

**PROGRAMME**  
**« SERVICES INTENSIFS DE MAINTIEN À DOMICILE**  
**POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES »**

**CADRE DE GESTION**

Direction de l'organisation et de la coordination des services

Adopté par le conseil d'administration  
le 21 juin 2000

**Juin 2000**

Responsable du projet :

M<sup>me</sup> Céline Gagnon

---

Rédaction :

M<sup>me</sup> Céline Gagnon

---

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2000.

ISBN : 2-89548-049-4

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2000  
Bibliothèque nationale du Québec

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

## **AVANT-PROPOS**

Nous voulons exprimer nos remerciements à tous ceux (organismes communautaires, représentants des établissements et partenaires du réseau) qui ont participé aux différentes étapes de révision et qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Nos remerciements s'adressent également à M<sup>me</sup> Marlène Chevanel du CLSC La Source.

Nous voulons également mentionner l'implication de la Table des directeurs généraux des CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches ainsi que la Table des coordonnatrices et des coordonnateurs de maintien à domicile des CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches pour leur soutien et leur contribution significative.

Finalement, nous tenons à remercier plus particulièrement M<sup>mes</sup> Ginette Bourret, Lucette Bilodeau et Sophie Veilleux pour la mise en forme du document.



## COMPOSITION DU COMITÉ DE TRAVAIL

### Liste des membres du comité de travail pour la révision du « cadre de gestion du programme SIMAD pour les personnes handicapées »

M <sup>me</sup> Ginette Bernier	Représentante de la Table des coordonnatrices et coordonnateurs de maintien à domicile de la région de la Chaudière-Appalaches
M. Michel Lemay	Représentant du Regroupement des personnes handicapées de Chaudière-Appalaches
M <sup>me</sup> Céline Gagnon	Régie régionale de Chaudière-Appalaches, responsable du comité de travail
M <sup>me</sup> Caroline Godère	Représentante des ergothérapeutes des CLSC
M <sup>me</sup> Nancy Lizotte	Représentante des intervenants en déficience intellectuelle des CLSC
M <sup>me</sup> Simonne Paradis	Représentante de la Table des coordonnatrices et coordonnateurs de maintien à domicile de la région de la Chaudière-Appalaches
M <sup>me</sup> Lucie Patry	Représentante de l'Office des personnes handicapées du Québec
M. Jocelyn Perrault	Régie régionale de Chaudière-Appalaches
M <sup>me</sup> Suzanne Roy	Représentante du personnel administratif des CLSC
M <sup>me</sup> Francine Welman	Personne-ressource du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Chaudière-Appalaches



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. PRINCIPES DE BASE.....</b>	<b>3</b>
1.1 Principe des droits acquis .....	3
1.2 Couverture du plan d'intervention.....	3
<b>2. OBJECTIF DU PROGRAMME.....</b>	<b>5</b>
<b>3. DÉFINITION DE LA CLIENTÈLE CIBLE .....</b>	<b>7</b>
<b>4. CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE CIBLE.....</b>	<b>7</b>
4.1 Milieu de vie.....	9
4.2 Âge .....	9
4.3 Spécificité des besoins.....	10
<b>5. SERVICES.....</b>	<b>11</b>
5.1 Nature des services .....	11
5.1.1 Particularités .....	11
5.2 Critères d'exclusion.....	12
5.3 Services exclus .....	12
<b>6. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ.....</b>	<b>13</b>
6.1 Demande de plan d'intervention : aide physique et domestique .....	13
6.2 Demande de gardiennage.....	13
<b>7. CRITÈRES DE PRIORITÉS .....</b>	<b>15</b>
7.1 Milieu de vie.....	15
7.2 Présence de ressources.....	15
7.3 Besoins potentiels de l'utilisateur .....	17
7.4 Situation financière.....	17
<b>8. ÉVALUATION DES BESOINS DE L'USAGER ET DE SON RÉSEAU DE SUPPORT .....</b>	<b>18</b>

8.1 Outils d'évaluation et de détermination des services .....	18
8.2 Règles de base pour l'évaluation et la détermination des services .....	19
<b>9. MANDAT DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN CLSC.....</b>	<b>21</b>
<b>10. MODALITÉS ADMINISTRATIVES .....</b>	<b>23</b>
10.1 Modalités d'attribution.....	23
10.2 Modalités de paiement.....	24
10.3 Modalités lors d'un transfert d'un usager.....	24
10.4 Contrôle financier – suivi du paiement .....	25
<b>11.....RESPONSABILITÉS DES CLSC CONCERNANT LA GESTION DU PROGRAMME .....</b>	<b>27</b>
<b>12 RESPONSABILITÉS DE LA RÉGIE RÉGIONALE .....</b>	<b>29</b>
<b>13. COMITÉ CONSULTATIF RÉGIONAL .....</b>	<b>31</b>
13.1 Mandat du comité.....	31
<b>ANNEXE A</b>	
LE PATIENT GÉRIATRIQUE : RÉSUMÉ DE SES CARACTÉRISTIQUES	
<b>ANNEXE B</b>	
CLASSIFICATION DES DÉFICIENCES ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (SYNTHÈSE OPHQ)	
<b>ANNEXE C</b>	
ENGAGEMENT DE L'USAGER OU DE SON RÉPONDANT	
<b>ANNEXE D</b>	
PROTOCOLE D'ENTENTE	
<b>ANNEXE E</b>	
GRILLE DE PRIORITÉS	
<b>ANNEXE F</b>	
NATURE DES SERVICES	
<b>ANNEXE G</b>	
COPIE DU FORMULAIRE DÉSIGNÉ	
<b>ANNEXE H</b>	
DÉTERMINATION DES SERVICES	
<b>ANNEXE I</b>	
MODALITÉS DE TRANSFERT	
<b>ANNEXE J</b>	
AUTORISATION DE TRANSFERT DU DOSSIER DE L'USAGER	
<b>ANNEXE K</b>	
CONTENU DE DOSSIER DE L'USAGER À TRANSFÉRER DU CLSC D'ORIGINE AU CLSC D'ACCUEIL (INTRA ET INTERRÉGIONAL)	

**ANNEXE L**

GRILLE SYNTHÈSE DU PLAN D'INTERVENTION DE L'USAGER

**ANNEXE M**

COMPTE RENDU DE GESTION INDIVIDUELLE (AUTOGESTION)  
SERVICES INTENSIFS DE MAINTIEN À DOMICILE POUR LES PERSONNES  
HANDICAPÉES

**ANNEXE N**

AUTORISATION À TRANSMETTRE LES RENSEIGNEMENTS AU COMITÉ  
CONSULTATIF RÉGIONAL

**ANNEXE O**

GRILLE DE RÉÉVALUATION

**LISTE DES RÉFÉRENCES**

**LEXIQUE**



## INTRODUCTION

En novembre 1990, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de Québec formait un comité de travail ayant le mandat de planifier le transfert du programme SIMAD 4 pour les personnes handicapées en CLSC dans une perspective d'harmonisation des programmes de maintien à domicile, notamment SIMAD 2 – longue durée. Des consultations ont été réalisées auprès des responsables du secteur maintien à domicile du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du Comité de maintien à domicile des CLSC, de la Commission régionale sur les CLSC et auprès de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ).

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

En avril 1993, la gestion de ce programme fut transférée de la Régie régionale de Québec à la Régie régionale de Chaudière-Appalaches.

En avril 1996, le conseil d'administration de la Régie régionale de Chaudière-Appalaches accepta la décentralisation de la gestion de ce programme dans chacun des CLSC.

Il est important de mentionner que les membres du comité de travail ont privilégié de présenter le cadre de gestion révisé sous deux volets séparés, soit : « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées » et « Soutien à la famille pour les personnes handicapées ».

Ce cadre de gestion est la politique régionale officielle du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées ». Il a comme objectif de soutenir les CLSC qui ont la responsabilité de voir à l'application de ce programme pour la clientèle admissible de la région de la Chaudière-Appalaches.

Le présent document vise une mise à jour du plan d'organisation transféré par la Régie régionale de Québec à la Régie régionale de Chaudière-Appalaches en 1993, étant donné les multiples changements survenus depuis cette date, notamment la mise en place du chèque emploi-service et des entreprises d'économie sociale.

Ce cadre de gestion, en remplacement du plan d'organisation de septembre 1991, est élaboré dans le contexte de cette décentralisation du programme. Il précise les différents aspects reliés à la clientèle, aux critères d'admissibilité, d'exclusion et de priorités aux services, à l'évaluation des besoins et aux modalités administratives. De plus, il énumère les responsabilités des CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches, de la Régie régionale de Chaudière-Appalaches et il précise le rôle du comité consultatif régional.

## 1. PRINCIPES DE BASE

Les principes suivants font partie des conditions essentielles à l'application du programme dans le but d'assurer une équité et une uniformité régionale.

### 1.1 PRINCIPE DES DROITS ACQUIS

Le principe des droits acquis regroupe les aspects suivants :

- l'allocation directe et la gestion individuelle sont des modes de financement du plan d'intervention pour les services non couverts par le programme chèque emploi-service et les entreprises d'économie sociale;
- le budget de ce programme doit être réservé à la clientèle cible;
- la continuité des plans d'intervention : tout plan d'intervention évalué et reconnu antérieurement sur les territoires de la région de la Chaudière-Appalaches, avec un outil autre que les formulaires prévus<sup>1</sup> pour la détermination des services, ne doit pas subir de fluctuation dans les heures-services si la situation de l'utilisateur demeure inchangée. La réévaluation précisera la situation de l'utilisateur quant aux services requis.

### 1.2 COUVERTURE DU PLAN D'INTERVENTION

Pour le programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées », le financement doit couvrir la totalité des **besoins réels requis** prévus avec le formulaire désigné.

Ce mode de financement peut impliquer la création d'une liste d'attente lorsque le budget s'avère insuffisant. Si les besoins réels ne sont pas tous couverts, les écarts devront également être indiqués sur une liste d'attente. La prise en charge des usagers en attente demeure la responsabilité de chaque CLSC selon les ressources financières disponibles.

---

<sup>1</sup> Le formulaire utilisé est le CTMSP jusqu'à la mise en place de l'outil d'évaluation multiclientèle



## **2. OBJECTIF DU PROGRAMME**

Ce programme vise à répondre aux besoins de services des personnes handicapées et de leur famille à l'égard de leur maintien à domicile dans une perspective de conservation de leur autonomie et de leur intégration dans la communauté. Il intègre également la notion de soutien aux rôles parentaux et de préservation du milieu familial.



### 3. DÉFINITION DE LA CLIENTÈLE CIBLE

La Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées définit la personne handicapée comme suit :

« Toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse, ou tout autre moyen pour pallier son handicap. »<sup>2</sup>

À partir de cette définition, la clientèle cible admissible au programme se définit comme suit:

« Toute personne handicapée au plan moteur, sensoriel ou intellectuel qui, après un processus de réadaptation correspondant à sa ou ses déficiences, doit recourir à des services d'assistance physique et domestique pour l'accomplissement d'activités quotidiennes normales (lever, coucher, toilette et hygiène personnelle, repas, entretien, etc...) sur une base continue, selon des horaires de jour, de soir, parfois de nuit, pour un nombre minimum de cinq heures par semaine pour les besoins réels (selon le système d'évaluation prévu). »<sup>3</sup>

Dans la perspective du soutien aux rôles parentaux, une clientèle est ciblée, soit les parents handicapés admissibles au programme ayant des enfants à charge.

---

<sup>2</sup> Article 1g. Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées. L.R.Q., chapitre E-20.1.

<sup>3</sup> Les usagers ne répondant pas aux critères d'admissibilité de ce programme seront référés à d'autres programmes, répondant à leurs besoins, offerts par le CLSC de leur territoire respectif.



## **4. CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE CIBLE**

### **4.1 MILIEU DE VIE**

Tout domicile privé (maison privée, logement, appartement, chambre : voir lexique) est considéré comme un milieu de vie naturel. Les résidences privées sont considérées comme des domiciles seulement pour les services non couverts dans les baux ou contrats convenus entre les promoteurs ou les propriétaires et les locataires.

### **4.2 ÂGE<sup>4</sup>**

Les personnes admissibles au programme ont entre 0 et 60 ans, avec les particularités suivantes :

- les besoins des enfants en bas âge doivent être évalués à l'égard des besoins spécifiques d'un enfant non handicapé du même groupe d'âge;
- pour les enfants en situation de garde partagée, 3 situations peuvent se présenter :
  - lorsque les parents demeurent sous le même territoire, le CLSC doit procéder à la mise en place du plan d'intervention avec subvention annuelle globale;
  - lorsque les parents demeurent sur des territoires de CLSC différents, chacun des CLSC est responsable de sa partie du plan d'intervention, mais il doit y avoir entente avec l'autre CLSC, en ce qui concerne le contenu du plan d'intervention;
  - lorsque les parents demeurent dans des régions différentes, les 2 CLSC impliqués doivent s'entendre sur le contenu du plan d'intervention respectif à chacune des régions.

Les usagers de 60 ans et plus qui ont actuellement un plan d'intervention actif, et dont les services sont financés par le programme, doivent demeurer inscrits au programme (droits acquis);

---

<sup>4</sup> Les usagers ne répondant pas aux critères d'admissibilité de ce programme seront référés à d'autres programmes, répondant à leurs besoins, offerts par le CLSC de leur territoire respectif.

Pour les nouveaux usagers ayant entre 60 et 64 ans inclusivement, l'évaluation et l'admissibilité au programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées » relèvent de l'équipe interdisciplinaire de chaque CLSC, supportée par la définition des caractéristiques du patient gériatrique (annexe A : le patient gériatrique : résumé de ses caractéristiques).

#### 4.3 SPÉCIFICITÉ DES BESOINS

- La majorité des personnes handicapées requièrent des services pour une longue durée, compte tenu de leur âge et de la persistance de leurs limitations dans l'accomplissement des activités quotidiennes. Leur réseau de support présente conséquemment des besoins de soutien importants.
- Ceci implique un recours à différents organismes ou ressources pouvant répondre aux besoins des personnes handicapées et de leur réseau de support. La gamme de ces ressources tient compte des aspects de bien-être physique ainsi que de soutien aux familles.
- Les besoins en éducation et en intégration sociale, soit en milieu de travail, en loisir, en transport, en aide technique et en aménagement de milieu de vie, sont aussi des aspects à considérer.
- C'est pourquoi l'analyse des besoins des personnes handicapées doit intégrer dans un **plan de services**, l'ensemble des services requis pour chaque personne. Il s'avère majeur de conserver une vision dynamique des besoins diversifiés et évolutifs des personnes handicapées lors de l'évaluation biopsychosociale effectuée dans le cadre du programme.

## **5. SERVICES**

### **5.1 NATURE DES SERVICES**

Les services admissibles touchent l'aide physique et domestique, les travaux lourds, le gardiennage ainsi que le soutien aux rôles parentaux et, dans certains cas, le répit et le répit hébergement (annexe F : nature des services).

**L'utilisateur admissible aux services d'aide physique et domestique du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées » n'est inscrit qu'à celui-ci, même s'il reçoit des services décrits au programme « Soutien à la famille pour les personnes handicapées » (annexe F : nature des services).**

#### **5.1.1 Particularités**

- Le soutien aux rôles parentaux d'une personne handicapée ayant charge d'une famille, s'inscrit dans le plan de services de l'utilisateur selon le taux en vigueur. Il faut toutefois tenir compte :
  - de l'âge de l'enfant;
  - de la présence et du rôle du parent non handicapé;
  - du nombre d'heures déjà accordées au parent handicapé et de la possibilité d'intégrer les services requis en soutien aux rôles parentaux. À titre d'exemple, la préparation des repas pour une personne ou pour plusieurs pourrait présenter peu d'écart dans certains cas.
  
- L'annexe F (nature des services) explique les modalités reliées aux services quant :
  - au plan d'intervention : définition des services;
  - à la norme standard désignant la base d'analyse;
  - au taux horaire par service.

## 5.2 CRITÈRES D'EXCLUSION

- La personne handicapée est en processus de réadaptation intensive.
- La personne reçoit des services de la Société de l'assurance-automobile du Québec (SAAQ), des Anciens combattants, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou de tout autre organisme ou ressource palliant aux incapacités de l'utilisateur et de son réseau de support. Il en est de même de l'utilisateur en ressources de type familial ou en ressources intermédiaires.
- La personne handicapée requiert moins de cinq heures de services réels en aide physique et domestique par semaine selon le système d'évaluation prévu. Il est à préciser qu'un usager ne répondant pas à ce critère devra être référé à un autre programme.
- Les nouveaux usagers ayant entre 60 et 64 ans inclusivement présentant un profil gériatrique (annexe A : le patient gériatrique : résumé de ses caractéristiques).

## 5.3 SERVICES EXCLUS

- **Les activités de stimulation précoce ne sont pas admissibles au programme,** mais relèvent de milieux spécialisés (ex. : programme d'exercices ou de traitements spécifiques à domicile).
- **Les services d'accompagnement et de soutien civique ne sont pas admissibles pour l'utilisateur handicapé** (ex. : rédaction de lettres, envoi de documents, budget, magasinage, appels téléphoniques, travaux scolaires, transport, etc.).
- **Les services dispensés par des membres de la famille résidant sous le même toit sont exclus du programme.**

## 6. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

### 6.1 DEMANDE DE PLAN D'INTERVENTION : AIDE PHYSIQUE ET DOMESTIQUE

- La personne requérant des services doit correspondre à la définition de la clientèle cible (p. 7).
- La personne handicapée doit être disposée, dans la mesure du possible, à chercher avec son réseau naturel tout le support extérieur essentiel à la conservation de son autonomie et à gérer ses services. Un support peut être apporté par le CLSC.
- La personne handicapée doit être en mesure de gérer la subvention accordée avec ou sans l'aide du CLSC. Dans certains cas, le CLSC devra gérer cette subvention ou désigner une personne pour en assumer la gestion. Dans les situations où il y a une curatelle, une attestation doit se retrouver au dossier de l'utilisateur.
- La personne doit disposer d'un minimum d'autonomie sociale. Un réseau minimal de support est aussi souhaitable.
- La personne doit nécessiter des **besoins de services de cinq heures et plus par semaine en aide physique et domestique**, au niveau des besoins réels requis. Ils correspondent aux besoins potentiels moins ceux dispensés par le réseau de support.
- La personne et son réseau de support doivent accepter de se conformer aux exigences du programme et collaborer à l'exécution du plan d'intervention. Ils doivent utiliser l'allocation pour l'obtention des services prévus à l'entente seulement et accepter la participation de ressources complémentaires pouvant s'intégrer dans le plan de services (adaptation et subvention du logement, etc.). (annexes C et D : formules : engagement de l'utilisateur – protocole d'entente).

### 6.2 DEMANDE DE GARDIENNAGE

(Ce type de gardiennage doit être évalué en dehors du volet de soutien à la famille).

**Ce type de service s'adresse aux usagers qui ne peuvent jamais être laissés seuls, en complément aux heures de services directs.** Il devrait être accordé dans le but de permettre à l'aidant naturel de poursuivre ses obligations professionnelles, civiques (affaires personnelles) de santé ou domestiques (faire ses emplettes).

- La personne requérant des services de gardiennage doit correspondre à la définition proposée en page 7 et aux caractéristiques de la clientèle cible en pages 9 et 10.
- L'évaluation doit démontrer des besoins de surveillance reliés aux limitations des fonctions **physiques, cognitives ou les deux**.
- Les mesures de surveillance à distance (télésurveillance, Argus, etc...), doivent être appliquées, si elles sont possibles.
- La personne doit pouvoir compter sur un réseau minimal de support, le gardiennage 24 heures par jour et 7 jours par semaine n'étant pas financé dans le cadre du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées ». Ce type de gardiennage est régi par les mêmes tarifications que pour le programme « Soutien à la famille pour les personnes handicapées ».
- L'utilisateur et son réseau de support doivent se conformer aux exigences du programme et collaborer à l'exécution du plan d'intervention.
- Les parents requérant des services de gardiennage doivent assumer les rôles reliés à leur statut auprès de leurs enfants. Les services admissibles correspondent aux besoins supplémentaires de l'enfant handicapé.

## **7. CRITÈRES DE PRIORITÉS**

(annexe E : grille de priorités)

Dans l'éventualité d'une liste d'attente et dans le but d'assurer un accès équitable d'un territoire de CLSC à un autre, nous précisons les critères de priorités suivants :

### **7.1 MILIEU DE VIE**

- Un milieu de vie stable, sans indice de pression ou d'éclatement, sera moins important qu'un milieu en voie de s'effondrer ou incapable d'assumer le support à l'usager. Les situations de crise s'établissent selon l'ordre suivant :
  - situation de placement sérieusement envisagée;
  - détérioration de la vie en famille;
  - détérioration de la vie de couple;
  - épuisement émotionnel;
  - épuisement physique.
  
- La situation familiale devra être regardée en fonction des aspects suivants :
  - famille monoparentale;
  - conjoint absent régulièrement de la maison pour de longues périodes dû à son travail;
  - autres enfants en bas âge;
  - niveau d'implication du réseau de support.

### **7.2 PRÉSENCE DE RESSOURCES**

- adaptation – réadaptation;
- scolaire – travail;
- transport;
- accessibilité et adaptation du domicile;
- loisirs;
- organismes communautaires;

- autres.

La présence ou l'absence des ressources peut engendrer un degré de pression différent pour l'utilisateur et son réseau.

### **7.3 BESOINS POTENTIELS DE L'USAGER**

L'importance de ces besoins oriente l'ordre de priorités pour ces clients requérant des services intensifs de maintien à domicile. Le volume d'heures-services est l'indicateur à retenir.

### **7.4 SITUATION FINANCIÈRE**

Même si idéalement le programme devrait être universel et n'exercer aucune discrimination quant au niveau financier des personnes, **la capacité financière** de la personne handicapée ou de sa famille doit être évaluée.

Celle-ci doit être analysée en lien avec les obligations des parents ou de la personne à desservir, notamment à l'égard du nombre de personnes à charge.

**En aucun cas, cependant, le revenu de la personne ou de sa famille ne doit être un critère d'exclusion au programme.** Il sera retenu comme un des critères de priorités au même titre que les autres critères dans l'éventualité d'une liste d'attente (annexe E : grille de priorités).

## **8. ÉVALUATION DES BESOINS DE L'USAGER ET DE SON RÉSEAU DE SUPPORT**

Il est à noter que malgré un manque de disponibilités budgétaires, l'évaluation des besoins doit quand même être complétée et inscrite sur une liste d'attente. Le demandeur en sera informé.

### **8.1 OUTILS D'ÉVALUATION ET DE DÉTERMINATION DES SERVICES**

- Pour des services d'aide physique et domestique, de gardiennage et de soutien aux rôles parentaux :
  - formulaire d'évaluation prévu;
  - guide support à l'évaluation (annexe H : détermination des services);
  - formulaire de détermination des services (annexe I : modalités de transfert);
  - certificat médical attestant de la ou des déficiences;
  - tout autre document pouvant être support à l'évaluation.
- Pour une demande de gardiennage ou de répit, intégrée au plan d'intervention du programme « Maintien à domicile pour les personnes handicapées » :
  - préciser au formulaire désigné les besoins de gardiennage ou de répit au tableau sommaire après les avoir justifiés à l'endroit requis.
- Pour une demande exclusivement de gardiennage ou de répit, se référer au cadre de gestion « Soutien à la famille pour les personnes handicapées ».
- Autre document pouvant être requis :
  - attestation de curatelle.

## **8.2 RÈGLES DE BASE POUR L'ÉVALUATION ET LA DÉTERMINATION DES SERVICES**

- L'évaluation de la capacité fonctionnelle de la personne, dans ses activités de la vie quotidienne, devrait être réalisée par l'ergothérapeute en collaboration avec les autres professionnels, s'il y a lieu.
- Le réseau de support doit être évalué à l'égard de sa disponibilité et de sa fiabilité. Toutefois, même si l'entourage de la personne souhaite collaborer le plus possible, certains services devront être fournis par des personnes extérieures en raison :
  - du support qu'il est nécessaire d'accorder à l'entourage de la personne handicapée, étant donné le caractère permanent et intensif des besoins de cette personne;
  - du caractère intime de certains services pour lesquels il est souhaitable de dissocier la famille ou le conjoint afin de normaliser leur relation;
  - de l'importance de la ou des incapacités de la personne au plan de la fonctionnalité.

D'autres situations pourraient faire l'objet d'une analyse particulière par l'équipe interdisciplinaire du CLSC.

- S'il le juge pertinent, l'intervenant responsable ou l'équipe interdisciplinaire du CLSC peut demander de nouvelles évaluations (médicale, psychosociale, etc.).
- L'analyse de la demande doit tenir compte de la présence des autres ressources ou organismes, tels :
  - aides techniques;
  - adaptation du domicile par la Société d'habitation du Québec;
  - centre de réadaptation;
  - fréquentation de milieu scolaire, de centres de la petite enfance;
  - organismes bénévoles et communautaires;

- autres.

Le lien avec ces personnes ou organismes **est essentiel** pour assurer un plan de services individualisé.

- La présence de plusieurs personnes handicapées dans un même milieu de vie demande une évaluation individuelle qui tient compte :
  - du partage des tâches domestiques (activités de la vie domestique, travaux lourds) et du gardiennage;
  - de l'importance des incapacités de chaque usager à l'égard du réseau d'aide naturelle;
  - de l'épuisement de ce réseau;
  - du rôle parental normal à l'égard des enfants.
- Le gardiennage est évalué en tenant compte des points suivants :
  - l'importance de la perte d'autonomie physique et de l'altération des fonctions cognitives;
  - la présence de plusieurs personnes handicapées dans un même milieu de vie;
  - le rôle parental normal à l'égard de l'âge de l'enfant ou de l'adulte handicapé;
  - la disponibilité et fiabilité du réseau de support;
  - la présence des autres ressources ou services :
    - télésurveillance;
    - accompagnateur;
    - fréquentation de centres de la petite enfance, de milieu scolaire, du centre de jour, du programme Formation et intégration en milieux de travail (FIMT) ou autres.

## 9. MANDAT DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN CLSC

L'équipe devrait être formée d'un **minimum** de personnes représentant le secteur social, les soins infirmiers et l'ergothérapie.

Son mandat consiste à :

- analyser les demandes et procéder à la détermination des services requis par les usagers avec l'outil désigné;
- planifier la date de révision, une fois par année **obligatoirement**, et demander en tout temps une réévaluation, si requis;
- établir un ordre de priorités s'il y a lieu, pour la mise en place des plans d'intervention des clientèles en attente;
- s'assurer de l'actualisation adéquate des services selon les modalités prévues au plan (mode de couverture totale). Toutefois, lorsque la détermination des services faite par l'équipe interdisciplinaire démontre un besoin de services de plus de 40 heures par semaine, il devient pertinent de questionner les aspects suivants :
  - la sécurité de la personne est-elle menacée ?;
  - le maintien à domicile est-il compatible avec le maintien de la qualité de vie de la personne ?;
- gérer les situations problématiques en support à l'intervenant évaluateur;
- consulter toute personne ou tout organisme pouvant être requis pour analyser les dossiers : physiothérapeute, médecin, intervenant en CLSC ou autres ressources professionnelles du réseau.

Il serait souhaitable que l'équipe interdisciplinaire fasse une rotation de ces intervenants de façon graduelle, afin d'assurer un transfert de connaissances quant à l'application du programme.



## **10. MODALITÉS ADMINISTRATIVES**

### **10.1 MODALITÉS D'ATTRIBUTION**

L'attribution peut se faire de 3 façons différentes :

- allocation directe;
- chèque emploi-service;
- entreprise d'économie sociale.

#### **10.1.1 Allocation directe**

- L'allocation directe est une aide financière allouée à l'utilisateur, suite à l'évaluation des besoins de services par l'équipe interdisciplinaire, afin que celui-ci puisse se payer des services de maintien à domicile (gardiennage et répit).
- L'utilisateur qui a la capacité de gérer l'allocation directe allouée doit rendre compte sur le formulaire désigné de l'utilisation de cette allocation, dans la perspective de combler ses besoins dans le cadre d'un plan d'intervention.
- Au moment de la validation du compte rendu du formulaire approprié, il faut s'assurer du respect de l'application des règles de base (point 8.2 – règles de base pour l'évaluation et la détermination des services).

#### **10.1.2 Chèque emploi-service**

- Le chèque emploi-service est le mécanisme permettant de gérer l'allocation directe versée à certains usagers et usagères par les CLSC.
- Les CLSC doivent se conformer aux procédures établies par l'institution financière, en l'occurrence les Caisses populaires Desjardins (Centre de traitement chèque emploi-service), qui sert d'agent payeur pour le CLSC et de gestionnaire pour la ou le bénéficiaire-employeur.

### 10.1.3 Entreprise d'économie sociale

- L'entreprise d'économie sociale est un organisme sans but lucratif ou une coopérative offrant des services d'aide domestique à domicile.
- Les CLSC doivent se conformer aux procédures établies selon le protocole d'entente en vigueur entre l'établissement (CLSC) et l'organisme.

**Pour les usagers de l'allocation directe et ceux inscrits au programme chèque emploi-service, il leur appartient de se responsabiliser comme employeur. Les intervenants au dossier doivent informer l'utilisateur des responsabilités afférentes au statut d'employeur.**

## 10.2 MODALITÉS DE PAIEMENT

- Le versement est généralement adressé à l'utilisateur (par courrier ou dépôt direct) par le CLSC du territoire concerné, sauf :
  - pour les usagers en curatelle ou en tutelle, le chèque est adressé à la personne identifiée par le curateur;
  - pour les enfants de moins de 18 ans, le chèque est libellé et adressé aux parents ou au tuteur avec l'identification de l'enfant.
- La subvention est payée rétroactivement sur réception du formulaire désigné, à la fréquence déterminée par l'établissement et **à un minimum de 4 semaines**.
- Pour les usagers inscrits au programme chèque emploi-service et pour ceux recevant des services d'une entreprise d'économie sociale, le paiement se fait selon le protocole d'entente établi entre l'établissement (CLSC) et l'organisme.

## 10.3 MODALITÉS LORS D'UN TRANSFERT D'UN USAGER

Un des principes fondamentaux du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées » est la continuité des services. Les limitations fonctionnelles des personnes handicapées sont en général persistantes et il faut répondre

de façon continue aux besoins des familles et des personnes. C'est pourquoi des modalités pour faciliter toutes mobilités à l'intérieur et à l'extérieur de la région ont été préparées. (annexes J et K : modalités de transfert – contenu de dossier de l'utilisateur).

#### **10.4 CONTRÔLE FINANCIER – SUIVI DU PAIEMENT**

- Le mode de suivi est fait par compte rendu du formulaire désigné (annexe M : compte rendu de gestion individuelle (autogestion) services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées). L'utilisateur doit faire parvenir au CLSC de son territoire, selon les modalités convenues, un compte rendu incluant les services, les heures, les coûts réels ainsi que la signature des personnes ayant rendu le ou les services.
- Pour les usagers inscrits au programme chèque emploi-service et pour ceux recevant des services d'une entreprise d'économie sociale, le mode de suivi se fait selon les procédures établies entre l'établissement (CLSC) et l'organisme.
- L'utilisateur ou ses proches doivent aviser l'intervenant du CLSC de son territoire de tout changement dans sa situation :
  - déménagement;
  - hospitalisation;
  - institutionnalisation;
  - hébergement temporaire;
  - modifications ponctuelles (vacances).
- Selon les situations qui précèdent, l'intervenant informe les services administratifs du CLSC de tout changement relatif à la situation d'un usager, afin que les modalités de paiement soient modifiées, de façon permanente ou temporaire, notamment lors d'une hospitalisation, d'une institutionnalisation, etc.
- Les montants non récurrents devront être utilisés spécifiquement pour les usagers des programmes « Services intensifs de maintien à domicile » et « Soutien à la famille » pour les personnes handicapées.



## 11. RESPONSABILITÉS DES CLSC CONCERNANT LA GESTION DU PROGRAMME

Chaque CLSC est responsable de voir à l'application du programme dans ses différentes phases, soit :

- accueillir la clientèle;
- évaluer toute demande;
- reconnaître l'admissibilité ou non de la demande au programme;
- procéder à la détermination des services;
- **s'assurer de la signature de l'engagement** de l'utilisateur et du protocole d'entente (annexes C et D : engagement de l'utilisateur – protocole d'entente);
- procéder à la mise en place du plan d'intervention, en tenant compte des autres partenaires (associations, organismes, autres) impliqués auprès de la personne handicapée (plan de services);
- s'assurer de l'actualisation adéquate des services selon le mode de couverture prévu;
- effectuer les suivis budgétaire et statistique du programme;
- effectuer les versements de la subvention à la clientèle selon les modalités administratives de l'établissement;
- analyser et valider les comptes rendus du formulaire désigné;
- réévaluer **obligatoirement** la clientèle du programme, et ce, annuellement et en présence de l'utilisateur (annexe O : grille de réévaluation);
- établir un ordre de priorités, s'il y a lieu, pour la mise en place du plan d'intervention des usagers en attente (annexe E : grille de priorités);
- aviser la clientèle de l'existence et du rôle du comité consultatif régional;

- référer, au besoin, des dossiers au comité consultatif régional;
- appliquer les modalités établies lors de transferts intra et interrégionaux de la clientèle (annexe I : modalités de transfert).

Le CLSC doit désigner une personne qui agira comme porte-parole avec la personne responsable du programme à la Régie régionale pour toute demande d'information. Cette désignation sera transmise par écrit à la responsable du programme à la Régie régionale.

## **12. RESPONSABILITÉS DE LA RÉGIE RÉGIONALE**

Les responsabilités de la Régie régionale sont les suivantes :

- déterminer la composition du comité régional de litiges et en assumer la responsabilité;
- assurer l'animation, la gestion et le suivi du comité consultatif régional;
- assurer le lien entre les CLSC et le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- faire les représentations nécessaires auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant la clientèle du programme, en regard des besoins identifiés et des ressources financières qui s'y rattachent;
- répartir équitablement le budget du programme pour l'ensemble des territoires de la région de la Chaudière-Appalaches selon les besoins identifiés et les disponibilités financières;
- exercer le suivi administratif régional du programme (reddition de comptes);
- offrir le support requis aux CLSC dans la gestion du programme;
- donner de la formation aux intervenants des CLSC en regard de la compréhension et de l'application du programme;
- s'assurer de la mise en place d'outils de gestion uniformes adéquats.



## **13. COMITÉ CONSULTATIF RÉGIONAL**

### **13.1 MANDAT DU COMITÉ :**

- procéder à l'analyse des dossiers litigieux qui lui sont soumis par les CLSC;
- prendre les décisions relatives aux dossiers ayant fait l'objet de litiges;
- informer le CLSC de la décision rendue par le comité consultatif régional.

**De façon exceptionnelle**, le comité consultatif régional peut recevoir des demandes de consultation concernant des situations pour lesquelles le CLSC, distributeur de services, a besoin d'une expertise régionale avant de rendre la décision à l'utilisateur.

#### **• Procédures du cheminement de la demande au comité consultatif régional**

- Le CLSC concerné, après évaluation de son équipe interdisciplinaire, achemine à la Régie régionale la demande devant être soumise au comité consultatif régional, en y incluant le dossier complet de l'utilisateur (réf. : 8.1 – outils d'évaluation et détermination des services).
- La personne responsable du programme à la Régie régionale doit :
  - convoquer le comité consultatif régional;
  - acheminer, par écrit, la décision du comité au CLSC concerné dans les 30 jours suivant la présentation de la demande.

Pour l'étude d'une demande par le comité consultatif régional, l'intervenant responsable de la demande doit être présent lors de la rencontre du comité. De plus, l'utilisateur ou son représentant pourra accompagner l'intervenant responsable du dossier.

Une conférence téléphonique entre les membres pourrait remplacer la rencontre, dans le but d'accélérer une décision.

#### **• Composition du comité**

Le comité consultatif régional est composé de 3 membres permanents :

- un représentant de l'Office des personnes handicapées du Québec;

- un représentant de la Table des coordonnateurs de maintien à domicile de Chaudière-Appalaches;
- la personne responsable du programme à la Régie régionale de Chaudière-Appalaches.

Les représentants du Centre de réadaptation en déficience physique de Chaudière-Appalaches et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Chaudière-Appalaches se joindront au comité à titre de membres-experts selon la nature des dossiers présentés.

Il faut s'assurer que les 3 membres permanents soient présents pour la tenue des rencontres. La décision sera rendue uniquement par ces 3 personnes.

Pour ce faire, la composition actuelle du comité pourra être revue afin de répondre adéquatement aux besoins spécifiques de chaque programme offrant des services à la clientèle « personnes handicapées ».

Par ailleurs, des personnes-ressources pourront se joindre de façon **ad hoc** au comité permanent, le temps de procéder à l'analyse des situations présentées au comité.

- **Durée du mandat des membres**

La durée du mandat des membres du comité permanent est de 2 ans. Les mandats peuvent être renouvelables.

**ANNEXE A**

**LE PATIENT GÉRIATRIQUE : RÉSUMÉ DE SES  
CARACTÉRISTIQUES**



## LE PATIENT GÉRIATRIQUE : RÉSUMÉ DE SES CARACTÉRISTIQUES

<p><b>MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES RELIÉES AU VIEILLISSEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perte de capacité de mémoire</li> <li>• presbytie</li> <li>• presbyacousie</li> <li>• posture (du déséquilibre)</li> <li>• ostéopénie</li> <li>• contrôle tension corporelle</li> <li>• contrôle tension artérielle</li> <li>• baisse de la capacité vésicale (baisse du contrôle cérébral)</li> </ul>	<p><b>D'OÙ UNE GRANDE DIFFICULTÉ DE DÉTERMINER NORMAL ET PATHOLOGIQUE</b></p>
<p><b>DÉFICIENCES ACQUISES PLUS ACCUMULATION DE PATHOLOGIES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ostéoarthrose</li> <li>• dégénérescence discale</li> <li>• spondylolyse</li> <li>• déformation pulmonaire chronique</li> <li>• manifestation de l'insuffisance artérielle <ul style="list-style-type: none"> <li>- ischémie du myocarde</li> <li>- ischémie cérébrale</li> <li>- infarctus</li> <li>- maladie vasculaire périphérique</li> </ul> </li> <li>• maladie psychiatrique chronique</li> </ul>	<p><b>D'OÙ MULTIPLICITÉ ET CHRONICITÉ DES PROBLÈMES</b></p>
<p><b>PRÉCARITÉ SOCIALE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dépendance vs conjoint/parent</li> <li>• isolement</li> <li>• dépendance aux services <ul style="list-style-type: none"> <li>- habitation</li> <li>- aide domestique</li> <li>- repas</li> <li>- nursing à domicile</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>D'OÙ LIENS ENTRE SERVICES MÉDICAUX ET SERVICES SOCIAUX</b></p>
<p><b>TROUBLES IATROGÈNES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• multiples médicaments à cause des multiples pathologies</li> <li>• « compliance difficile »</li> <li>• pharmaco dynamique chez la personne âgée</li> </ul>	
<p><b>DÉCOMPENSATION FRÉQUENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• épisode médical aigu : <ul style="list-style-type: none"> <li>- infection aiguë</li> <li>- traumatisme</li> <li>- effets de médication</li> <li>- infarctus</li> <li>- hémorragie</li> </ul> </li> </ul>	
	<p><b>Agisme</b></p>	



## **ANNEXE B**

### **CLASSIFICATION DES DÉFICIENCES ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (SYNTHÈSE OPHQ)**



## CLASSIFICATION DES DÉFICIENCES ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (SYNTHÈSE OPHQ)

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
1. Déficiences intellectuelles	<ul style="list-style-type: none"><li>• déficience de l'intelligence</li><li>• déficience de la mémoire</li><li>• déficience de la pensée</li></ul>
2. Autres déficiences du psychisme	<ul style="list-style-type: none"><li>• déficience de la conscience et de l'état de veille</li><li>• déficience de la perception et de l'attention</li><li>• déficience des fonctions émotives et de la volonté</li><li>• déficience du comportement</li></ul>
3. Déficiences du langage et de la parole	
4. Déficiences auditives	<ul style="list-style-type: none"><li>• déficience de l'acuité auditive</li><li>• autre déficience de l'audition ou de l'appareil auditif</li></ul>
5. Déficiences visuelles	<ul style="list-style-type: none"><li>• déficience de l'acuité visuelle</li><li>• autre déficience de la vision et de l'appareil oculaire</li></ul>
6. Déficiences des autres organes	
7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien	<ul style="list-style-type: none"><li>• déficience des régions de la tête</li><li>• déficience mécanique et motrice des membres</li><li>• altérations des membres (amputations)</li></ul>

Source : OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, 1984, p. 32.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Si la nomenclature liée au processus de production de handicap (CIDIH) est mise en application dans la région de la Chaudière-Appalaches, ce système de classification sera intégré au cadre de gestion.



## **ANNEXE C**

### **ENGAGEMENT DE L'USAGER OU DE SON RÉPONDANT**



## ENGAGEMENT DE L'USAGER OU DE SON RÉPONDANT

### A)

Je soussigné/e \_\_\_\_\_ résidant  
*prénom* *nom*

au \_\_\_\_\_  
*adresse*

déclare que les renseignements fournis à l'intervenant du CLSC sont complets et conformes à la vérité et m'engage à collaborer à l'exécution du plan d'intervention de \_\_\_\_\_

Dans l'éventualité où le CLSC de mon territoire, dans le cadre du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées » m'accorde de l'aide financière pour assurer la mise en œuvre du plan d'intervention en maintien à domicile, je m'engage à utiliser cette subvention aux seules fins qui me seront décrites dans le protocole d'entente.<sup>6</sup> Dans le cas contraire, le CLSC pourra mettre fin à la subvention accordée à l'utilisateur.

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

### B)

θ J'accepte que le CLSC transfère les sommes allouées dans le cadre de mon plan d'intervention en maintien à domicile à l'entreprise d'économie sociale suivante \_\_\_\_\_, en ce qui a trait aux services qu'elle dispense.

En foi de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Signature de l'utilisateur ou du répondant \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_

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

---

<sup>6</sup> Le protocole d'entente énumère chaque élément subventionné par le CLSC pour permettre la mise en place du plan d'intervention en maintien à domicile.



## **ANNEXE D**

### **PROTOCOLE D'ENTENTE**



## PROTOCOLE D'ENTENTE

Entre le CLSC : _____	
Et (nom de l'utilisateur ou du répondant) : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Téléphone : _____
Pour le maintien à domicile de : _____	
No dossier au CLSC _____	Numéro d'assurance-maladie : _____

Par la présente, le CLSC accepte de verser une compensation financière de \_\_\_\_\_ \$ pour la période de \_\_\_\_\_, au nom de \_\_\_\_\_, afin que cette personne puisse se procurer les services à domicile suivants :

### NATURE DES SERVICES

	Nombre hres/sem.	Nombre semaine	Tarif horaire	Subvention hebdo.	Subvention annuelle
Aide physique et domestique					
Gardiennage					
Travaux lourds (annuels)					
Soutien aux rôles parentaux					
Autre : _____					

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

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

Nombre versements / \$ période : _____	Total	
--	-------	--

L'entente est valable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_. L'utilisateur ou le répondant devra faire parvenir au CLSC le compte rendu de la gestion individuelle, selon le calendrier fourni par le CLSC. Sur réception du compte rendu, l'allocation sera versée.

Date de l'entente : \_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur ou du répondant : \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_

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



## **ANNEXE E**

### **GRILLE DE PRIORITÉS**



### GRILLE DE PRIORITÉS

<b>NOM :</b>		<b>NO DOSSIER CLSC :</b>		
<b>CRITÈRES DE PRIORITÉS</b>		<b>PONDÉRÉE</b>	<b>COEFFICIENT</b>	<b>RÉSULTAT</b>
<b>Milieu de vie</b> (40 %)			X 4	
Perte permanente du réseau naturel qui oblige l'institutionnalisation		10		
Situation où le placement est sérieusement envisagé		8		
Détérioration de la vie de famille ou du couple		6		
Épuisement physique ou émotionnel		4		
Milieu sans changement, ni pression		2		
<b>Ressources du réseau</b> (20 %)			X 2	
Absence de ressources		10		
Ressources professionnelles du CLSC seulement		8		
Ressources d'aide à domicile du CLSC		6		
Ressources qui combler partiellement et régulièrement le besoin		4		
Ressources disponibles pour compenser la situation : services communautaires, besoin/s d'aide/s technique/s		2		
<b>Besoins potentiels existants</b> (20 %)			X 1,5	
(Soutien, assistance, gardiennage, soins infirmiers)		10		
• 100 heures et plus semaine (5)		9		
• Entre 75 et 99 heures par semaine (4)		8		
• Entre 50 et 74 heures par semaine (3)		7		
• Entre 25 et 49 heures par semaine (2)		6		
• Entre 5 et 24 heures par semaine (1)		5		
• Plus 5 points pour une perte subite des capacités pour une augmentation de 10 heures et plus par semaine depuis le dernier plan d'intervention		4		
		3		
		2		
		1		
<b>Revenu familial versus les obligations</b> (15 %)			X 2	
• 20 000 \$ et moins (5)		10		
• Entre 21 000 \$ et 30 000 \$ (4)		9		
• Entre 31 000 \$ et 40 000 \$ (3)		8		
• Entre 41 000 \$ et 50 000 \$ (2)		7		
• 51 000 \$ et plus (1)		6		
• Plus 5 points pour 3 personnes et plus à charge		5		
• Plus 3 points pour 2 personnes à charge		4		
• Plus 1 point pour 1 personne à charge		3		
		2		
		1		
<b>Délai d'attente</b> (5%) (à compter de la date de la détermination des services)			X 0,5	
• 17 mois et plus		10		
• 13 à 16 mois		8		
• 9 à 12 mois		6		
• 5 à 8 mois		4		
• 4 mois et moins		2		
<b>Date</b>	<b>Total</b>			
<b>Signature de l'intervenant :</b>				

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



## **ANNEXE F**

### **NATURE DES SERVICES**



## NATURE DES SERVICES

DÉFINITION	NORME STANDARD	TAUX HORAIRE
<b>PLAN D'INTERVENTION</b> 1. Aide physique <ul style="list-style-type: none"> <li>• hygiène</li> <li>• lever</li> <li>• coucher</li> <li>• habillage</li> <li>• transferts</li> <li>• mobilisation</li> <li>• etc.</li> </ul>	Selon les normes de l'outil d'évaluation prévu	6,00 \$/heure
2. Aide domestique <ul style="list-style-type: none"> <li>• préparation de repas</li> <li>• ménage</li> <li>• lavage de linge</li> <li>• approvisionnement</li> </ul>	Selon les normes de l'outil d'évaluation prévu	6,00 \$/heure
3. Travaux lourds : <ul style="list-style-type: none"> <li>• grand ménage annuel</li> </ul>	Selon les normes de l'outil d'évaluation prévu	6,00 \$/heure
4. Soutien aux rôles parentaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• préparation de repas</li> <li>• entretien ménager</li> <li>• hygiène</li> <li>• autres</li> </ul>	Selon l'analyse globale de la situation du ou des parents	6,00 \$/heure
5. Gardiennage : <ul style="list-style-type: none"> <li>• régulier</li> <li>- intervention d'encadrement (simple)</li> <li>- intervention complexe</li> </ul>	Selon les critères d'admissibilité et l'analyse des besoins	Selon la politique du programme « Soutien à la famille »
6. Répit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• heure/s</li> <li>• jour/s</li> </ul>	Selon les critères d'admissibilité et l'analyse des besoins	Selon la politique du programme « Soutien à la famille »
7. Répit hébergement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• jour/s</li> </ul>	Selon les critères d'admissibilité et l'analyse des besoins	Selon la politique du programme « Soutien à la famille »

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



## **ANNEXE G**

### **COPIE DU FORMULAIRE DÉSIGNÉ**



## **ANNEXE H**

### **DÉTERMINATION DES SERVICES**



## **ANNEXE I**

### **MODALITÉS DE TRANSFERT**



## MODALITÉS DE TRANSFERT

À l'intérieur de la région	CLSC d'origine	Régie régionale	CLSC d'accueil
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide physique et domestique</li> <li>• Travaux lourds</li> <li>• Gardiennage</li> <li>• Répit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achemine le dossier* au CLSC d'accueil avec lettre de transmission</li> <li>• Apporte les modifications au rapport statistique de la 8<sup>e</sup> ou de la 13<sup>e</sup> période</li> <li>• <b>L'argent libéré ne peut être attribué à un nouvel usager de façon récurrente</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Régie régionale modifie le budget des 2 CLSC concernés suite à la réception des rapports statistiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CLSC assure la continuité des versements à l'utilisateur</li> <li>• Apporte les modifications aux rapports statistiques de la 8<sup>e</sup> ou de la 13<sup>e</sup> période</li> <li>• Une révision de la situation de l'utilisateur est à prévoir à l'intérieur des 3 mois suivant son arrivée sur le territoire</li> </ul>
À l'extérieur de la région	CLSC d'origine	Régie régionale	CLSC d'accueil
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide physique et domestique</li> <li>• Travaux lourds</li> <li>• Gardiennage</li> <li>• Répit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achemine le dossier * au CLSC d'accueil avec lettre de transmission</li> <li>• Apporte les modifications aux rapports statistiques de la 8<sup>e</sup> ou de la 13<sup>e</sup> période</li> <li>• <b>Émet un chèque au CLSC d'accueil couvrant le montant des 12 premières semaines du plan d'intervention en maintien à domicile (taux horaire du CLSC d'origine). Il en est de même pour couvrir le gardiennage ou le répit<sup>7</sup></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Régie régionale modifie le budget du CLSC concerné suite à la réception des statistiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CLSC d'accueil s'assure que le nouvel usager soit reconnu prioritaire sur la liste d'attente, s'il y a lieu</li> <li>• Une révision de la situation de l'utilisateur est souhaitée dans les 3 mois suivant son arrivée sur le territoire</li> </ul>

\* Voir annexe K « contenu de dossier de l'utilisateur à transférer du CLSC d'origine au CLSC d'accueil »

Source : Adapté de Louis AUGER et autres, *Cadre de gestion du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées »*, 1996, annexe X, p. 1.

<sup>7</sup> Ces modalités sont appliquées selon une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux

## MODALITÉS DE TRANSFERT

### Données administratives

#### IDENTIFICATION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

N° dossier du CLSC d'origine : \_\_\_\_\_

CLSC d'origine : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

#### DONNÉES RELATIVES AU TRANSFERT

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

CLSC d'accueil : \_\_\_\_\_

Intrarégional  Extrarégional  Régie régionale : \_\_\_\_\_

Date effective du transfert administratif : \_\_\_\_\_

#### PLAN D'INTERVENTION

Coût annuel : \_\_\_\_\_ Grille synthèse annexée :

Si répit : préciser le solde disponible : \_\_\_\_\_

Autres informations :

---

---

---

Note : S'assurer que l'utilisateur a complété une autorisation de transfert de son dossier (document annexé au dossier)

Dossier clinique acheminé  à \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Source : Adapté de Louis AUGER et autres, *Cadre de gestion du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées »*, 1996, annexe X, p. 2.

## **ANNEXE J**

### **AUTORISATION DE TRANSFERT DU DOSSIER DE L'USAGER**



## AUTORISATION DE TRANSFERT DU DOSSIER DE L'USAGER

### CONSENTEMENT À TRANSFÉRER UN DOSSIER

Je soussigné(e) :	_____	_____
	Nom	Prénom
résidant au :	_____	_____
	No	Rue
	_____	_____
	Ville	Code postal

autorise

**Nom de l'établissement :** \_\_\_\_\_

à transférer mon dossier « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées » à :

**Nom de l'établissement :** \_\_\_\_\_

suite à mon déménagement dans cette région administrative.

En foi de quoi, j'ai signé à : \_\_\_\_\_

Ville

ce \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Jour

Mois

Année

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui fait la demande

\_\_\_\_\_  
Signature du (de la) représentant (e),  
s'il y a lieu\*

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Source : Adapté de QUÉBEC (GOUVERNEMENT) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier (AH-216-4)*, 1987.

---

\* Cette représentation n'a lieu que si la personne pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou, si elle a plus de 18 ans et est incapable d'administrer ses biens.



## **ANNEXE K**

### **CONTENU DE DOSSIER DE L'USAGER À TRANSFÉRER DU CLSC D'ORIGINE AU CLSC D'ACCUEIL (INTRA ET INTERRÉGIONAL)**



**CONTENU DE DOSSIER DE L'USAGER  
À TRANSFÉRER DU CLSC D'ORIGINE  
AU CLSC D'ACCUEIL (INTRA ET INTERRÉGIONAL)**

- Formulaires d'évaluation CTMSP (parties A-C)
- Formulaires de détermination des services (CTMSP)
- Certificat médical attestant de la ou des déficiences
- Dossier complémentaire (s'il y a lieu)
- Plan d'intervention
- Grille synthèse du plan d'intervention de l'utilisateur (annexe L)
- Autorisation de transfert du dossier de l'utilisateur

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

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



## **ANNEXE L**

### **GRILLE SYNTHÈSE DU PLAN D'INTERVENTION DE L'USAGER**



## GRILLE SYNTHÈSE DU PLAN D'INTERVENTION DE L'USAGER\*

**NOM DU CLSC :** \_\_\_\_\_  
**SUIVI DES DOSSIERS DE LA PÉRIODE DU :** \_\_\_\_\_ **AU :** \_\_\_\_\_ **ANNÉE :** \_\_\_\_\_

Nom de l'utilisateur _____	N° assurance-maladie _____
N° dossier CLSC _____	Plan familial _____
Diagnostic/s _____	
Déficience _____	
Type d'intervention	<input type="radio"/> encadrement (simple) <input type="radio"/> complexe    Avance _____

### ÉTAT DU DOSSIER

État du dossier : _____	Date du programme : _____
Plan d'intervention modifié	Date : _____
Dernière évaluation	Date : _____
Prochaine évaluation	Date : _____
Fermeture	Date : _____
Budget : _____	
Remarque : _____	

### BESOINS POTENTIELS

Aide physique/domestique _____	hres/sem	Soins infirmiers _____	hres/sem
Gardiennage _____	hres/sem	Services sociaux _____	hres/sem
Travaux lourds _____	hres/année	Ergothérapie _____	hres/sem
		Physiothérapie _____	hres/sem

### PLAN D'INTERVENTION ACCEPTÉ

	Nombre hres/sem.	Nombre semaine	Tarif horaire	Subvention hebdo.	Subvention annuelle
Aide physique et domestique					
Gardiennage					
Travaux lourds (annuels)		////////		////////	
Soutien aux rôles parentaux					
Autre : _____					

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

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

Nombre versements / \$ période :	Total	
----------------------------------	-------	--

\_\_\_\_\_

**Date**

\_\_\_\_\_

**Signature du représentant de l'équipe interdisciplinaire**

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

\* Ce document remplace l'annexe 10 utilisé antérieurement



## **ANNEXE M**

### **COMPTE RENDU DE GESTION INDIVIDUELLE (AUTOGESTION)**



**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT**

**À RETOURNER À :** Nom de l'établissement  
Adresse :

**COMPTE RENDU DE GESTION INDIVIDUELLE (AUTOGESTION)  
SERVICES INTENSIFS DE MAINTIEN À DOMICILE POUR LES PERSONNES  
HANDICAPÉES**

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

**1. GARDIENNAGE (fin de semaine ou semaine)**

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

**2. RÉPIT DE JOUR**

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

**3. RÉPIT HÉBERGEMENT**

Date (jr/ms/année)	Nom de la ressource	Adresse de la ressource	Signature de la ressource

#### 4. ENTENTE SPÉCIALE (s'il y a lieu)

Cochez à l'endroit requis :     hebdomadaire     mensuelle     annuelle

Montant : \_\_\_\_\_ \$

#### 5. COMMENTAIRES

---

---

---

#### INFORMATIONS

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

Joindre les reçus.

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

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature de l'utilisateur ou du répondant

#### ESPACE RÉSERVÉ AU CLSC

<b>AUCUN AJUSTEMENT</b> <input type="checkbox"/>	<b>COMMENTAIRES :</b>
<b>VERSEMENT SPÉCIAL</b> _____ \$	<b>AUTORISATION DIRECTION DES PROGRAMMES :</b>  <b>DATE :</b>
<b>MONTANT RETENU</b> _____ \$	<b>AUTORISATION INTERVENANT OU ADMINISTRATION :</b>  <b>DATE :</b>
<b>DÉPANNAGE :</b> <b>COMMENTAIRES :</b>	
<b>COÛTS :</b> _____ \$ (joindre les pièces justificatives)	

## **ANNEXE N**

### **AUTORISATION À TRANSMETTRE LES RENSEIGNEMENTS AU COMITÉ CONSULTATIF RÉGIONAL**







## **ANNEXE O**

### **GRILLE DE RÉÉVALUATION**



## GRILLE DE RÉÉVALUATION\*

Nom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ N° dossier : \_\_\_\_\_

Paramètre	Stable	Changement	Remarques
• capacités sensorielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• capacités fonctionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• état affectif et comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• milieu familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• vie sociale et ressources utilisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Commentaires :

---

---

---

---

### Recommandations quant au plan d'intervention :

Reconduction  Modification

(joindre les pages de CTMSP requises)

Explication :

---

---

---

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant

Source : Adapté de Louis AUGER et autres, *Cadre de gestion du programme « Soutien à la famille pour les personnes handicapées »*, 1996, annexe X.

\_\_\_\_\_

\* Ce document doit être complété en présence de l'utilisateur



## LISTE DES RÉFÉRENCES

- AUGER, Louis et autres. *Cadre de gestion du programme « Services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées »* Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, juin 1996, 17 p.
- AUGER, Louis et autres. *Cadre de gestion du programme « Soutien à la famille pour les personnes handicapées »*, 1996, 16 p.
- CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Plan d'organisation des services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées* (fonds régional), Québec, CRSS, 1991, 23 p.
- FILLION, Mireille. *Déplacement temporaire et déménagement hors territoire d'une usagère ou d'un usager des services d'aide à domicile et de soutien à la famille offerts par allocation directe*, Québec, MSSS, 1999, 3 p.
- GARNIER, Marcel et autres. *Dictionnaire des termes de médecine*, 23<sup>e</sup> édition, Paris, Maloire, 1992, 1058 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous* », Québec, Les Publications du Québec, 1984, 350 p.
- QUÉBEC (GOUVERNEMENT) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier*, Québec, MSSS, 1986, 57 p.
- QUÉBEC (GOUVERNEMENT) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier (AH-216-4)*, Québec, MSSS, 1987.
- QUÉBEC (GOUVERNEMENT) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence des Services d'aide à domicile de première ligne*, Québec, MSSS, 1994, 21 p.



## LEXIQUE

Besoins potentiels	Besoins de services évalués lors de la préparation du plan d'intervention
Couverture totale	Actualisation totale du plan évalué et non en partie
Domicile privé	Logements situés dans des conciergeries ou dans des résidences privées offrant des services à des personnes retraitées ou semi-retraitées sont considérés comme des domiciles <b>seulement pour les services non couverts</b> dans les baux ou contrats convenus entre les promoteurs ou les propriétaires et les locataires
Emplettes	Épicerie (dans un supermarché ou à prix modique)
FIMT	Formation et intégration en milieux de travail. Ce programme inclut les services d'apprentissage aux habitudes de travail, les plateaux de travail et les stages en milieu de travail
Gardiennage SIMAD	Gardiennage évalué dans le cadre du programme SIMAD en complément aux heures de services directs
Gardiennage soutien à la famille	Gardiennage évalué dans le cadre de ce programme comme une mesure compensatoire pour la charge « anormale » de responsabilités de garde et de surveillance occasionnée par les capacités de la personne handicapée
Gestion individuelle (autogestion)	Principe qui laisse entendre que l'utilisateur a la capacité de gérer l'allocation directe allouée, dans l'éventualité de combler ses besoins dans le cadre d'un plan d'intervention
Plan d'intervention	Outil déterminant le besoin de services de la personne handicapée lié à sa déficience, à ses limitations fonctionnelles et aux handicaps auxquels elle fait face
Plan de services	Outils de planification et de coordination des services individuels nécessaires à la réalisation et au

Répit	<p>maintien de l'intégration sociale à une personne handicapée</p> <p>Le répit consiste en un ensemble de mesures planifiées qui permet aux familles de se procurer un temps de détente et de ressourcement, afin de compenser pour le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins spécifiques d'un enfant ou d'un adulte présentant une ou plusieurs déficiences</p>
Répit hébergement	<p>Le répit hébergement a la même définition que le répit, mais ce dernier est pris à l'extérieur du domicile, ce qui implique un ou des couchers. Il inclut également les vacances.</p>
Réseau de support	<p>Aidants naturels (ex. : père, mère, conjoint, conjointe, frère(s), sœur(s), ami(e)(s))</p>
Services réels et besoins réels requis	<p>Besoins potentiels moins ceux dispensés par le réseau de support</p>
Soutien aux rôles parentaux (SIMAD)	<p>Services requis lorsque le parent handicapé ne peut accomplir toutes les tâches relatives à son rôle de parent</p>

#### **Annexe A**

latrogène	<p>Qui est provoqué par le médecin ou par le traitement médical</p>
Spondylolyse	<p>Insuffisance ou absence d'ossification de l'arc vertébral au niveau de l'isthme</p>
Ischémie du myocarde	<p>Degré de souffrance myocardique le plus précoce et le plus faible, à la suite de l'oblitération d'une artère coronaire</p>