profite pas de l'aide ou de la supervision d'un membre du personnel de l'hôpital durant le traitement.
- Il faut quelqu'un avec l'enfant pour l'aider à mener une vie sociale normale.
- Il a besoin qu'une autre personne lui prodigue beaucoup plus de soins que l'exigeraient habituellement d'autres enfants du même âge, ou il a besoin de soins que l'on fournirait à des enfants plus jeunes ayant une santé physique et mentale normale, mais que l'on n'aurait pas à donner à un enfant du même âge ayant une santé physique et mentale normale.

Vous pouvez présenter une demande concernant le composant des soins de la DLA dès la naissance de l'enfant, mais vous ne recevrez aucune prestation avant que l'enfant n'ait trois mois. Des règles spéciales s'appliquent si l'enfant souffre d'une maladie en phase terminale.

Conditions particulières pour le composant de la mobilité :

- L'enfant ne peut pas marcher à l'extérieur sur une route inhabituelle sans les consignes ou la supervision d'une autre personne, et ce, la plupart du temps. Cette situation peut découler d'une invalidité physique ou mentale.
- L'enfant est incapable ou à peu près incapable de marcher en raison de la douleur, de l'effet sur sa santé ou des limites relatives à sa marche.
- L'enfant a besoin de beaucoup plus de consignes et de supervision de la part d'une autre personne que l'exigeraient habituellement d'autres enfants du même âge ayant une santé physique et mentale normale, ou il a besoin de consignes ou de supervision que n'exigerait aucun enfant du même âge ayant une santé physique et mentale normale.

Les enfants de moins de 16 ans n'ont pas droit au composant de la mobilité de la DLA avant d'avoir trois ans, pour l'indemnité la plus élevée, ou cinq ans, pour l'indemnité la moins élevée.

À 16 ans, on cesse de verser la DLA et on la remplace par le paiement d'autonomie personnelle (PIP).

Tout comme le programme de la DLA, le **PIP** demeure un paiement comptant non imposable et non lié aux moyens qui est versé sans égard à la situation d'emploi. Le bénéficiaire peut l'utiliser comme il l'entend pour payer des coûts supplémentaires.

Habituellement, l'enfant doit satisfaire à ce qui suit pour être admissible au PIP :

- être âgé de 16 à 64 ans (aux fins de l'étude, un enfant a moins de 18 ans);
- avoir [une affection ou une invalidité à long terme](#) et de la difficulté à accomplir des activités de la « vie quotidienne » ou se déplacer;
- se trouver en Grande-Bretagne au moment de la demande. Il existe des exceptions (p. ex., les membres des forces armées et les membres de leur famille);
- avoir vécu en Grande-Bretagne deux des trois dernières années;
- être [habituellement un résident](#) du Royaume-Uni, de l'Irlande, de l'île de Man ou des îles Anglo-Normandes;
- ne pas faire l'objet d'un [contrôle en matière d'immigration](#) (à moins d'être un immigrant parrainé).

Le PIP possède les deux mêmes composants que la DLA, soit le composant des soins et le composant de la mobilité.

L'Indemnité pour soignant (CA) est versée aux soignants de plus de 16 ans qui ont effectué un travail limité ou qui n'ont pas de travail du tout. Même si le soignant s'occupe de plus d'un enfant, il ne peut demander la CA que pour un seul enfant handicapé.

Les critères d'admissibilité à la CA pour un enfant handicapé sont les suivants :

- L'enfant doit recevoir le taux moyen ou le plus élevé du composant des soins de la DLA ou le composant de vie quotidienne du PIP.

- Les soignants doivent offrir des services pendant au moins 35 heures par semaine.
- Le soignant ne doit pas avoir des revenus supérieurs à 110 £ par semaine, après la déduction des dépenses admissibles, comme l'impôt, les contributions à l'assurance nationale et certaines cotisations de retraite.
- Le soignant ne doit pas être un étudiant à temps plein (plus de 21 heures par semaine).

Si le parent rémunère quelqu'un pour surveiller son ou ses enfants pendant qu'il travaille, on peut ignorer jusqu'à la moitié de ses revenus nets. Les autres revenus (comme une retraite professionnelle) et les économies n'auront pas d'incidence sur son indemnité pour soignant.

Il se peut que le parent ne puisse pas recevoir l'indemnité pour soignant s'il reçoit déjà l'une des prestations suivantes :

- la pension de l'État;
- l'indemnité de décès;
- l'allocation de remplacement de l'emploi à caractère contributif;
- l'allocation de demandeur d'emploi à caractère contributif;
- la prestation d'incapacité;
- la prestation pour mortalité au travail;
- la prestation de maternité;
- l'allocation d'invalidité grave;
- l'allocation de formation;
- le supplément d'inaptitude au travail, versé avec la prestation d'invalidité due à un accident de travail ou la pension de guerre;
- la pension de veuve ou de veuf de guerre;
- l'allocation de mère veuve;
- l'allocation de parent veuf;
- la pension de veuve ou de veuf.

Il devrait quand même demander l'indemnité pour soignant s'il reçoit de telles prestations, car elles pourraient être augmentées.

L'allocation de remplacement de l'emploi aide les personnes souffrant d'une maladie ou d'une invalidité à avoir un emploi.

Il est parfois difficile de connaître la nature des renseignements que cherchent les personnes. Dans le cas présent, elles veulent savoir quelle aide recevra un enfant handicapé de la part du régime de sécurité sociale. L'ESA n'offre pas d'aide spécifique aux enfants, sinon quand l'enfant n'est plus la personne à charge d'un parent et que la prestation pour enfants n'est plus versée. À ce stade, on considère que l'enfant handicapé est indépendant de ses parents et qu'il peut demander une prestation de son propre chef.

L'aide disponible comprend ce qui suit :

- les volets relatifs aux enfants handicapés du crédit universel, en plus du volet concernant les enfants sans invalidité et de la prestation pour enfants;
- les volets relatifs aux enfants handicapés du crédit d'impôt pour enfants (HMRC), en plus du volet concernant les enfants sans invalidité et de la prestation pour enfants;
- la DLA ou le PIP.

Dès qu'un enfant n'est plus une personne à charge pour ses parents et qu'il n'a plus droit au volet relatif aux enfants, il peut être admissible à l'allocation de remplacement de l'emploi (ESA).

Un demandeur peut avoir droit à l'ESA s'il répond aux critères suivants :

- Il a au moins 16 ans, il n'est pas une personne à charge pour ses parents ou ses tuteurs et il ne reçoit pas la prestation pour enfants.
- Il souffre d'une maladie ou d'une invalidité qui limite sa capacité de travail – cela s'applique peu importe sa situation d'emploi normale, c.-à-d. qu'il soit habituellement employé, travailleur autonome ou en chômage.
- Il n'a pas droit à la prestation de maladie prévue par la loi (Statutory Sick Pay [SSP]) ou il n'y a plus droit. La SSP est un paiement que versent les employeurs aux employés incapables de travailler en raison d'une affection ou d'une invalidité, et ce, pour une période maximale de 28 semaines.

Structure de l'ESA

- L'ESA compte deux phases, soit une phase d'évaluation et une phase principale. Cela tient au fait que le processus visant à déterminer si une personne a une capacité de travail réduite peut prendre trois mois environ.
- Au moment du dépôt de la première demande d'ESA, on verse une prestation à un taux de base (phase de l'évaluation) pendant la détermination de la capacité de travail. Durant la phase d'évaluation, la personne n'a pas à avoir d'activité liée au travail.
- Durant la phase d'évaluation, la personne remplit un questionnaire pour expliquer en quoi son état de santé a un effet sur elle. Puis, elle se soumet à une évaluation de la capacité de travail (Work Capability Assessment [WCA]) qui permet de déterminer si elle est apte au travail (non admissible à l'ESA) ou si elle appartient à l'un des deux groupes suivants :
 - ✓ Activité liée au travail – Les demandeurs classés dans ce groupe ont une capacité de travail limitée, mais ils peuvent prendre part à une certaine forme d'activité liée au travail. Ils ont l'obligation de participer à des entrevues axées sur le travail. On incite les demandeurs à prendre part à des activités, ce qui comprend du bénévolat ou du travail autorisé pouvant servir de point de départ pour un retour sur le marché du travail
 - ✓ Groupe de soutien – Les demandeurs classés dans ce groupe ne peuvent pas accomplir d'activités liées au travail et ils n'auront pas à assister à des activités axées sur le travail. Ils peuvent toutefois participer volontairement à des entrevues et à des activités axées sur le travail.

La WCA est une évaluation fonctionnelle de la capacité de travail. L'admissibilité à l'ESA ne dépend pas d'un état ou une invalidité, mais plutôt des effets de cet état ou de cette invalidité.

Pour avoir droit à l'ESA, l'enfant handicapé pourrait :

- être en congé ou sans emploi;
- être travailleur autonome;
- avoir au moins 16 ans, mais ne pas avoir atteint l'âge de la retraite (aux fins de l'étude, il doit avoir de 16 à 18 ans);
- ne pas avoir droit à l'allocation de demandeur d'emploi;
- travailler pour un employeur, mais ne pas pouvoir obtenir de prestation de maladie prévue par la loi;
- avoir reçu la prestation de maladie prévue par la loi, mais ne plus y avoir droit.

Il doit se soumettre à une [évaluation de la capacité de travail](#) durant l'évaluation de sa demande d'ESA. Cela permet de déterminer dans quelle mesure sa maladie ou son invalidité limite sa capacité de travail.

On le classera ensuite dans l'un des deux groupes suivants s'il est admissible à l'ESA :

- un groupe d'activité lié au travail, dans lequel il aura des entrevues régulières avec un conseiller;
- un groupe de soutien, dans lequel il n'aura pas d'entrevue.

Montant versé

Les taux de la DLA sont les suivants pour 2015-2016 :

DLA – SOINS ET MOBILITÉ	DLA - SOINS	DLA - SOINS	DLA - SOINS	DLA - MOBILITÉ	DLA - MOBILITÉ
	Taux élevé	Taux moyen	Taux bas	Taux élevé	Taux bas
4-6-2016 au 4-4-2016	82,30 £	55,10 £	21,80 £	57,45 £	21,80 £

Les besoins en soins et en mobilité sont reliés à de nombreuses conditions d'invalidité. Pour être admissible, il faut respecter l'une de ces conditions.

Le composant des soins compte trois taux qui dépendent de la fréquence et de l'ampleur des soins requis :

- le taux le plus bas - il est versé aux personnes qui ont une invalidité physique ou mentale si grave qu'elles ont besoin d'aide durant une partie de la journée (c.-à-d. environ une heure);
- le taux moyen - il est versé aux personnes qui ont une invalidité physique ou mentale si grave qu'elles ont besoin d'une aide fréquente ou d'une supervision constante durant la journée, d'une supervision la nuit ou d'une personne pour les aider pendant leur dialyse;
- le taux le plus élevé - il est versé aux personnes qui ont une invalidité physique ou mentale si grave qu'elles ont besoin d'aide ou d'une supervision la nuit et le jour ou qui souffrent d'une maladie en phase terminale.

Le composant de la mobilité compte deux taux qui dépendent de la difficulté qu'éprouve l'enfant à marcher :

- Taux le plus bas : L'enfant est capable de marche, mais son invalidité physique ou mentale est si grave qu'il a besoin d'aide ou de supervision à l'extérieur. Un enfant de moins de 16 ans peut aussi avoir besoin de beaucoup plus de consignes et de supervision de la part d'une autre personne que l'exigeraient habituellement d'autres enfants du même âge ayant une santé physique et mentale normale, ou avoir besoin de consignes ou de supervision que n'exigerait aucun enfant du même âge ayant une santé physique et mentale normale.
- Taux le plus élevé : L'enfant est incapable de marche, il peut marcher sur de courtes distances sans grand inconfort, il peut devenir très malade s'il tente de marcher ou bien il est aveugle ou il souffre d'une déficience visuelle grave. L'enfant souffre d'une déficience mentale grave, présente de graves problèmes de comportement et satisfait aux conditions du taux le plus élevé du composant des soins de la DLA; ou bien l'enfant a les deux jambes amputées à la cheville ou au-dessus de la cheville, il a une jambe amputée à la cheville ou au-dessus de la cheville et il n'a pas d'autre jambe ou il n'a pas de jambes du tout, comme si elles avaient été amputées à la cheville ou au-dessus de la cheville (p. ex., enfant né sans jambes).

Les conditions du taux le plus bas sont très différentes de celles du taux le plus élevé. Elles se rapportent aux besoins qu'ont les personnes pour sortir à l'extérieur, plutôt qu'à leur incapacité à marcher.

Les paiements des composants des soins et de la mobilité de la DLA prennent fin après 12 semaines si l'enfant de moins de 16 ans est hospitalisé. Si l'enfant est hospitalisé au moment du dépôt de la demande, il ne peut pas recevoir de paiements avant de recevoir son congé de l'hôpital. Si l'enfant se trouve dans un pensionnat ou un établissement de soins prolongés payés par des fonds publics, alors le paiement du composant des soins de la DLA prend fin après 28 jours. Le composant de la mobilité n'est pas touché.

Pour le PIP, il s'agit du même taux de paiement, sauf que le niveau le plus bas du composant des soins n'existe pas.

Pour l'**indemnité pour soignants**, le taux de paiement est de 61,35 £ par semaine. L'indemnité pour soignant est imposable.

En ce qui concerne l'**allocation de remplacement de l'emploi**, pour les 13 semaines suivant sa demande, l'enfant obtient habituellement le taux d'évaluation qui peut atteindre 57,35 £ par semaine s'il a moins de 25 ans.

Par la suite, s'il a droit à l'ESA, il est classé dans l'un des deux groupes possibles et il recevra :

- jusqu'à 101,15 £ par semaine s'il fait partie du groupe d'activité liée au travail;
- jusqu'à 108,15 £ par semaine s'il fait partie du groupe de soutien.

Critères médicaux

Le guide médical pour enfants contient des renseignements sur les besoins en soins et en mobilité pour les problèmes médicaux les plus courants.

Il peut aider le décideur à comprendre les preuves jointes aux demandes. Il peut aussi aider le décideur à déterminer à quel moment obtenir des conseils médicaux et auprès de quelle personne le faire. Les Services médicaux n'ont pas le pouvoir d'évaluer les demandes et ils ne peuvent pas formuler de conseils directs quant à l'admissibilité d'une personne à la suite de tests sur l'invalidité. Les Services médicaux ne donnent que des conseils.

Les Services peuvent offrir de l'aide dans les cas suivants :

- Il y a une divergence entre :
 - ✓ la description des effets d'un problème particulier dans le guide médical pour enfants; et
 - ✓ les preuves soumises par le demandeur. Ou
- Il y a des déclarations incohérentes dans le dossier demande. Ou
- Une corroboration ne correspond pas aux besoins exprimés dans la demande. Ou
- Le problème médical n'est pas inclus dans le guide médical pour enfants. Ou
- Il faut un pronostic pour aider à déterminer la durée des versements. Ou
- Il y a un doute quant au type de preuves supplémentaires pouvant s'avérer nécessaires.

Le décideur devrait examiner les preuves et déterminer ce qui suit : si la personne a une invalidité, les fonctions physiologiques touchées, si la personne a raisonnablement besoin d'attention pour ces fonctions, à quelle fréquence cette attention est requise et combien de temps elle durera.

Pour le **composant des soins**, l'importance de l'attention requise pour satisfaire aux conditions d'admissibilité n'est pas définie dans la loi. La décision doit être prise en fonction de ce qui suit :

- la fréquence et la forme de l'attention dont a besoin la personne;
- la preuve des exigences de la personne sur une période donnée.

Pour satisfaire aux conditions d'admissibilité, l'attention doit être raisonnablement nécessaire, et non requise d'un point de vue médical. Il faut cependant regrouper les soins médicaux (comme ceux d'une infirmière de quartier) raisonnablement nécessaires aux autres exigences d'attention ainsi que tenir compte de leur fréquence et de leur importance. Le facteur déterminant est le degré d'attention régulièrement nécessaire, et non le degré d'attention reçu.

Il peut y avoir des objets pour réduire les effets de l'invalidité d'une personne, mais le décideur doit déterminer s'il est raisonnable et faisable pour la personne handicapée de les obtenir et de les utiliser. Il faut tenir compte des conséquences de toute solution proposée.

Pour un enfant de moins de 16 ans, le décideur doit terminer si l'enfant a besoin qu'une autre personne lui prodigue beaucoup plus de soins, de consignes ou de supervision que l'exigeraient habituellement d'autres enfants du même âge, ou s'il a besoin de soins que l'on fournirait à des enfants plus jeunes ayant une santé physique et mentale normale, mais que l'on n'aurait pas à donner à un enfant du même âge ayant une santé physique et mentale normale.

Il revient au décideur de déterminer ce que signifie « beaucoup ». Il faut l'évaluer en fonction de l'attention ou de la supervision requises en temps normal par un enfant du même âge sans invalidité et non en fonction des choses dont aurait besoin un enfant faisant l'objet d'une demande de DLA si ce dernier n'avait pas d'invalidité physique ou mentale.

L'attention et la supervision dont ont besoin les enfants varient considérablement. À tous les âges, il existe une vaste gamme d'exigences relatives à l'attention ou à la supervision. Pour que l'on détermine qu'un enfant a besoin de « beaucoup » d'attention ou de supervision, il faut que cette attention et cette supervision dépassent les degrés que requiert habituellement un enfant du même âge sans invalidité.

Les critères médicaux se trouvent à l'adresse suivante : [Children's AZ of Medical conditions - Gov.uk](#)

Contrôles des demandes

Pour prendre une décision quant à la DLA, on utilise généralement la propre évaluation de la personne handicapée concernant les effets de la maladie ou de l'invalidité sur la vie de l'enfant. La véritable décision est cependant prise par un décideur indépendant (qui n'a pas de qualifications médicales). S'il a des questions, il peut s'adresser au demandeur pour que ce dernier lui fournisse des renseignements supplémentaires ou lui demander l'autorisation de communiquer avec d'autres personnes afin d'obtenir ces renseignements. Il peut également envoyer un médecin du ministère à la résidence du demandeur pour y faire un examen.

Pour le PIP, le demandeur est évalué par un professionnel de la santé indépendant qui aide le Department for Work and Pensions (DWP) à déterminer le type d'aide dont a besoin l'enfant. Il peut y avoir une consultation individuelle. Le DWP prend une décision pour la demande en fonction des résultats de l'évaluation, de la [demande](#) et des preuves à l'appui fournies par l'enfant.

Pour la CA, une part importante de l'examen est déjà fait à l'étape de la DLA ou du PIP. Le personnel du DWP analyse la demande.

Organisme responsable

Department for Work and Pensions

Suisse

Nom du programme

- Allocation pour mineur impotent
- Supplément pour soins intenses
- Contribution d'assistance

Objectifs du programme

Le programme a comme objectif d'indemniser la famille pour le surcroît de travail occasionné par le handicap d'un enfant et de permettre aux parents de réduire leurs activités professionnelles pour s'occuper davantage de leur enfant handicapé ou de leur donner les moyens d'engager une tierce personne pour s'occuper de l'enfant. Il vise aussi, au moyen d'une aide financière, à inciter les parents à prendre en charge leur enfant dans le cadre familial plutôt qu'en institution.

Conditions d'admissibilité

Ce sont trois prestations individuelles qui peuvent être cumulatives. Il est néanmoins nécessaire de bénéficier de l'allocation pour mineur impotent pour avoir droit aux deux autres.

Allocation pour mineur impotent

Un enfant est considéré comme impotent lorsqu'il a besoin d'une aide régulière d'autrui pour les actes ordinaires de la vie ou que son état nécessite des soins permanents ou une surveillance personnelle. L'enfant n'a pas droit à l'allocation pour impotent s'il a uniquement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Pour recevoir l'allocation pour mineur impotent, l'enfant doit :

- Avoir son domicile en Suisse et y résider habituellement (« habituellement » signifie que les séjours à l'étranger ne durent pas plus de trois mois par année);
 - ✓ À titre d'exception, l'enfant qui possède la citoyenneté suisse peut recevoir l'allocation si son domicile n'est pas en Suisse, mais qu'il y réside habituellement.
 - ✓ Les enfants des pays de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) de même que ceux de certains pays avec lesquels la Suisse a conclu une entente peuvent avoir droit à l'allocation s'ils remplissent la condition relative au domicile. Leur handicap peut avoir été diagnostiqué dans un pays autre que la Suisse.
 - ✓ Pour être admissibles, les enfants des pays qui n'ont aucune entente avec la Suisse doivent avoir résidé en Suisse au moins 10 ans où avoir droit à des mesures de réadaptation de l'assurance invalidité suisse.
- Avoir moins de 18 ans;
- Présenter une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique causée par une infirmité congénitale, une maladie ou un accident ;
- Souffrir d'une impotence de degré faible, moyen ou grave qui doit être présente pendant au moins une année;

L'enfant n'a pas droit à l'allocation pour impotent les jours qu'il passe en home ou ceux qu'il passe dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation s'il y passe également la nuit.

Pour les assurés âgés de moins d'un an, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de 12 mois. Pour les assurés de plus d'une année, le droit à l'allocation pour impotence prend naissance après l'écoulement d'une année d'attente suivant la survenance du besoin d'assistance.

Il existe trois degrés d'impotence :

1. L'impotence est réputée grave si l'enfant a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour les 6 actes ordinaires de vie et que son état nécessite en outre des soins permanents ou une surveillance personnelle.
2. L'impotence est réputée moyenne lorsqu'une personne, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :
 - ✓ d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins quatre des actes ordinaires de la vie; ou
 - ✓ d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux des actes ordinaires de la vie et nécessite en outre une surveillance personnelle permanente.
3. L'impotence est réputée faible lorsqu'une personne, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :
 - ✓ De façon régulière et importante de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ;
ou
 - ✓ d'une surveillance personnelle permanente; ou
 - ✓ de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par son infirmité; ou
 - ✓ de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, elle ne peut entretenir des contacts sociaux que grâce à eux.

L'aide est considérée comme régulière lorsque l'enfant en a besoin chaque jour. Elle est importante lorsque l'enfant ne peut plus accomplir une fonction sans aide ou qu'il ne peut plus le faire qu'au prix d'un effort excessif ou de manière inhabituelle. L'aide peut être directe ou indirecte. Elle est directe lorsque l'enfant n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes de vie ordinaires. Elle est indirecte lorsque l'enfant, tout en étant en mesure d'accomplir par lui-même les actes de vie ordinaires, ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même. Cela suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'enfant lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant aide au besoin. La surveillance est permanente lorsque la condition de l'enfant exige du tiers chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante.

Les critères applicables à l'évaluation de l'impotence des mineurs sont les mêmes que ceux appliqués aux adultes. Le besoin d'assistance est cependant déterminé par comparaison avec celui d'un enfant du même âge en bonne santé et l'importance des frais occasionnés par la prise en charge de l'enfant (présence constante de personnel soignant, usure du linge, etc...) constitue un critère supplémentaire d'appréciation.

Il existe des normes de référence qui stipulent ce qu'un enfant non handicapé est censé pouvoir effectuer sans aide, pour un âge moyen, et ce, pour chacun des six actes ordinaires de la vie. Ces à ces normes que l'on peut se référer lorsque l'on doit déterminer si l'enfant a besoin d'une aide régulière et importante dans l'exécution de ses activités quotidiennes normales. Ces normes de référence ne s'appliquent pas impérativement dans tous les cas. Dans la plupart des cas, des décalages « normaux » ou non liés à une pathologie (maladie) peuvent exister par rapport à ces normes temporelles, aussi bien vers le haut que vers le bas; ils ne seront pas pris en considération lors de l'évaluation du besoin d'assistance. Les normes sont présentées ci-dessous pour chacun des six actes ordinaires de la vie.

Il existe aussi une référence concernant le temps qui doit être normalement alloué aux différents actes ordinaires de la vie selon l'âge de l'enfant. Le tout a été développé d'après l'expérience des divers bureaux régionaux de l'Assurance invalidité.

Les six actes ordinaires de la vie définis par la pratique sont les suivants :

- **Se lever, s'asseoir, se coucher**

Il y a impotence lorsqu'il est impossible à la personne assurée de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. Les différentes situations (à la maison, au travail, ailleurs à l'extérieur) doivent être évaluées séparément. L'aide d'autrui nécessitée pour se lever de sièges bas (dont l'assuré n'a pas absolument besoin) ou du sol ou pour monter dans une automobile n'est pas importante et quotidienne. Par conséquent, on n'est pas en présence d'un cas d'impotence régulière et importante. En revanche, s'il est impossible à la personne assurée, une fois au lit, de se couvrir ou de s'allonger elle-même, elle est considérée comme impotente en ce qui concerne cet acte ordinaire de la vie.

La nécessité de la présence d'un tiers lorsque l'assuré doit se lever la nuit n'a d'importance que du point de vue de la surveillance personnelle, elle n'en a cependant pas en ce qui concerne l'acte ordinaire de la vie «se lever ».

Références concernant l'évaluation de l'impotence

En moyenne, à 15 mois, un enfant se tient debout sans aide. Il peut changer de position seul. À 24 mois, il s'assoit seul sur une chaise ou à table.

Jusqu'à 12 mois, le temps consacré aux différentes fonctions de ce domaine d'activité devrait prendre environ 20 minutes. Jusqu'à 2 ans 10 minutes.

- **Se vêtir, se dévêtir**

Il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut elle-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou une prothèse, lorsque la personne peut certes s'habiller seule, mais qu'il faut lui préparer ses habits ou qu'il faut contrôler si sa tenue correspond aux conditions météorologiques ou encore qu'elle n'ait pas enfilé ses habits à l'envers.

Références concernant l'évaluation de l'impotence

En moyenne, à 3 ans, l'enfant peut se vêtir et se dévêtir mais il peut encore avoir besoin d'aide pour quelques opérations (boutonner ses habits). À 5 ans, il met ses chaussures au bon pied et remarque l'endroit et l'envers des habits. Il peut en général s'habiller et se déshabiller seul. À 6 ans, il peut lacer ses souliers et les boutons ne lui posent plus de difficultés. À partir de 10 ans, il n'a plus besoin de contrôle.

Jusqu'à 3 ans, le temps consacré aux différentes fonctions de ce domaine d'activité devrait prendre environ 20 minutes. Jusqu'à 6 ans 15 minutes et jusqu'à 10 ans 5 minutes.

- **Manger** (couper sa nourriture, amener la nourriture à sa bouche, apporter le repas au lit);

Il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui. Un régime alimentaire (par exemple, dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence. En revanche, impotence il y a lorsque la personne assurée peut certes manger seule mais ne peut pas couper ses aliments elle-même, lorsqu'elle ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'elle ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts.

La nécessité de se faire accompagner pour se rendre à table ou quitter la table ou d'être aidé pour y prendre place ou se lever n'est pas significative puisqu'elle est déjà prise en considération dans les actes ordinaires de la vie correspondants (se lever, s'asseoir, se coucher et se déplacer). En revanche, il y a impotence lorsqu'il s'avère nécessaire d'apporter un des repas principaux au lit en raison de l'état de santé (objectivement considéré) de la personne assurée.

Références concernant l'évaluation de l'impotence

En moyenne, à 13 mois, l'enfant peut boire seul au biberon et manger lui-même de petits morceaux (biscuits ou fruits) avec les doigts. À 18 mois, il peut manier sa cuillère avec assurance, de même que sa tasse, qu'il soulève et repose seul lorsqu'il a bu. À 3 ans, il n'a plus que rarement besoin d'aide pour manger de la nourriture coupée en morceaux. Il sait se servir d'une cuillère et d'une fourchette. À 6 ans, il peut couper lui-même ses aliments (excepté les aliments relativement durs comme la viande). Il se sert de ses couverts sans plus de problème. À 8 ans, il mange de façon indépendante y compris les aliments relativement durs.

On peut également tenir compte des points suivants : la préparation de purée ou de bouillies après 2 ans d'âge, l'alimentation par sonde (dès le début du surcroît de soins), la surveillance en raison de risque d'étouffement en mangeant (épilepsie par exemple) dès 12 mois, des repas plus fréquents (à partir de 5 par jour en cas de troubles du métabolisme et d'affections de l'estomac et des intestins, dès le début du surcroît de soins) ou pour des enfants autistes / hérétiques qui doivent être continuellement ramenés à table pendant qu'ils mangent (dès 6 ans).

Jusqu'à 13 mois, le temps consacré aux différentes fonctions de ce domaine d'activité devrait prendre environ 105 minutes. Jusqu'à 18 mois 90 minutes, jusqu'à 3 ans 60 minutes, jusqu'à 6 ans 15 minutes et jusqu'à 8 ans 5 minutes. À partir de 3 ans, on peut mettre en moyenne 75 minutes par jours pour les 3 repas (15 minutes pour le petit déjeuner et 30 minutes pour les deux autres repas) pour le temps de présence à table, lorsque la mère ou le père peut manger aux côtés de l'enfant.

- **Faire sa toilette** (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou une douche)

Il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut effectuer elle-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher).

Références concernant l'évaluation de l'impotence

En moyenne, à 6 ans, l'enfant n'accepte plus volontiers d'aide pour son hygiène. Un contrôle est cependant encore nécessaire. À partir de 8 ans, il peut se laver les cheveux et se coiffer en étant contrôlé. À partir de 10 ans, il n'a plus besoin de contrôle régulier.

Jusqu'à 6 ans, le temps consacré aux différentes fonctions de ce domaine d'activité devrait prendre environ 30 minutes. Jusqu'à 8 ans 15 minutes et jusqu'à 10 ans 5 minutes.

- **Aller aux toilettes** (se rhabiller, hygiène corporelle, façon inhabituelle d'aller aux toilettes)

Il y a impotence lorsque la personne assurée a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène ou se rhabiller. C'est également le cas dans la mesure où il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (exemple : porter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner etc.).

Références concernant l'évaluation de l'impotence

En moyenne, à 3 ans, l'enfant n'a plus besoin de couche pendant la journée. À 4 ans, les couches ne sont plus nécessaires la nuit étant donné que, en règle générale, l'enfant ne mouille plus. Il peut aller seul aux toilettes mais a encore besoin de contrôle (propreté, rhabillage). À 6 ans, il peut se nettoyer lui-même.

Jusqu'à 3 ans, le temps consacré aux différentes fonctions de ce domaine d'activité devrait prendre environ 30 minutes par jour (en partant de l'hypothèse que les langes sont changées 6 fois par jour). Jusqu'à 4 ans 10 minutes et jusqu'à 6 ans 5 minutes.

- **Se déplacer** (dans son habitation ou à l'extérieur), entretenir des contacts sociaux

Il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut plus elle-même, quand bien même elle dispose de moyens auxiliaires, se déplacer dans le logement ou à l'extérieur ou entretenir des contacts sociaux.

Par contacts sociaux, on entend les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (p. ex. lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses, etc.).

Références concernant l'évaluation de l'impotence

En moyenne, à 10 mois, l'enfant peut se déplacer à quatre pattes. À 15 mois, il peut marcher seul. À 2 ans, il peut monter seul les escaliers. À partir de 5 ans, il noue des contacts sociaux dans son environnement proche. Son langage est la plupart du temps compréhensible, même pour ceux qui ne le connaissent pas. Il fait seul le trajet sans danger qui mène à l'école. Il connaît les règles sociales et peut tenir une conversation. À partir de 8 ans, il a conscience des règles de la circulation et peut apprécier le danger.

Supplément pour Soins Intenses

L'allocation pour impotents mineurs qui résident à la maison peut être complétée par un supplément pour soins intenses lorsque, en raison de leur atteinte à la santé, ils nécessitent des soins supplémentaires quotidiens d'au moins 4 heures. Pour la détermination de l'assistance est pris en compte le surcroît dû au traitement médical et aux soins de base en comparaison avec un mineur du même âge en bonne santé.

Il existe 3 degrés de supplément pour soins intenses :

- au moins 4 heures par jour
- au moins 6 heures par jour
- au moins 8 heures par jour

En outre, la surveillance personnelle permanente peut être prise en compte lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut pas être laissée seule. (Existence d'une mise en danger de soi-même ou d'un tiers).

Si l'enfant n'a pas droit à l'allocation pour impotent, il n'a pas droit à un éventuel supplément pour soins intenses.

Contribution d'Assistance

Il s'agit d'une prestation qui permet au bénéficiaire d'une allocation pour impotent qui vit ou souhaite vivre à domicile et qui nécessite une aide régulière d'engager une personne qui lui fournira l'assistance dont il a besoin.

Pour recevoir la Contribution d'Assistance, l'enfant doit :

- Bénéficier de l'allocation pour impotent;
- Vivre chez lui; et
- Suivre de façon régulière l'enseignement scolaire obligatoire dans une classe ordinaire, une formation professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi ou une autre formation du degré secondaire supérieur; ou
- Exercer une activité professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi à raison d'au moins dix heures par semaine; ou
- Bénéficier d'un supplément pour soins intenses à raison d'au moins six heures par jour.

Le besoin d'aide peut être reconnu si la personne assurée nécessite une aide régulière, pendant au moins trois mois, dans les domaines suivants :

- actes ordinaires de la vie (se vêtir/se dévêtir, se lever, s'asseoir, manger, etc.);

- participation à la vie sociale et à l'organisation des loisirs;
- éducation et garde des enfants;
- exercice d'une activité d'intérêt public ou d'une activité bénévole;
- formation professionnelle initiale ou continue;
- exercice d'une activité professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi;
- surveillance pendant la journée;
- prestations de nuit (surveillance et aide).

L'aide est régulière quand le besoin d'aide permet de mener une vie normale sur le long terme.

Une quantité limitée d'heures, calculée pour chaque cas individuel, est prise en charge.

Chaque domaine (tels que les actes ordinaires de la vie, le ménage, la participation à la vie sociale, etc.) est subdivisé en sous-domaines (alimentation par exemple), chaque sous-domaine est subdivisé en plusieurs activités (préparer les repas par exemple) et chaque activité se décompose en plusieurs actes (éplucher, couper, faire cuire, etc... par exemple).

Le besoin d'aide est calculé au moyen d'un instrument d'enquête standardisé (FAKT) pour les prestations d'aide directes et indirectes. Sont reconnues comme aide directe, outre les prestations destinées à soutenir ou à réaliser des activités, les prestations qui compensent des troubles de l'audition ou de la vue (interprétation, alphabet manuel, lecture). Sont reconnus comme aide indirecte les instructions, le contrôle et la surveillance lors de l'exécution des activités.

Dans chaque domaine ou sous-domaine, le besoin d'aide est divisé en cinq degrés, auxquels correspondent des valeurs en temps pour le besoin d'aide : le degré 0 s'applique pour l'enfant qui est autonome; le degré 1 s'applique s'il ne s'agit que d'une aide minime ou sporadique, mais régulière au sens de la contribution d'assistance; le degré 2 s'applique lorsque l'enfant a besoin d'aide pour plusieurs actes, mais qu'il peut encore faire des choses par lui-même; le degré 3 s'applique quand l'enfant ne peut participer que de façon minime aux différents actes ou n'apporter qu'une modeste contribution pour faciliter l'exécution de la tâche; le degré 4 s'applique quand une contribution modeste à un acte ou une aide pour son exécution n'est plus possible.

Chaque domaine ou sous-domaine est subdivisé en différentes activités. Pour chacune d'entre elles, il faut décider dans quel degré classer l'enfant. Une valeur en minutes est associée à chaque degré. Le total des valeurs en minutes correspondant à chaque activité donne le degré dans le domaine ou le sous-domaine en question. Chez les enfants une partie du besoin d'aide dépend de l'âge et non du handicap. Le classement dans le degré correspondant s'effectue néanmoins de la même manière que pour les adultes. A dépendance du domaine ou sous-domaine et de l'âge de l'assuré, le besoin d'aide est ensuite réduit d'un pourcentage allant de 25 % à 100 %.

Dans chaque domaine, des suppléments peuvent être accordés aux assurés dont le besoin est avéré et dépasse le cadre temporel disponible (par ex. on peut octroyer un supplément de 10 minutes si l'assuré a des spasmes violents dans le domaine Se vêtir et se dévêtir). En règle générale, ces suppléments ne peuvent être octroyés que si le besoin d'aide normal dans le domaine ou sous-domaine correspondant atteint au moins le degré 3.

Montant versé

L'allocation pour enfant impotent est calculée sur base journalière et varie selon le degré de l'impotence. Le versement de l'allocation peut être rétroactif sur 12 mois à partir du moment de la réception de la demande.

En 2015, elle est de 15,70 francs suisses en cas d'impotence faible, de 39,20 francs suisses en cas d'impotence moyenne ou de 62,70 francs suisses en cas d'impotence grave.

À cela peut s'ajouter un supplément pour soins intenses qui est calculé sur base journalière et varie selon le nombre d'heures de soins supplémentaires requis par jour par l'enfant.

En 2015, le supplément pour soins intenses est de 15,70 francs suisses pour un besoin de soins d'au moins 4 heures par jours, de 31,30 francs suisses pour un besoin de soins d'au moins 6 heures par jour ou de 47,00 francs suisses pour un besoin de soins d'au moins 8 heures par jour. Il est versé pour tous les jours que l'enfant reste à la maison et ne passe pas la nuit dans un home.

L'allocation et le supplément sont non imposables.

L'allocation et le supplément ne dépendent pas des revenus de la famille ou de leurs avoirs.

Si l'enfant est placé dans un home, un établissement de réadaptation ou dans un établissement hospitalier, l'allocation et le supplément ne sont pas versés.

Un home représente toute forme de logement collectif qui sert à l'encadrement et/ou aux soins, mais non au traitement curatif.

La contribution d'assistance est calculée en fonction du temps nécessaire pour les aides dont la personne a régulièrement besoin. Dans le calcul, est déduit le temps déjà pris en compte dans d'autres prestations (allocation pour impotent, supplément pour soins intenses pour les mineurs, les soins de base de l'assurance-maladie obligatoire, etc.).

La contribution d'assistance se monte à 32.90 francs par heure. Si, en raison du handicap de l'enfant, l'assistant doit disposer de qualifications particulières pour fournir les prestations requises dans les domaines suivants : exercice d'une activité d'intérêt public ou d'une activité bénévole, formation professionnelle initiale ou continue, exercice d'une activité professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi, le montant de la contribution d'assistance peut s'élever à 49.40 francs par heure.

Le montant pour les prestations de nuit est calculé au cas par cas en fonction de l'intensité de l'aide à apporter à l'enfant, il s'élève toutefois à 87.80 francs par nuit au maximum. Les sommes versées incluent les cotisations de l'employé et de l'employeur aux assurances sociales ainsi que les indemnités de vacances.

Critères médicaux

L'admissibilité aux différentes prestations ne dépend que des besoins occasionnés par le handicap de l'enfant et en comparaison avec ceux d'un enfant non handicapé du même âge. On va référer à la pathologie de l'enfant pour voir si le besoin d'aide coïncide bien avec cette dernière.

Contrôles des demandes

Des enquêtes sont menées au domicile de l'enfant afin de constater ses limitations dans la vie de tous les jours, d'un éventuel besoin d'assistance supplémentaire qui pourrait lui être attribué.

Le rapport d'enquête effectué par l'Office de l'Assurance Invalidité ou habite l'enfant (ces offices sont présents dans chacun des cantons suisses) est ensuite comparé avec les documents fournis par le médecin traitant. Si des divergences importantes sont constatées, le dossier est soumis à des médecins du Service Médical Régional (SMR) afin que ces derniers procèdent à son évaluation médicale.

Les médecins du SMR peuvent conseiller l'Office de l'Assurance Invalidité à savoir si la nature du handicap peut l'empêcher de réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne et dans quelle mesure.

L'Office de l'Assurance Invalidité est par la suite en mesure de rendre sa décision quant à l'admissibilité de l'enfant à l'allocation pour impotent et au supplément pour soins intenses.

La demande pour avoir droit à une contribution d'assistance est distincte de celle de l'allocation pour impotent et du supplément pour soins intenses. L'office de l'Assurance invalidité régionale recueille les données et documents nécessaires à l'évaluation du cas et à la prise de décision. Une enquête est effectuée au domicile de l'enfant et les informations recueillies peuvent être soumises au service médical régional pour vérification du besoin d'assistance.

Organisme responsable

Office de l'Assurance invalidité du canton où réside l'enfant impotent

Interprétation du handicap (processus de production du handicap [PPH];

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF])

Pour établir les critères d'admissibilité aux différentes prestations pour enfants handicapés ou pour évaluer le handicap de l'enfant, le PPH et la CIF ne sont pas utilisés.