



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**PROGRAMME D'AIDES MATÉRIELLES
POUR LES FONCTIONS D'ÉLIMINATION**
pour les personnes ayant une déficience
physique, une déficience intellectuelle ou
un trouble du spectre de l'autisme

Guide de gestion 2019

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

msss.gouv.qc.ca, section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-83624-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2019

REMERCIEMENTS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) remercie les personnes mentionnées ci-dessous, qui ont fait partie du comité de révision du guide de gestion :

Mesdames Renée Furlong, Mélanie Mercure, Christine Pelletier et Luce Nadeau, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Mesdames Julie Genest et Micheline Hamel, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Mesdames Sophie D'Astous et Martine Laborde, Centre intégré universitaire du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Monsieur Michel Boudreau et madame Monia Fortier, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Madame Marlyn Dumas, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

Madame Francine Roy, retraitée de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Le MSSS remercie également les personnes suivantes, ayant contribué de près ou de loin à cette révision :

Madame Marie-Ève Bouchard, coordonnatrice des activités des normes et pratiques de gestion à la Direction de la gestion financière - réseau

Monsieur Daniel Garneau, directeur général adjoint des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Madame Judith Garneau, conseillère aux programmes des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Madame Guylaine Lajoie, directrice générale adjointe de la gestion financière et politiques de financement réseau

Madame Laurie Lalancette, stagiaire au MSSS

Madame Danie Lavoie, conseillère aux programmes des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Madame Renée Lecours, directrice à la Direction des personnes ayant une déficience (devenue depuis la Direction des services en déficience et en réadaptation physique) jusqu'au 15 juin 2015

D^{re} Katherine Moore, urologue, Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval (validation de diagnostics)

Madame Geneviève Poirier, directrice des services en déficience physique et en réadaptation physique

MEMO Québec (recommandations adressées au MSSS en juillet 2015)

Le MSSS remercie tout particulièrement les régions-pilotes qui ont participé à la bonification du programme avant la publication officielle :

Bas-Saint-Laurent, Mauricie–Centre-du-Québec, Estrie, Laval

Le comité de révision de ce guide a été piloté par madame Danie Lavoie et madame Nancy Fiset, conseillères aux programmes à la Direction des services en déficience et en réadaptation physique du MSSS.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. Objectifs	2
2. Principes généraux	2
3. Critères d'admissibilité	5
4. Modalités d'attribution des aides matérielles	9
5. Modalités en cas de refus	10
6. Rôles et responsabilités	11
7. Principes de gestion budgétaire par le mandataire	14
Glossaire	16
Références	19
Annexe 1 Grille de priorisation soutenant la gestion des priorités et de l'attente	21
Annexe 2 Liste de matériel et matériel complémentaire	23
Annexe 3 Exemples de cas admissibles	44
Annexe 4 Exemples de cas non admissibles	47
Annexe 5 Aide-mémoire soutenant la décision d'admissibilité	49
Annexe 6 Formulaire de demande d'admission ou de renouvellement	54
Annexe 6 Formulaire de demande d'admission ou de renouvellement (suite)	55
Annexe 7 Attestation médicale et professionnelle	56
Annexe 8 Procédures de transfert interrégional	58
Annexe 9 Formulaire de transfert	62

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

INTRODUCTION

Le Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination s'adresse aux personnes¹ ayant une déficience physique², une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme entraînant des problèmes d'élimination urinaire ou intestinale d'origine neurologique ou développementale. Il s'adresse également aux personnes ayant une trachéostomie.

L'attribution des aides matérielles a pour but de compenser les incapacités significatives et persistantes résiduelles, malgré l'application d'un plan d'intervention et de rééducation de ces fonctions. Il s'agit d'un programme d'aide avec une enveloppe budgétaire fermée, qui ne peut prétendre répondre à tous les besoins ni les couvrir entièrement. Par exemple, les fournitures particulières destinées aux voyages ou aux loisirs ne sont pas couvertes. Les sommes doivent donc être réparties selon des principes d'équité et de responsabilité envers la population d'un territoire, et selon des règles appliquées uniformément au Québec. Aux fins d'une administration harmonisée et optimale, la gestion opérationnelle du programme doit être confiée à la Direction des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, alors que la gestion financière doit être effectuée en collaboration entre cette dernière et la Direction des finances.

Les montants consacrés à ce programme ne peuvent être transférés vers d'autres programmes destinés aux personnes présentant une déficience ni vers ceux destinés aux personnes, dont la perte d'autonomie, ou les incapacités ne sont pas en lien avec la déficience, telles que celles attribuables à la perte d'autonomie liée au vieillissement³.

¹ Dans ce guide, les termes « personne », « usager » et « patient » réfèrent à la personne ayant besoin d'aide matérielle pour les fonctions d'élimination ou la trachéostomie, sans autre distinction.

² On entend ici les personnes présentant une déficience motrice significative et persistante (voir la définition de la déficience physique à la page 16).

³ On entend ici les personnes âgées en perte d'autonomie (voir la définition à la page 17).

1. OBJECTIFS

Ce programme comporte quatre objectifs :

- Permettre aux usagers vivant à domicile de vivre une vie active dans leur milieu, en compensant leur incapacité par certaines aides matérielles de base spécifiques aux fonctions d'élimination des déchets produits par le corps⁴, dans une perspective de participation sociale;
- S'assurer de l'uniformité et de l'harmonisation des critères d'attribution et de distribution des aides matérielles nécessaires à l'autonomie des usagers au niveau provincial, permettant une saine gestion des fonds publics;
- S'assurer de l'harmonisation de certains formulaires utilisés dans le réseau et par le mandataire désigné dans le cadre de ce programme;
- Permettre au ministère d'effectuer une évaluation provinciale, lors de la reddition annuelle, attestant les aides matérielles fournies, les usagers recevant des services, les coûts et les mesures à prendre pour éviter les iniquités.

2. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Ce programme doit s'assurer de maintenir l'universalité, l'accessibilité et la gratuité des aides matérielles pour les personnes admissibles, et ce, sans égard au revenu et en couvrant les dépenses essentielles à la participation, selon la solution la plus économique⁵ pour les personnes domiciliées au Québec. Il est à noter qu'aucune demande d'aide matérielle ne peut être considérée pour un séjour prolongé hors du Québec dans le cadre du programme.

Ce programme vise à compenser l'essentiel des fournitures requises, en lien avec la déficience, en prévoyant les quantités maximales des fournitures admissibles et un âge minimal d'admissibilité, correspondant aux critères diagnostiques d'énurésie et d'encoprésie pour l'enfant définis dans le DSM-5⁶.

Des mécanismes de concertation et de complémentarité avec les autres programmes existants (équipements spécialisés, adaptation du domicile, soutien à domicile, soutien à la famille, etc.) doivent être privilégiés pour répondre aux besoins globaux de la personne. Les plans de services et d'intervention individualisés sont des outils prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux qu'il convient d'utiliser.

⁴ Le programme vise à fournir le matériel nécessaire pour recueillir les déchets corporels éliminés par voie urinaire, intestinale ou par trachéostomie et pour les besoins liés à ces déficiences et conditions correspondant aux critères d'admissibilité sur le plan de l'hygiène corporelle et de la prévention des infections et des plaies, excluant les médicaments et les méthodes de type Peristeen.

⁵ Réunion du Conseil des ministres, décret 88-151 du 29 juin 1988.

⁶ Les âges de 4 ans et de 5 ans sont basés sur le DSM-5 de l'Association américaine de psychiatrie, qui précise que les diagnostics d'encoprésie et d'énurésie peuvent être posés à partir des âges de 4 ans et de 5 ans, respectivement.

Lors du traitement d'une demande pour les fournitures spécialisées, il faudra parfois obtenir le soutien d'autres régions pour des expertises plus pointues requises pour une situation particulière, en faisant appel notamment aux cliniques spécialisées en urologie. Le soutien offert peut se traduire par des consultations, des évaluations ou des conseils pour des problématiques simples ou complexes afin de déterminer les aides matérielles répondant le mieux aux besoins de l'utilisateur.

L'admissibilité à d'autres programmes de soutien aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ne rend pas automatiquement l'utilisateur admissible au programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination, mais ne l'exclut pas non plus, puisque chaque programme est géré séparément et possède ses propres critères et ses propres limites⁷.

Les critères d'admissibilité et les listes de matériel contenus dans ce guide sont plus précis que ce que prévoyait le précédent guide dans un but de corriger les disparités interrégionales et intrarégionales observées lors des consultations de l'ensemble des régions du Québec par le MSSS entre 2013 et 2015.

Les listes de fournitures de ce guide ont été ajustées aux meilleures pratiques actuelles et permettront, dans plusieurs cas, de mieux répondre aux besoins, tant en ce qui a trait au type de fourniture qu'à la quantité.

Ce programme doit permettre de diminuer les conséquences préjudiciables de la déficience⁸, sans prétendre couvrir tous les besoins. En ce qui concerne les critères d'admissibilité présentés dans ce guide, ils ont été précisés pour refléter la mission initiale de ce programme, soit soutenir les besoins des personnes avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Les précisions apportées par ce document devraient permettre de mieux répondre aux besoins de cette population, tout en assurant une meilleure utilisation des fonds qui y sont consacrés, reflétant ainsi les intentions de cette nouvelle édition du guide de gestion.

Le présent guide constitue l'unique référence pour l'application du programme, aucun guide régional ne pouvant remplacer le présent document ni en modifier l'applicabilité.

Les principes de gestion du programme

Les critères harmonisés s'appliqueront pour toute nouvelle demande dès l'entrée en vigueur de ce guide.

Les budgets consacrés à ce programme doivent servir à cette fin seulement, et être utilisés de façon optimale. Le programme doit permettre d'offrir les aides matérielles équivalentes pour un même besoin, peu importe le territoire couvert au Québec.

Cependant, dans certaines régions, des personnes reçoivent actuellement des services, mais ne répondent pas aux présents critères puisqu'elles ont été admises au programme selon les critères antérieurement contenus dans le guide de 2007. Évidemment, elles continueront de présenter des besoins.

⁷ Exemples : Programme sur les aides à la vie quotidienne et à la vie domestique, Allocation directe, Aide sociale.

⁸ Telles que les plaies, les infections ou la charge financière importante générée par le besoin.

Par conséquent, les mandataires devront faire en sorte de ne pas remettre en cause le statut des personnes admises au programme reconnu avant l'application officielle du présent guide ni de diminuer leur quantité de fournitures, à moins qu'une nouvelle attestation de la nécessité de changement soit acheminée par du personnel clinique compétent⁹, tout en respectant le maximum prévu aux listes de matériel spécifiées à l'annexe 2 de ce guide.

De plus, un mécanisme de priorisation en continu des demandes doit être assuré afin que l'urgence des besoins soit prise en compte, au-delà de la simple date d'arrivée de la demande (voir l'annexe 1 – Gestion des priorités et de l'attente). Le jugement clinique s'applique en tout temps.

En aucun cas, le mandataire ne peut réduire les quantités admissibles répondant aux besoins reconnus et recommandés par le personnel clinique compétent¹⁰ pour des raisons budgétaires ou afin d'éviter les listes d'attente. Le personnel doit plutôt gérer le budget de manière optimale¹¹.

S'il advenait que le financement affecté à ce programme pour répondre à l'ensemble des besoins évalués des usagers n'était pas suffisant, le CISSS ou le CIUSSS, dans certains cas, pourrait y injecter des sommes additionnelles. Pour les régions comportant plus d'un CISSS ou CIUSSS par territoire, un seul centre est désigné responsable de ce programme et, à ce titre, a la responsabilité de voir à son bon fonctionnement et de veiller à ce que les fonds qui y sont affectés soient suffisants et utilisés de façon optimale.

Ainsi, pour assurer une vision globale du programme et pour favoriser une saine gestion financière, la gestion et l'administration sont confiées à une seule entité centralisée par région administrative. Comme mentionné précédemment, la gestion opérationnelle du programme est, quant à elle, confiée à la Direction des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Cette dernière effectue également la gestion financière en collaboration avec la Direction des finances, de façon à favoriser la mise en place de meilleures pratiques en matière de gestion financière et de mesures d'optimisation des sommes allouées au programme.

Des frais de gestion sont alloués à l'administration de ce programme, correspondant à 10 % du montant du budget.

Les principes d'attribution des aides matérielles

La demande d'aide matérielle doit respecter les principes généraux et les critères d'admissibilité du programme.

Pour les cas où une liste d'attente est présente, les aides matérielles sont accordées selon un principe de priorisation des besoins. Une grille de priorisation (annexe 1) doit alors être utilisée. Toutefois, le jugement clinique prévaut en tout temps, en considération de situations particulières pouvant se présenter, notamment lorsque ces situations peuvent porter atteinte à l'autonomie de la personne.

⁹ Il s'agira d'un médecin, d'une infirmière ou d'un autre professionnel compétent en la matière.

¹⁰ Voir la note précédente.

¹¹ La centralisation administrative et des mécanismes d'appels d'offres ou d'achat regroupé sont des exemples de moyens pour réduire les coûts du programme sans affecter la réponse aux besoins.

Les personnes admissibles doivent recevoir les fournitures assurées dans leur milieu de vie ou le plus près possible de celui-ci. Les livraisons à domicile sont prévues. Les frais applicables sont soit inclus dans les coûts du programme, soit assumés par le fournisseur ayant répondu à un appel d'offres.

Aucun remboursement rétroactif d'aides matérielles achetées par l'utilisateur n'est accepté.

La liste du matériel¹², présentée à l'annexe 2, indique les fournitures et le matériel requis et autorisé pour répondre à chaque catégorie de besoins ainsi que les aides matérielles devant faire l'objet d'une autorisation.

Toute utilisation dépassant 10 % des quantités prévues lors de la détermination du besoin nécessitera une réévaluation sans délai de la situation par le professionnel responsable du dossier¹³.

3. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

La constitution d'un comité d'analyse d'admissibilité¹⁴ et un guichet unique pour la gestion des demandes sont des pratiques à instaurer.

Conditions d'admissibilité

Pour être admissible, la personne doit respecter l'ensemble des critères suivants :

- a. Résider au Québec et détenir une carte d'assurance maladie valide.
- b. Être atteinte d'un problème d'élimination directement lié à une déficience physique, intellectuelle ou à un trouble du spectre de l'autisme, et le lien de cause à effet doit être médicalement établi et certifié par une note médicale au dossier. Des précisions sont mentionnées à l'annexe 3 (cas admissibles).
- c. Avoir tenté toutes autres interventions pour réduire, compenser ou pallier le déficit des fonctions d'élimination, telles que la modification du régime alimentaire, la prise de médicaments, un programme d'entraînement pour rééduquer la vessie en renforçant les muscles pelviens (ex. : exercices de Kegel), des routines mictionnelles et intestinales, ou la chirurgie. Les enfants doivent avoir tenté des essais intensifs d'apprentissage, de manière répétée dans le temps, pour une période d'échelonnant de six à douze mois¹⁵.
- d. Présenter un besoin significatif, soit l'utilisation d'au minimum une culotte ou une protection d'incontinence quotidiennement.

¹² Les fournitures et quantités de base établies sont fondées sur les recommandations d'associations professionnelles et sur les pratiques actuelles reconnues.

¹³ Cette utilisation supérieure doit être évaluée sans délai puisqu'elle pourrait refléter un état de santé qui se détériore et qui pourrait devoir faire l'objet d'un suivi médical.

¹⁴ Généralement constitué d'un gestionnaire, d'un professionnel ou membre du personnel infirmier compétent en la matière et d'un agent administratif.

¹⁵ On retrouve sur le site Internet de la Société canadienne de pédiatrie (www.soinsdenosenfants.cps.ca) et sur le site Internet www.agirpourl'autisme.com/la-mise-en-place-d-un-programme-sur-la-proprete des exemples de programmes pour l'apprentissage de la propreté pour les enfants.

- e. Pour une personne qui présente une trachéostomie nécessitant ou non l'usage d'appareils à succion¹⁶, les problématiques ne doivent pas être liées aux conditions admissibles aux services aux laryngectomisés et au programme d'aide à la communication ni au programme d'oxygénothérapie à domicile.
- f. Vivre dans un milieu considéré comme un domicile selon la définition de la Politique de soutien à domicile, soit :

« Le lieu où loge une personne de façon temporaire ou permanente en excluant les personnes vivant dans un établissement public (centre hospitalier, centre de réadaptation), dans un CHSLD privé ou dans un CHSLD privé conventionné ».
- g. Puisqu'une résidence privée pour aînés (RPA) ou une résidence de type familial (RTF) est considérée comme un domicile, la personne qui y vit peut être admissible au programme.
- h. Les enfants¹⁷ qui répondent aux critères ci-dessus et qui présentent :
 - o une incontinence urinaire sont admissibles à partir de l'âge de 5 ans et ceux qui présentent une incontinence intestinale sont admissibles à partir de l'âge de 4 ans¹⁸;
 - o un retard significatif du développement¹⁹ sont admissibles conditionnellement au programme, et ce jusqu'à la précision du diagnostic. Sur attestation d'un diagnostic lié à une déficience physique, à une déficience intellectuelle ou à un trouble du spectre de l'autisme, l'admissibilité définitive au programme sera confirmée. Advenant le cas où un diagnostic non-admissible est précisé, le statut d'admissibilité conditionnelle au programme sera révoqué et les fournitures nécessaires aux fonctions d'élimination cesseront d'être octroyées à l'enfant dans un délai de 3 mois.

Particularités :

- Dans le cas d'une couverture par des assurances personnelles, le programme ne remboursera que la partie non couverte par le régime d'assurance.

¹⁶ À noter que le Programme national d'assistance ventilatoire à domicile couvre uniquement les appareils et équipements.

¹⁷ L'annexe 3 donne plusieurs exemples de diagnostics admissibles, sans prétendre être exhaustive.

¹⁸ Les âges de 4 ans et de 5 ans sont basés sur le DSM-5 de l'Association américaine de psychiatrie, qui précise que les diagnostics d'encoprésie et d'énurésie peuvent être posés à partir des âges de 4 ans et de 5 ans, respectivement.

¹⁹ Le retard significatif du développement se retrouve chez les enfants âgés de moins de sept ans qui accusent un retard de deux écarts-types sous la moyenne (établi avec un outil normalisé ou son équivalent) par rapport à leur âge chronologique dans au moins deux sphères de leur développement : motricité, cognition, développement socioémotionnel, communication et autonomie. Par conséquent, la catégorie « retard significatif du développement » inclut les enfants ayant reçu un diagnostic de « retard global de développement » prévu au DSM-5, ainsi que tout autre enfant dont le retard significatif ne peut s'expliquer par un autre diagnostic précis et ceux en attente de diagnostic. Après l'âge de sept ans, l'identification diagnostique est normalement réalisée (Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, MSSS, 2017).

- Pour les personnes couvertes par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), le programme ne financera que la partie non couverte par les mesures d'aide financière de ce ministère, le cas échéant.
- Les sondes sus-pubiennes (cystostomies) sont admissibles à ce programme puisqu'elles ne le sont pas au programme de stomie de la RAMQ, lequel couvre la colostomie, l'iléostomie ou l'urostomie permanente.
- Dans le cas où un nouveau diagnostic admissible survient, une nouvelle demande peut être soumise au programme pour analyse.
- Une personne admissible au programme le demeure advenant l'apparition de problèmes additionnels.

Situations de non-admissibilité²⁰

- Les personnes qui ont des déficiences ou des incapacités temporaires.
- Les personnes présentant une déficience physique de longue date, avec des problèmes d'élimination pour lesquels on ne peut reconnaître aucun lien de cause à effet entre l'apparition récente de l'incontinence et la déficience physique déjà présente²¹.
- Les personnes qui résident en ressource intermédiaire ne sont pas admissibles à ce programme, puisque l'incontinence y est considérée comme une condition médicale particulière et que les fournitures sont, par conséquent, couvertes par l'établissement responsable de la ressource²².
- Les personnes demandant des fournitures autres que celles qui sont prévues par le programme ou par le fournisseur attribué pour la région, le cas échéant²³.
- Les personnes qui ne se conforment pas aux exigences du présent programme.
- Les personnes dont la perte d'autonomie et les incapacités sont uniquement liées au vieillissement sans pathologie de déficience physique admissible (exemple : atteinte cognitive résultant d'une condition dégénérative non liée à une déficience physique), ou en soins palliatifs. Des précisions sont mentionnées à l'annexe 4 (cas non admissibles), sans toutefois être exhaustives.
- Les personnes bénéficiant, pour des aides de même type, de la couverture d'un autre programme provincial ou fédéral²⁴, notamment ceux administrés par :

²⁰ Un aide-mémoire soutenant l'analyse d'admissibilité se trouve à l'annexe 5.

²¹ L'incontinence liée à une déficience fait le plus souvent partie du tableau clinique au moment où le diagnostic est posé. Cependant, il peut arriver dans certains cas, au cours de l'évolution de la déficience, que celle-ci soit responsable de l'arrivée d'une incontinence plus tardivement. Dans ces cas, une justification médicale prouvant le lien de cause à effet entre l'incontinence nouvellement déclarée et une déficience de longue date qui ne causait jusque-là aucune incontinence sera nécessaire.

²² Source : Précisions relatives à l'application de la circulaire 1995-010 et communication du MSSS (octobre 2016) indiquant que l'incontinence urinaire ou fécale est une condition médicale particulière d'un usager et que, dès lors, la responsabilité financière revient aux établissements.

²³ La gestion des situations exceptionnelles relève toutefois de la responsabilité des mandataires, lesquels peuvent se référer au MSSS au besoin.

le ministère des Anciens Combattants;
la Société de l'assurance automobile du Québec;
la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail;
les services de santé non assurés/Premières nations et Inuits/Santé Canada.

²⁴ Excepté pour le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) et les personnes dont les assurances personnelles couvrent une partie des besoins. Ce programme paiera la différence entre le montant qui leur est remboursé et le montant total nécessaire.

4. MODALITÉS D'ATTRIBUTION DES AIDES MATÉRIELLES

Seuls les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ayant des connaissances dans le domaine des aides matérielles pour les besoins d'élimination et de trachéostomie peuvent effectuer l'évaluation initiale du besoin et acheminer les demandes²⁵ au mandataire qui s'occupera de les analyser par l'intermédiaire d'un comité d'admission.

En ce qui concerne les fournitures spécialisées (cathéters, sondes, etc.), seul un infirmier ou une infirmière qui détient des connaissances dans ce domaine peut être l'intervenant responsable des recommandations relatives au matériel lors des attributions initiales, des réévaluations des cas complexes ou des renouvellements avec changements importants.

L'évaluation initiale doit se réaliser en présence de l'utilisateur.

Les formulaires suivants doivent être remplis lors de l'évaluation initiale, des modifications des besoins en cours d'année et du renouvellement :

- Formulaire de demande d'admission ou de renouvellement (annexe 6);
- Attestation médicale et professionnelle (nouvelle demande ou fournitures supplémentaires, annexe 7).

Cette évaluation ainsi que les réévaluations qui sont nécessaires pour donner accès au programme doivent également être incluses dans un plan d'intervention unidisciplinaire, un plan d'intervention interdisciplinaire ou un plan de services individualisé qui est consigné au dossier de l'utilisateur.

Les intervenants expliquent le fonctionnement du programme à la personne admise ou en liste d'attente.

Le consentement de l'utilisateur à l'effet de se conformer aux règles du programme est consigné à son dossier.

L'entraînement de l'utilisateur et l'essai des nouvelles fournitures sont réalisés.

Lors d'une nouvelle demande, un suivi post-attribution auprès de l'utilisateur par l'intervenant est recommandé, et ce, après trois ou six mois²⁶.

La réévaluation du besoin se réalise minimalement chaque année ou tous les deux ans selon diverses modalités, en fonction de la complexité ou de l'imprévisibilité de la situation : en personne, au téléphone, etc.

²⁵ Il s'agira d'un médecin, d'une infirmière ou d'un autre professionnel compétent en la matière.

²⁶ Pour les cas très complexes, dont la condition est changeante ou qui nécessitent une aide substantielle, une révision de la situation tous les trois mois pourrait s'avérer pertinente; le jugement clinique prévaut dans ces cas.

5. MODALITÉS EN CAS DE REFUS

Pour toute demande refusée, le comité d'admission doit transmettre par écrit la réponse à l'intervenant ayant formulé la demande et préciser les motifs du refus, en adressant une copie conforme à l'utilisateur ou à son représentant.

Lorsque c'est jugé pertinent, l'intervenant (demandeur) fournira au comité d'admission toute information additionnelle qui pourrait faire en sorte qu'il revoie sa décision.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Responsabilités de l'utilisateur ou de son représentant

- Consentir et collaborer à l'évaluation et transmettre des renseignements complets et conformes à sa situation.
- Démontrer une volonté à réaliser les essais, à effectuer les apprentissages et à compléter l'entraînement nécessaire pour utiliser les aides matérielles qui lui sont attribuées.
- Aviser l'établissement de tout changement d'adresse ou d'un déménagement temporaire ou permanent (pièce justificative requise)²⁷.
- Aviser l'intervenant responsable en cas de changement significatif du besoin²⁸, ou lors de la précision du diagnostic pour un enfant présentant un statut d'admissibilité conditionnelle au programme lié à un retard significatif du développement.
- Fournir les pièces justificatives demandées.
- S'engager à utiliser, pour ses propres besoins, les produits attribués par le programme.

L'utilisateur qui ne se conforme pas aux exigences de ce programme en est exclu.

Rôles et responsabilités de l'intervenant référent

- Se conformer aux règles d'attribution de ce guide, conformément au mode de fonctionnement établi par son CISSS ou son CIUSSS d'appartenance ou celui agissant comme mandataire régional, et s'assurer de détenir et de maintenir les compétences nécessaires dans l'évaluation des besoins de fournitures d'incontinence ou de trachéostomie.
- Acheminer, dans un même envoi, les formulaires de demande d'admission ou de renouvellement dûment remplis au comité d'admission (annexe 6), accompagné de la liste du matériel et des quantités recommandées ainsi que des attestations et des soumissions requises, le cas échéant.
- Respecter le principe d'attribution de l'aide matérielle du plus simple au plus complexe dans la réponse aux besoins.

²⁷ Un déménagement est considéré comme temporaire s'il est d'une durée de moins de six mois, sauf pour les personnes devant poursuivre leurs études à l'extérieur de la région où elles sont habituellement domiciliées, le domicile permanent étant celui enregistré à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

²⁸ Un changement significatif du besoin correspond soit à une augmentation de 10 % ou plus de la quantité déterminée lors de l'évaluation, par exemple en cas d'infection, ou à un changement temporaire ou permanent du type de fourniture requis. La liste de matériel de l'annexe 2, dans les sections du matériel complémentaire, précise les fournitures pour lesquelles des attestations professionnelles ou médicales sont requises.

- Aviser le mandataire de tout changement dans la situation de la personne admissible (déménagement permanent ou temporaire, admission en établissement, décès, etc.) ou lors de la précision du diagnostic pour un enfant présentant un statut d'admissibilité conditionnelle au programme lié à un retard significatif du développement.
- Informer l'utilisateur de la réponse du comité d'admission. Pour un enfant présentant un statut d'admissibilité conditionnelle au programme lié à un retard significatif du développement, aborder avec l'utilisateur ou son représentant :
 - la nature du statut d'admissibilité conditionnelle et le requis d'une démarche de précision du diagnostic;
 - le suivi nécessaire auprès du mandataire à l'issue de la démarche de précision du diagnostic;
 - l'impact du diagnostic établi à l'issue de la démarche de précision du diagnostic sur le statut d'admissibilité à long terme au programme, c'est-à-dire la confirmation de l'admissibilité définitive ou la révocation de l'admissibilité au programme.

Rôles et responsabilités du CISSS et du CIUSSS

- Mettre en place une organisation conforme aux principes généraux et de gestion centralisée du programme adaptée aux particularités régionales.
- Agir à titre de mandataire pour sa région administrative ou désigner un mandataire qui agira pour le compte de l'ensemble de la région administrative, lorsque plusieurs CISSS ou CIUSSS sont présents dans une même région ou un même territoire.
- Décider du moyen le plus approprié pour organiser le processus d'achat et de facturation.
- Mettre en place les moyens les plus appropriés pour organiser le processus d'attribution et de renouvellement de l'aide matérielle, en tenant compte du budget disponible, du volume annuel, du type d'aides ainsi que de l'organisation des services mis en place aux fins de gestion du programme, conformément aux règles d'attribution, de suivi et de gestion décrites dans ce guide.
- En collaboration avec le mandataire du programme, développer et implanter les mécanismes communicationnels et opérationnels nécessaires au suivi de l'admissibilité au programme des enfants présentant un statut d'admissibilité conditionnelle liée à un retard significatif du développement.

Rôles et responsabilités du mandataire et du comité d'admission

- Recevoir les demandes d'inscription au programme au moyen du formulaire standard prévu à cet effet, acheminé par les intervenants.
- S'assurer que l'évaluation des besoins spécifiques de l'utilisateur est complète.
- Procéder à l'analyse de l'admissibilité des demandes et vérifier la concordance avec les critères d'admissibilité établis.

- Transmettre par écrit la réponse au référent, en adressant une copie conforme à l'utilisateur ou à son représentant. Pour un enfant présentant un statut d'admissibilité conditionnelle au programme liée à un retard significatif du développement, la lettre doit détailler :
 - la nature du statut d'admissibilité conditionnelle et le requis d'une démarche de précision du diagnostic;
 - le suivi nécessaire auprès du mandataire à l'issue de la démarche de précision du diagnostic;
 - l'impact du diagnostic établi à l'issue de la démarche de précision du diagnostic sur le statut d'admissibilité à long terme au programme, c'est-à-dire la confirmation de l'admissibilité définitive ou la révocation de l'admissibilité au programme.
- Le cas échéant, analyser et établir la priorité de chaque demande, selon la grille de priorisation (annexe 1) et en tenant compte du jugement clinique en ce qui concerne les situations exceptionnelles sortant des critères habituels.
- Établir et tenir à jour une seule liste régionale, lorsqu'il y a des personnes en liste d'attente.
- En collaboration avec le ou les CISSS ou CIUSSS qu'il dessert, développer et implanter les mécanismes communicationnels et opérationnels nécessaires au suivi de l'admissibilité au programme des enfants présentant un statut d'admissibilité conditionnelle liée à un retard significatif du développement.

7. PRINCIPES DE GESTION BUDGÉTAIRE PAR LE MANDATAIRE

Les principes suivants visent à assurer une saine gestion des budgets ainsi qu'un suivi rigoureux, tout en permettant la reddition de comptes annuelle au MSSS.

Dans l'application du programme :

- Le mandataire doit s'assurer que les budgets de ce programme servent à l'usage personnel des personnes admissibles et admises.
- Le mandataire doit s'assurer qu'aucun montant forfaitaire et qu'aucun remboursement n'est donné directement à une personne admissible en remplacement de l'aide matérielle fournie et livrée à la personne. Les mandataires sont responsables de fournir le matériel, par l'intermédiaire d'un fournisseur externe²⁹ ou non.
- Pour les cas où le budget ne peut répondre à l'ensemble des demandes dans une région, l'enveloppe budgétaire ne peut être répartie par le CISSS ou le CIUSSS entre toutes les personnes en attente en ne couvrant qu'une partie des besoins de ces personnes.
- Avant d'admettre une personne au programme, le comité d'admission doit s'assurer qu'aucun autre programme ne couvre les besoins ou, le cas échéant, il doit s'assurer que ce programme ministériel est utilisé comme complément, par exemple dans le cas d'une assurance privée.
- Le mandataire doit s'assurer de la saine gestion financière du programme³⁰ et que la responsabilité du financement est assumée jusqu'au prochain renouvellement, à moins que la personne ne déménage dans une autre région. Pour ce cas, des précisions figurent à l'annexe 8 (procédures de transfert interrégional).
- Le cas échéant, le mandataire et le fournisseur doivent s'assurer du suivi rigoureux du processus de livraison et des quantités livrées en suivant ces instructions :
 - aviser sans délai les intervenants de situations où des variations significatives dans l'utilisation des fournitures sont présentes, soit $\geq 10\%$ des quantités prévues, pouvant refléter une modification significative de la condition de santé;

²⁹ Des situations particulières peuvent être acceptées et seront le fait de cas exceptionnels, par exemple des situations où le CISSS/CIUSSS ne peut fournir ce qui a été prescrit et médicalement requis et qu'il a été assuré que l'utilisateur détient ce dont il a besoin.

³⁰ Afin d'assurer la saine gestion des montants consacrés à ce programme, un processus d'achats regroupés ou d'appels d'offres est suggéré, car les régions ayant eu recours à ces mécanismes ont obtenu des réductions substantielles des coûts de programme.

- ajuster périodiquement les quantités attribuées et livrées aux besoins réels, à l'intérieur d'une variation de $\leq 10\%$ des quantités prévues, et en respectant les quantités maximales autorisées par le présent programme, sauf pour des cas exceptionnels qui seraient justifiés médicalement;
- au besoin, et pour les situations exceptionnelles, une augmentation temporaire des aides matérielles est possible pour répondre aux situations particulières, si elles sont médicalement requises³¹.
- Le mandataire doit conserver une marge de manœuvre budgétaire suffisante lui permettant de faire face aux situations de déménagement ou aux situations urgentes, exceptionnelles ou imprévues auxquelles le programme doit répondre³² afin de ne pas entraver l'autonomie de la personne³³.

³¹ Par exemple, en cas d'infection, des cathéters supplémentaires à ceux fournis normalement peuvent être autorisés, ceci étant spécifié dans la liste de matériel de l'annexe 2.

³² Parfois, une demande se doit d'être priorisée de manière urgente. Dans un tel cas, un fonds de réserve permet d'y répondre, ce qui est davantage pertinent là où il existe une liste d'usagers en attente.

³³ Par exemple : nécessité de considérer en priorité une personne qui reprend le travail et qui doit couvrir ses fournitures, mais dont la précarité ne permet pas d'absorber les coûts exorbitants liés à ses besoins (ex. : fournitures spécialisées) et dont l'attente par rapport au programme pourrait compromettre le retour au travail.

8. GLOSSAIRE

Aide technique³⁴ : Appareil spécialement conçu pour soutenir, maintenir ou remplacer une partie du corps ou une fonction déficiente et utilisé par une personne dans le but de compenser son incapacité en optimisant son autonomie.

Aide matérielle : Matériel adapté ou spécialement conçu pour soutenir, maintenir ou remplacer une fonction déficiente, utilisé par une personne dans le but de compenser une incapacité.

Énurésie : L'énurésie nocturne, diurne ou combinée se caractérise par des mictions involontaires et inconscientes, chez un enfant de plus de cinq ans, et, *a fortiori*, chez un adulte. L'énurésie est considérée comme physiologique jusqu'à l'âge de cinq ans (et pathologique au-delà de cet âge). L'énurésie peut être primaire (l'enfant a toujours été énurétique), ou secondaire, si elle apparaît après une période de propreté de six mois³⁵. Pour mener au diagnostic, la fréquence doit être au minimum de deux fois par semaine pendant trois mois, sans cause médicamenteuse ou médicale.

Encoprésie : L'encoprésie nocturne, diurne ou combinée est une variété d'incontinence fécale, survenant chez un enfant de plus de quatre ans ou un adulte. Le sujet encoprétique souffre de pertes involontaires de matières fécales, de causes psychologiques ou physiologiques, avec ou sans constipation associée, avec une survenue une fois par mois, pendant au minimum trois mois³⁶, sans cause médicamenteuse ou médicale.

Établissement demandeur : Établissement du réseau de la santé et des services sociaux ayant procédé à l'évaluation de l'utilisateur.

Incapacité : Réduction permanente, partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité découle d'une déficience³⁷.

Incontinence : Selon le *Larousse médical*, l'incontinence urinaire permanente du sphincter de la vessie et de l'urètre ou du sphincter anal pourra être provoquée par diverses causes dont une maladie neurologique ou un traumatisme altérant les commandes nerveuses de la vessie et des sphincters.

Intervenant ou professionnel : Éducateur spécialisé, ergothérapeute, infirmière, travailleur social.

Mandataire : Établissement désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour remplir la fonction d'administrateur du programme.

Personne ayant une déficience physique : Personne dont la déficience permanente entraîne ou risque d'entraîner des incapacités significatives et persistantes liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et qui rencontre des obstacles dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne et domestique. Une personne ayant une déficience motrice est une personne ayant une déficience physique significative et persistante, principalement dans les sphères de la motricité, et

³⁴ Office de la langue française, 2006.

³⁵ Dictionnaire médical français et DSM-5.

³⁶ Dictionnaire médical français et DSM-5.

³⁷ Conseil consultatif sur les aides technologiques, petit vocabulaire des aides techniques, 1994.

se distingue des personnes ayant une déficience dans les sphères de l'audition, de la vision ou du langage.

Personne ayant une déficience intellectuelle : Personne se caractérisant par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, lequel se manifeste dans les habiletés conceptuelles et pratiques. Les incapacités se manifestent avant l'âge de 18 ans.

Personne ayant un trouble du spectre de l'autisme : Le DMS-5 définit ce trouble comme un ensemble de troubles neurodéveloppementaux complexes caractérisés par des atteintes qualitatives sur les plans de la communication et des interactions sociales, par la présence de comportements inhabituels ainsi que des activités ou des intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés.

Personne âgée en perte d'autonomie : Le document *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* définit une personne en perte d'autonomie comme étant une personne qui présente des incapacités physiques, psychiques ou sociales dues à une ou plusieurs maladies aiguës ou chroniques, dont la perte d'autonomie se détermine par la simultanéité, l'intensité, la durée, les répercussions fonctionnelles ainsi que la perception qu'une personne a de ses capacités d'adaptation.

Plan d'intervention (PI) : Outil visant l'atteinte des objectifs propres à la discipline d'un intervenant. Le plan d'intervention détermine les besoins de la personne et de sa famille, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévue des services. Il assure ainsi la coordination des services offerts par l'établissement³⁸.

Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) : Outil de planification, de concertation et de coordination visant l'atteinte d'objectifs communs propres à plusieurs intervenants ou disciplines.

Plan de services individualisé (PSI) : Outil permettant la coordination des services offerts à un usager visant l'intégration des services sur les plans clinique et organisationnel pour l'ensemble des partenaires publics, privés et communautaires concernés.

Plan de services individualisé et intersectoriel (PSII) : Outil qui vise à coordonner les actions des acteurs qui exercent leurs fonctions dans diverses organisations et qui participent à la réponse aux besoins d'une personne et de sa famille.

Résidence privée pour aînés : Tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode de paiement³⁹.

Ressource de type familial : Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à

³⁸ L.R.Q., chapitre S-4.2, article 102 de la Loi sur la santé et les services sociaux.

³⁹ L.R.Q., chapitre S-4.2., article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial⁴⁰.

Peuvent également être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel⁴¹.

Ressource intermédiaire : Toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome, par une personne morale ou par une société de personnes et qui est reconnue par les CISSS ou les CIUSSS pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public, en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition⁴². L'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée⁴³.

Retard significatif du développement : Le retard significatif du développement se retrouve chez les enfants âgés de moins de sept ans qui accusent un retard de deux écarts-types sous la moyenne (établi avec un outil normalisé ou son équivalent) par rapport à leur âge chronologique dans au moins deux sphères de leur développement : motricité, cognition, développement socioémotionnel, communication et autonomie. Par conséquent, la catégorie « retard significatif du développement » inclut les enfants ayant reçu un diagnostic de « retard global de développement » prévu au DSM-5, ainsi que tout autre enfant dont le retard significatif ne peut s'expliquer par un autre diagnostic précis et ceux en attente de diagnostic. Après l'âge de sept ans, l'identification diagnostique est normalement réalisée⁴⁴.

⁴⁰ L.R.Q., chapitre S-4.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 312. Selon l'article 68 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences, la référence à la reconnaissance par l'agence ne doit désormais plus être prise en compte dans cet article. (Réf. : Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, MSSS).

⁴¹ *Ibid.*

⁴² L.R.Q., chapitre S-4.2 de la Loi sur la santé et les services sociaux, article 302. Selon l'article 66 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences, pour l'application de cet article, la référence à une ressource reconnue par l'agence est une référence à une ressource ayant conclu une entente spécifique ou particulière avec un établissement. (Réf. : Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, MSSS).

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, MSSS, 2017.

RÉFÉRENCES

Association des établissements de réadaptation en déficience physique. *Guide portant sur des situations litigieuses d'admissibilité de certaines clientèles dans les établissements de réadaptation en déficience physique*, 2000. Mise à jour : 14 mars 2011.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed., p. 355-359), Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Larousse, *Larousse médical*, 2006 ISBN 2-03-560425-7.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, Direction générale des services sociaux, mars 2016, 214 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*, 2017, 74 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Direction générale des services sociaux, février 2011, 47 pages.

MSSS, *Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination*, novembre 2007.

MSSS, *Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination*, novembre 2003.

Nombreux documents des Agences de la santé et des services sociaux et des CSSS de toutes les régions du Québec (guides de gestion régionaux réalisés à partir du guide de gestion ministériel et adapté à la réalité régionale et cadres de référence des régions 06, 07, 09, 15) (IRGLM du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, brochures à l'intention des usagers).

Documentation utile

INSPQ – *La prévention des infections des voies urinaires associées aux cathéters*, Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 2015, 19 pages.

IUGS – CSSS - IUGS, INCONTINENCE URINAIRE : *Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Élimination*, 2012, 18 pages.

Sites d'intérêt

Association québécoise des établissements de la santé et des services sociaux, Méthodes de soins : <http://msi.aqesss.qc.ca/methodes/>.

Association des urologues du Canada, 2007, dépliants destinés au grand public : www.uroinfo.ca.

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme : <http://www.fqcrdited.org>. www.agirpourl'autisme.com/la-mise-en-place-dun-programme-sur-la-proprete.

Fondation d'aide aux personnes incontinentes : www.canadiancontinence.ca.

Guide santé du gouvernement du Québec : www.guidesante.gouv.qc.ca.

Larousse médical :

http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/incontinence_urinaire/13849.

Société canadienne de pédiatrie : www.soinsdenosenfants.cps.ca.

Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits. Santé Canada :

www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php.

Shevell MI, « Present conceptualization of early childhood neurodevelopmental disabilities », *J Child Neurol.*, 2010; 25 (1) : 120-126.

ANNEXE 1 Grille de priorisation soutenant la gestion des priorités et de l'attente

Au-delà de la catégorisation des personnes en liste d'attente selon les besoins à l'aide de cet outil, le jugement clinique est indiqué en toutes circonstances pour évaluer en tout temps l'urgence et l'importance du besoin de chaque personne en attente⁴⁵.

GRILLE DE PRIORISATION

Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination

Nom de l'utilisateur : _____

Numéro de dossier de l'utilisateur : _____

Date de l'évaluation : _____

Nom de l'intervenant : _____

Risques résultant de l'attente	Cote	Catégorie de besoins	Cote
Maintien ou retour à domicile compromis sans subvention Diagnostic entraînant une détérioration rapide de la condition (ex. : sclérose latérale amyotrophique)	4	Cathétérisme intermittent propre ou Sonde à demeure ou Vidange intestinale ou Trachéostomie	4
Risque de complication s'il y a attente (ex. : plaie) Risque lié à la présence d'une double incontinence	3	Condom urinaire mâle	3
Risque de limiter la participation sociale Fréquence élevée des soins requis (Plus de 3 fois par jour)	2	Culotte d'incontinence seulement	2
Aucun facteur de risque	1		

Note : Un seul choix par catégorie.
Les deux cotes seront intégrées dans le formulaire de gestion des listes d'attente.

⁴⁵ Des critères particuliers peuvent être pris en compte dans la priorisation, critères qui peuvent ne pas être inclus dans cette liste.

Explications :

Les résultats obtenus dans cette grille de priorisation seront intégrés dans un fichier de gestion de liste d'attente pour les usagers admis au programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination s'adressant aux personnes ayant une déficience. Il est donc important de sélectionner, dans chacune des colonnes, la situation qui correspond le mieux à celle de l'utilisateur.

La formule de calcul permet de tenir compte des résultats de cette grille et du délai d'attente passé et en cours afin de permettre une évolution juste et équitable de tous les usagers au sein de la liste d'attente.

Gestion de la liste d'attente – Méthode de calcul :

(Risque résultant de l'attente x Catégorie de besoins) + nb de mois en attente

Ne rien inscrire dans ces colonnes.
Formules pour calculs incluses.

Nom de l'utilisateur	Risque résultant de l'attente	Catégorie de besoins	Date d'admissibilité	Nb de mois d'attente ⁴⁶	Résultat pour la liste d'attente	Rang sur la liste
Usager 1	4	1	2014-07-21	36	40	8
Usager 2	4	2	2014-10-28	33	41	7
Usager 3	3	3	2015-04-04	28	37	13
Usager 4	2	1	2015-06-05	26	28	20
Usager 5	1	2	2014-10-28	33	35	14
Usager 6	4	3	2015-04-04	28	40	9
Usager 7	4	1	2015-06-27	25	29	17
Usager 8	3	2	2014-07-21	36	42	6
Usager 9	2	3	2014-10-28	33	39	12
Usager 10	1	1	2015-04-04	28	29	18
Usager 11	4	2	2013-06-05	50	58	2
Usager 12	4	3	2014-07-21	36	48	5
Usager 13	3	1	2015-05-15	27	30	16
Usager 14	2	2	2013-05-14	51	55	3
Usager 15	1	3	2015-01-01	31	34	15
Usager 16	4	1	2014-08-05	36	40	10
Usager 17	4	2	2012-04-05	64	72	1
Usager 18	3	3	2015-12-05	20	29	19
Usager 19	2	1	2013-07-22	48	50	4
Usager 20	1	2	2014-06-15	38	40	11

⁴⁶ Formule : (Risque résultant de l'attente x Catégorie de besoins) + nb de mois en attente.

ANNEXE 2 Liste de matériel courant et matériel complémentaire

Matériel admissible par catégorie de besoins

Note explicative

1. Les fournitures et les quantités prévues aux listes de matériel sont celles considérées comme répondant aux besoins habituels par catégorie, selon le principe que certaines fournitures sont nécessaires pour toute personne dans une catégorie donnée. D'autres fournitures sont complémentaires et nécessitent donc une évaluation de la situation avant d'être autorisées.
2. Les fournitures et quantités de base établies sont fondées sur les recommandations d'associations professionnelles et sur les pratiques actuelles reconnues permettant d'éviter les complications pouvant survenir à la suite de l'incontinence.
3. Les quantités qui seront allouées à une personne sont celles recommandées lors de l'évaluation des besoins par le professionnel⁴⁷ et pourront être moindres que le maximum admissible.
4. Cependant, si les quantités maximales recommandées excèdent la quantité de matériel courant admissible dans les listes, une recommandation par le professionnel avec justification ou avec prescription médicale est requise selon le cas.
5. Il n'est pas possible d'ajouter des quantités excédentaires aux quantités définies, sauf pour des cas exceptionnels, lesquels doivent être soumis pour discussion aux responsables du programme au MSSS.

Chaque catégorie comprend l'ensemble des besoins en matériel :

Une grille de matériel admissible pour tous (matériel courant) et une grille de matériel complémentaire fourni sur recommandation seulement par le professionnel demandeur, pour des besoins particuliers.

Ainsi, on ne doit pas ajouter du matériel provenant d'une autre catégorie.

Pour les quantités, la personne qui prépare la demande indique la quantité recommandée ou, à défaut, indique « zéro ».

⁴⁷ On entend ici tant la recommandation du professionnel que celle du médecin, le cas échéant.

1. Culottes d'incontinence

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Culotte d'incontinence ou protection urinaire (coussinet)	Produits bariatriques acceptés	1 à 6 un./jour	365 à 2 190 un./an	
Crème protectrice non médicamenteuse	Tube de base de zinc de 140 g	1 un./2 sem.	36 un./an	
	Gelée 71 g	1 à 2 un./sem.	70 un./an	

1.1 Culottes d'incontinence – matériel complémentaire nécessitant une recommandation

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Gants non stériles	Par un tiers : école, garderie, etc.*	2 à 12 un./jour	730 à 4 380 un./an	
Serviettes humides	Par un tiers : école, garderie, etc.*	2 à 12 un./jour	730 à 4 380 un./an	
Crème de lavage	Clientèle alitée seulement	1 litre/6 mois	2 litres/an	
Piqués lavables		1 un./3 mois	2 à 4 un./an	
Couvre-matelas	Pour enfants seulement	1 un./6 mois	2 un./an	
Tampon anal		Au besoin	Au besoin	

**Le matériel ne doit pas être livré dans les écoles,
seuls quelques rechanges supplémentaires peuvent y être entreposés.**

2. Cathéter intermittent propre

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cathéter	Technique propre	1 un./jour	370 un./an	
Gants non stériles	Entretien du cathéter par un tiers	2 un./cath.	730 à 4 380 un./an	
Lubrifiant hydrosoluble	Bouteille ou tube	1 un./2-3 sem.	17 à 26 un./an	
Lubrifiant hydrosoluble	En sachet hors domicile	1 un./cath.	365 un./an	
Serviettes humides		1 un./cath.	365 un./an	
Serviettes antiseptiques préemballées	Prix varie selon type de serviette	1 un./cath.	365 à 2190 un./an	
Gel antiseptique	Bouteille de 125 ml Serviettes humides	3 un./mois 1 un./cath.	36 un./an 365 à 2 190 un./an	
Tubulure à autocathétérisme	Rallonge	1 un./2 mois	6 un./an	

2.1 Cathéter intermittent propre – Matériel complémentaire nécessitant une recommandation

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cathéters supplémentaires pour technique stérile *Sur prescription médicale	- Période d'infections urinaires ou infection récurrente - Dextérité manuelle réduite- Ext. du domicile (travail/école)- Fait par un tiers	1 un. /cath.	365 à 2190 un./an	
Cathéter hydrophile prélubrifié *Sur prescription médicale	Dernier recours	1 un./cath.	365 à 2190 un./an	
Lubrifiant	En sachet	1 un./cath.	365 à 2190 un./an	
Désinfectant	Si technique stérile	1 un. /cath	365 à 2190 un./an	
Culotte d'incontinence ou protection urinaire (coussinet)	Produits bariatriques acceptés	1 à 6 un./jour	365 à 2190 un./an	
Crème protectrice non médicamenteuse	Tube de base de zinc de 140 g	1 un./2 sem.	36 un./an	
	Gelée 71 g	1 à 2 un./sem.	70 un./an	
Piqués jetables	Cathétérisme au lit seulement	1 un. /jour	400 un./an	
Urinoir		1 un./6 mois	2 un./an	
Compresse/gazes non stériles + diachylon OU Compresse adhésives (mépore) OU Bandage adhésif (hypafix/méfix)	Pour Mitrofanoff (protection)	1 à 2 un./jour	365 à 730 un./an	
		1 roul./3 sem.	17 roul./an	
Tampon anal		Au besoin	Au besoin	
Plateau à cathétérisme	Technique stérile	1 un. /cath.	365 à 2190 un./an	
Pince à cathétérisme		Au besoin	Au besoin	
Planche à cathétérisme ou Pince Maurice		Au besoin	Au besoin	

2.2 Cathéter intermittent propre – avec le port du condom urinaire

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cathéter externe mâle (condom)	Fuites	1 un./jour	400 un./an	
Protecteur pour la peau	Sachet	1 un./jour	400 un./an	
Sac urinaire	Cuisse : 500-700-1000 ml Nuit : 2000-4000 ml	1 à 3 un./mois	36 un./an	
Courroies élastiques ou velcro		1 paire/2 mois	6 paires/année	
Gants non stériles	Entretien des sacs urinaires	2 un./jour	730 un./an	
Solution nettoyante pour sac	Bouteille	1 un./mois	12 un./an	

2.3 Cathéter intermittent propre – avec le port d’une sonde la nuit ou pour de longues sorties

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Sonde à demeure courte durée		1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Plateau ou cabaret à changement de sonde	1 seringue de 10 ml inclus dans le plateau	1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Seringue 10 ml vide	Dégonfler la sonde en place	1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
1 aiguille		1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Eau bactériostatique de 10 ml		1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Solution pour la peau désinfectante		1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Gants non stériles	Entretien des sacs urinaires par un tiers	4 un./jour	1 460 un./an	
Alcool	En sachet	2-4 un./jour	730 à 1460 un./an	
Sac urinaire	Cuisse : 500-700-1000 Nuit : 2000 -4000 ml	1 à 3 un./mois	36 un./an	
Adaptateur/connecteur 5 dans 1		1 un./3 sem.	17 un./an	
Tubulure en latex		4 pieds/mois	50 pieds/an	
Clampe ou fermoir		1 un./2 mois	6 un./an	
Courroies élastiques ou velcro		1 paire/2 mois	6 paires/an	
Bande de retenue autocollante	Flexitrap ou autres	1 un./3 jours	122 un./an	
Bouchon		1 un./jour	365 un./an	

2.4 Cathéter intermittent propre – avec irrigation vésicale

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cabaret à irrigation avec seringue à piston		1 un./irrigation	365 un. /an	
Solution à irrigation stérile	En bouteille 500 ml	1 un./irrigation	365 un./an	
Solution à irrigation stérile en sac avec tubulure appropriée inclus	Sac de 200 ml	1 un./irrigation	365 un./an	
Alcool	En sachet	2 un./irrigation	730 un./an	
Gants non stériles		2 un./irrigation	730 un./an	
Bouchon		1 un./sem.	52 un./an	
Piqués jetables		1 un./irrigation	365 un./an	
Adaptateur en Y	Si sonde trois voies	Au besoin	Au besoin	
Contenant stérile		1 un./jour	365 un./an	

2.5 Cathéter intermittent propre – avec instillation de médicament

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées	Requis
Cabaret à irrigation avec seringue à piston		1 un./instillation	Selon recommandation
Solution pour diluer le médicament		Selon recommandation	
Aiguille stérile		1 un./instillation	
Seringue stérile		1 un./instillation	
Gants non stériles		2 un./instillation	
Alcool	En sachet	2 un./instillation	
Bouchon		1 un./instillation	
Piqués jetables		1 un./instillation	
Contenant stérile	Mélange du médicament	1 un./instillation	

3. Condom urinaire

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cathéter externe mâle (condom)	Fuites	1 un./jour	400 un./an	
Protecteur pour la peau	Sachet	1 un. /jour	400 un./an	
Sac urinaire	Cuisse : 500-700-1000 ml Nuit : 2000-4000 ml	1 à 3 un./mois	36 un./an	
Courroies élastiques ou velcro		1 paire/2 mois	6 paires/an	
Gants non stériles	Entretien des sacs urinaires	4 un./jour	1460 un./an	
Solution nettoyante pour sac	Bouteille	1 un./mois	12 un./an	

3.1 Condom urinaire – matériel complémentaire nécessitant une recommandation

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cathéters externes supplémentaires		1 un./jour	365 un./an	
Protecteur pour la peau supplémentaire	Sachet	1 un./condom	365 un./an	
Dispositif fixation du condom Si pas de condom autocollant	Bande cathéter autocollante Bande en caoutchouc (mousse)	1 à 2 un./jour	365 à 730 un./an	
Colle-ciment	Bouteille de 110 ml	1 un./mois	12 un./an	
Dissolvant à colle	En sachet	1 à 2 un./condom	365 à 730 un./an	
Culottes d'incontinence ou protection urinaire (coussinet)		1 à 6 un./jour	365 à 2190 un./an	
Adaptateur 5 dans 1		1 un./2 mois	6 un./an	
Tubulure en latex ou tubulure sans latex		4 pieds/mois	50 pieds/an	
Fermeur ou clampe		2 un./3 mois	8 un./an	
Courroies élastiques ou velcro		1 paire/2 mois	6 paires/an	
Piqués jetables		1 un./jour	365 un./an	
Piqués lavables		2 un./jour	730 un./an	
Urinoir		1 un./6 mois	2 un./an	
Valve électrique	Sur prescription médicale			

3.2 Condom urinaire – avec cathétérisme, si résidu vésical élevé

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cathéter	Technique propre	1 un./jour	365 un./an	
Gants non stériles	Cathétérisme et entretien du cathéter par un tiers	2 à 4 un./jour	730 à 1460 un./an	
Lubrifiant hydrosoluble	Bouteille ou tube	1 un./2-3 sem.	17 à 26 un./an	
Lubrifiant hydrosoluble	En sachet hors domicile	1 un./cath.	365 un./an	
Serviettes humides		1 un./cath.	365 un./an	
Serviettes antiseptiques préemballées		1 un./cath.	365 un./an	
Gel antiseptique	Bouteille de 125 ml	1 un./mois	12 un./an	
Tubulure à autocathétérisme	Rallonge	1 un./2 mois	6 un./an	
Plateau à cathétérisme	Technique stérile par un tiers	1 un./cath.	365 à 730 un./an	
Gants stériles	Si tierce personne	2 un./cath.	730 à 1 460 un./an	

4. Sonde à demeure urétrale et sonde sus-pubienne (cystostomie)

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Sonde à demeure longue durée		1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Plateau ou cabaret à changement de sonde	1 seringue de 10 ml incluse dans le plateau	1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Seringue 10 ml vide	Dégonfler la sonde en place	1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
1 aiguille		1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Eau stérile bactériostatique de 10 ml		1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Solution pour la peau désinfectante		1 un./3-4 sem.	13 à 17 un./an	
Gants non stériles	Entretien des sacs urinaires par un tiers	4 un./jour	1460 un./an	
Alcool	En sachet	2-4 un./jour	730 à 1 460 ml/an	
Sac urinaire	Cuisse : 500 -730-1000 ml Nuit : 2000 -4000 ml	1 à 3 un./mois	36 un./an	
Adaptateur/connecteur 5 dans 1		1 un./3 sem.	17 un./an	
Tubulure en latex		4 pieds/mois	50 pieds/an	
Clampe ou fermoir		1 un./2 mois	6 un./an	
Courroies élastiques ou velcro		1 paire/2 mois	6 paires/an	
Bande de retenue autocollante	Flexitrap ou autres	1 un./3 jours	122 un./an	
Bouchon		1/changement.	14 un./an	

4.1 Sonde à demeure urétrale et sonde sus-pubienne, ou cystostomie – matériel complémentaire nécessitant une recommandation

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Pour gonfler un ballonnet de 30 ml : Seulement pour ce type de sonde	Seringue 30 ml, aiguille no 18, Eau bactériostatique 30 ml	1 à 2 un./mois	18 à 26 un./an	
Seringue 30 ml	Dégonfler l'ancien ballonnet	1 à 2 un./mois	18 à 26 un./an	
Bouchon		1 un./sem.	52 un./an	
Piqués jetables		1 un./changement	26 un./an	
Piqués lavables		1 un./6 mois	2 un. an	
Urinoir		1 un./6 mois	2 un./an	
Culotte d'incontinence ou protection urinaire	Débordement	1 à 6 un./jour	365 à 2 190 un./an	
Compresse/gazes non stériles + diachylon OU Compresse adhésives OU Bandage adhésif (hypafix/méfix)	Pour cystostomie en protection	1 à 2 un./jour 1 roul. /3 sem.	365 à 730 un./an 17 roul./an	
Valve électrique	Sur prescription médicale			

4.2 Sonde à demeure urétrale et sonde sus-pubienne, ou cystostomie – si ajout d'irrigation vésicale

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cabaret à irrigation avec seringue à piston		1 un./irrigation	365 un./an	
Solution à irrigation stérile	En bouteille de 500 ml	1 un./irrigation	365 un./an	
Solution à irrigation stérile en sac avec tubulure appropriée incluse	Sac de 200 ml	1 un./irrigation	365 un./an	
Alcool	En sachet	2 un./irrigation	730 un./an	
Gants non stériles		2 un./irrigation	730 un./an	
Bouchon		1 un./semaine	52 un./an	
Piqués jetables		1 un./irrigation	365 un./an	
Adaptateur en Y	Si sonde trois voies	Au besoin		
Contenant stérile		1 un./irrigation	365 un./an	

4.3 Sonde à demeure urétrale et sonde sus-pubienne, ou cystostomie – si ajout d’instillation de médicament

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Cabaret à irrigation avec seringue à piston		1 un./instillation	Selon recommandation	
Solution pour diluer le médicament		Selon recommandation		
Aiguille stérile		1 un./instillation		
Seringue stérile		1 un./instillation		
Gants non stériles		2 un./instillation		
Alcool	En sachet	2 un./instillation		
Bouchon		1 un./instillation		
Piqués jetables		1 un./instillation		
Contenant stérile	Mélange du médicament	1 un./instillation		

5. Vidange intestinale

Vidange intestinale par suppositoire ou curage rectal.

Le système d'irrigation transanale *Péristeen* n'est pas remboursé dans ce programme.

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Lubrifiant hydrosoluble	Tube/bouteille de 5 oz (150 ml)	1 un./2 sem.	26 un./an	
Gants non stériles		4-8 un./vidange	1 460 à 5 840 un./an	

5.1 Vidange intestinale – avec matériel complémentaire nécessitant une recommandation

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Lubrifiant hydrosoluble	Sachet Si en tube, ne pas utiliser même tube que les cathétérismes	2 un. /jour	800 un. /an	
		1 un. /mois	12 un. /an	
Piqués jetables petits ou grands	Vidange au lit	4 à 6 un. /vidange	1460 à 4380 un. /année	
Piqués jetables	Vidange à la toilette	2 un./vidange	730 à 1 460 un./an	
Serviettes humides		3-4 un./vidange	1 095 à 2 920 un./an	
Crème de lavage	Bouteille d'un litre	1 un./6 mois	2 un./an	
Serviettes d'hôpital		Au besoin	Au besoin	
Suppositoire de glycérine		16 un./mois	200-400 un./an	
Piqués lavables		1 un./6 mois	2 un./an	
Culotte d'incontinence – protection urinaire de type coussinet		Maximum 6 unités par jour	Maximum 2 190 un. /an	

Vidange intestinale – avec matériel complémentaire nécessitant une recommandation (suite)

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Tampon anal		Au besoin	Au besoin	
Insérateur de suppositoire	Sur prescription médicale			
Stimulateur anal	Sur prescription médicale			

5.2 Vidange intestinale – avec lavement

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Gants non stériles		2-4 un./lavement	243 à 486 un./an	
Serviettes humides		3-4 un./lavement	363 à 486 un./an	
Crème de lavage	Bouteille de 1 litre	1 un./6 mois	2 un./an	
Piqués lavables		1 un./6 mois	2 un./an	
Piqués jetables		2-3 un. /lavement	242 à 363 un./an	
Serviettes d'hôpital		Au besoin	Au besoin	
Culotte d'incontinence – protection urinaire de type coussinet		Maximum 6 unités par jour	Maximum 2 190 un./an	
Crème protectrice pour la peau	Tube de base de zinc de 140 g	1 un. /2 sem.	36 un./an	
	Gelée 71 g	1 à 2 un./sem.	70 un./an	

6. Trachéostomie

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Compresse à trachéostomie	4 x 4 po ou 10 x 10 cm	2 un./jour	730 un./an	
Coton-tige		Selon recommandation		
Tige humide rafraichissante		Selon recommandation		
Canule endotrachéale		2 un./3 mois	2 - 12 un./an	
Seringue			1 un./an	
Sérum physiologique		Au besoin		
Adaptateur			1 un./an	
Cordon de rétention		Au besoin		
Brosse à canule		1 un./mois	12 un./an	
Bande adhésive		1 un./2 mois	3 à 6 un./an	
Filtre à bactérie		2 un./mois	24 un./an	
Bouchon		1 un./mois	12 un./an	
Cabaret de nettoyage		1 un./sem.	52 un./an	
Ruban à trachéostomie		1 un./2 mois	6 un./an	

6.1 Trachéostomie – matériel complémentaire nécessitant une recommandation

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Plateau à trachéostomie	Contient : plateau, alaise, pince, deux gants stériles, cinq tiges coton, une compresse à trachéo., une brosse, un ruban à trachéostomie, un champ stérile	2 un./jour	730 un./an	
Bavoirs		1 un./6 mois	2 un./an	
Brosses stériles jetables		2 un./mois	25 un./an	
Thermovent OU nez artificiel OU système d'humidification OU filtre à bactérie		Au besoin		
Gants		4 un./jour	1460 un./an	

6.2 Trachéostomie – appareil à succion

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Appareil à succion		Au besoin		
Compresse de gaze	10 cm x 10 cm	1 un./jour	365 un./an	
Serviettes préhumidifiées		Au besoin		
Tubulure		1 un./3 mois	4 un./an	
Tube à bout rond		1 un./sem.	52 un./an	
Cathéter à succion rigide ou souple		1 un./sem.	52 un./an	
Filtre		1 un./mois	12 un./an	
Réservoir à sécrétion		Au besoin		

6.3 Trachéostomie – appareil à succion et matériel complémentaire nécessitant une recommandation

Produits	Spécifications	Quantités maximales acceptées		Requis
Gants stériles ou propres		2 un./jour	730 un. an	
Compresse	10 cm x 10 cm	Au besoin	Selon recommandation	
Bouteille de remplacement OU contenant réutilisable		Au besoin		
Tube à bout rond		Au besoin		
Tube à succion 6 po		Au besoin		
Tubulure 100 po		Au besoin		
Kit à succion avec tube + filtre	Si technique stérile	Au besoin		
Aspirateur nasal		Au besoin		
Connecteur		Au besoin		

Matériel non admissible

Les produits suivants sont non admissibles au programme soit parce qu'ils sont des produits d'usage courant facilement accessibles ou parce qu'ils font partie de la catégorie des médicaments.

Alcool en bouteille
Chlorure de sodium
Culotte de piscine
Crème médicamenteuse nécessitant une prescription médicale
Crème hydratante pour le corps
Eau de Javel
Huile minérale
Laxatifs oraux et anaux (suppositoires Dulcolax)
Matériel lié à l'irrigation transanale de type Peristeen
Pansement de type Tegaderm
Piqués Dry-Flo (pour matelas thérapeutiques)
Pots stériles pour culture d'urine
Poudre pour bébés
Provioline
Vaseline
Vinaigre

ANNEXE 3 Exemples de cas admissibles

Cette section décrit la majorité des diagnostics admissibles et n'est pas exhaustive.

La liste de diagnostics pour chaque catégorie ne peut être exhaustive puisque nous ne pouvons prévoir l'ensemble des conditions qui seront soumises aux comités d'admissibilité.

L'aggravation des troubles fonctionnels ou des problèmes de santé liés ou non au phénomène du vieillissement ne change pas le statut d'admissibilité.

Les exemples suivants illustrent des cas admissibles au programme.

1. Clientèle enfant présentant un problème congénital ou développemental (ou maladies rares et orphelines)

- Un enfant présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme pourra être admissible au programme à partir de l'âge de quatre ans (incontinence intestinale ou encoprésie) ou de cinq ans (incontinence urinaire ou énurésie).
- Un enfant présentant un retard significatif du développement est admissible au programme de manière conditionnelle à partir de l'âge de quatre ans (incontinence intestinale ou encoprésie) ou de cinq ans (incontinence urinaire ou énurésie).
 - Un programme d'entraînement à la propreté doit toujours être exigé pendant une durée significative afin de permettre à l'enfant ou l'adolescent de développer sa capacité d'élimination, peu importe son âge, s'il est jugé par un professionnel compétent qu'un tel apprentissage est possible (ex. : pendant 6 à 12 mois)⁴⁸.
 - Toutefois, il est possible qu'un tel apprentissage ne se réalise jamais. Si tel est le cas, la personne demeure admissible au programme durant toute sa vie, sans limite d'âge, et en conformité avec son lieu de résidence. Dans un tel cas, le non-apprentissage de la propreté constitue un élément parmi d'autres problématiques, entraînant le plus souvent l'établissement d'un diagnostic au cours de l'enfance. L'admissibilité doit alors être revue en fonction du diagnostic posé.
 - Puisque la couverture prévue en matière de mesures d'aide financière du MTESS agit à titre de premier payeur à partir de 18 ans, la personne doit faire les démarches auprès de ce ministère dans l'année qui précède l'atteinte de sa majorité.

Exemples de diagnostics admissibles de l'enfance :

- Déficience motrice cérébrale (DMC);
- Syndrome de Rett;

⁴⁸ Réf. : Société canadienne de pédiatrie.

- Syndrome de Hurler;
 - Syndrome de Dravet en présence de déficience intellectuelle;
 - Mutation du gène CDKL5 avec encéphalopathie et épilepsie ou syndrome d'Ohtahara avec DI (inclut le syndrome de West et Lennox Gastaut), en présence de déficience intellectuelle;
 - Paralyse supranucléaire progressive (PSP) ou maladie de Steele-Richardson-Olszewski (troubles du contrôle urinaire fréquent, de type neurologique en lien avec l'atteinte de la moelle épinière);
 - Syndrome Aicardi (maladie rare du système nerveux) qui implique presque inévitablement une déficience intellectuelle;
 - Syndrome d'Angelman (maladie neurogénétique impliquant un déficit intellectuel sévère);
 - Syndrome de Moya-Moya (maladie angiogénique liée aux artères cérébrales);
 - Sclérose tubéreuse de Bourneville en présence de déficience intellectuelle (maladie génétique, épilepsie, retard mental);
 - Hémimégalencéphalie (malformation cérébrale congénitale, en présence de retard mental, épilepsie);
 - Syndrome du cri du chat (retard mental et psychomoteur);
 - Syndrome de Wolf-Hirschhorn (comprends la déficience intellectuelle);
 - Agénésie du corps calleux et génital (XLAG-scoliose 50) entraînant une anomalie du tonus musculaire d'origine neurologique, d'où l'incontinence;
 - Syndrome polymalformatif;
 - Syndrome cardio-facio-cutané (qui entraîne un déficit intellectuel);
 - Syndrome Gorlin, si avec déficience intellectuelle;
 - Syndrome de Joubert, si avec déficience intellectuelle;
 - Syndrome de Down;
 - Paralyse + myélite auto-immune (myélite transverse);
 - Syndrome de l'X fragile (déficit intellectuel léger à sévère);
 - Syndrome de Devic ou neuromyérite optique (NMO);
 - Hypoplasies ou agénésies du vermis cérébelleux;
 - Hypomyélinisation de la matière blanche (ex. : Maladie de Palizaens-Merzbacher, paraplégie spastique 2, Lencodystrophies à polymérase III), en présence de déficience intellectuelle.
- 2. Clientèle de tout âge présentant une atteinte significative et persistante du système neurologique central ou périphérique (DP) affectant spécifiquement la fonction d'élimination et excluant les syndromes pédiatriques**

- Atteintes neurologiques du système nerveux central causant une vessie neurogène ou un intestin neurogène :
 - Paraplégie, tétraplégie,
 - AVC avec séquelles fonctionnelles et urinaires liées au déficit neurologique,
 - Pathologies neurologiques dégénératives (SLA, SEP, myopathies),
 - Parkinson, stades 4 et 5⁴⁹,
 - Paralysie supranucléaire (type de Parkinson),
 - Syndrome post-polio,
 - Quadriparésie spastique;
- Atteinte neurologique médullaire par compression ou par traumatisme (trauma de la moelle) affectant le contrôle de la vessie ou des intestins, incluant l'arthrite juvénile, la sténose spinale ou l'atteinte du rachis cervical;
- Myéломéningocèle (spina bifida);
- Syndrome de la queue de cheval;
- Maladies neuromusculaires : dystrophies musculaires (ex. : Duchenne), amyotrophie spinale, ataxie récessive spastique de Charlevoix/Saguenay, dystrophie myotonique ou maladie de Steinert);
- Vessie neurogène, s'il y a des séquelles neurologiques persistantes (lésion médullaire) à la suite d'une chirurgie pour une hernie discale.

3. Trachéostomie : clientèle de tout âge ayant nécessité une trachéostomie (sans limite d'âge)

- Enfants nés prématurément et dont la condition a nécessité une trachéostomie, avec ou sans profil de déficience;
- Adultes dont la condition a nécessité une trachéostomie;
- Pour une personne qui présente une trachéostomie nécessitant ou non l'usage d'appareils à succion, les problématiques ne doivent pas être liées aux conditions admissibles aux services aux laryngectomisés et au programme d'aides à la communication ni au programme d'oxygénothérapie à domicile⁵⁰.

⁴⁹ Association des établissements de réadaptation en déficience physique, *Guide portant sur des situations litigieuses d'admissibilité de certaines clientèles dans les établissements de réadaptation en déficience physique*, pages 27-28.

⁵⁰ Par ailleurs, le programme national d'assistance ventilatoire à domicile couvre uniquement les appareils et équipements.

ANNEXE 4 Exemples de cas non admissibles

En résumé :

1. Incontinence ne résultant pas de conditions liées aux programmes-services Déficience physique et Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (sauf Trachéostomie).
2. Difficulté de se rendre aux toilettes : des solutions alternatives au matériel d'incontinence doivent être privilégiées, telles que des routines mictionnelles.
3. Aide matérielle destinée aux loisirs.
4. Aides matérielles destinées aux voyages ou à la livraison hors Québec.

Les cas non admissibles au programme

La liste des diagnostics pour chaque catégorie ne peut être exhaustive puisque nous ne pouvons prévoir l'ensemble des conditions qui seront soumises aux comités d'admissibilité.

1. Incontinence préexistante à l'arrivée d'une condition admissible et qui n'est pas causée par la déficience.
2. Processus de vieillissement sans pathologie admissible, par exemple les atteintes cognitives seules non liées à la déficience physique ou intellectuelle.
3. Tous types de démences (démences organiques ou démences vasculaires; ex. : Alzheimer, Korsakoff) qui sont des maladies liées au programme Santé physique et non au programme Déficience physique.
4. Diagnostics autres que ceux directement liés à la déficience physique, intellectuelle ou au trouble du spectre de l'autisme comme causes principales de l'incontinence (et non en tant que conditions associées) :
 - Maladies chroniques ou conditions d'origine congénitale (santé physique, déficience organique) :
 - diabète;
 - obésité morbide;
 - arthrose généralisée;
 - arthrite rhumatoïde;
 - arthropathie;
 - fibromyalgie;
 - polymyosite;
 - moelle basse ancrée ou syndrome de la moelle attachée (problème de santé physique opérable);
 - myélodysplasie ou syndromes myélodysplasiques;
 - tumeurs et tératomes (cancer);

- syndrome de Hinman (aussi nommé dyssynergie vésico-sphinctérienne fonctionnelle, neuro-vessie non neurogène, vessie neurogène non neurologique et non neurogène);
- syndrome de Vater (il faut travailler sur l'alimentation et la rééducation vésicale et intestinale);
- anémie de Blackfan-Diamond;
- syndrome Okihiro.
- Problèmes directement liés à l'organe de la vessie ou liés à une incontinence fonctionnelle sans atteinte organique :
 - incontinenes fonctionnelles sans atteinte organique (ex. : énurésie nocturne, incontinence à l'effort ou incontinence d'urgence, sans autres causes organiques);
 - atteinte du système urinaire de cause non neurologique ni traumatique (ex. : maladie de Crohn);
 - malformations congénitales de la vessie non accompagnées d'un diagnostic neurologique admissible (dysplasie congénitale kystique rénale bilatérale) (sauf le syndrome malformatif de l'enfance et le syndrome de Wolf Hirschhorn, qui sont des syndromes admissibles);
 - infection non liée à un déficit neurologique de la vessie (ex. : cystite);
 - effets secondaires de médicaments;
 - hyperplasie bénigne de la prostate;
 - faiblesse musculaire du plancher pelvien;
 - hypermobilité urétrale (incontinence urinaire d'effort);
 - obstruction vésicale par adénome de la prostate;
 - obstruction chronique idiopathique (surtout chez la femme);
 - calculs de vessie;
 - constipation non liée à un déficit neurologique;
 - obstruction urétrale;
 - impotence cysto-urétrale;
 - sténose urétrale;
 - anus imperforé (incluant le syndrome de Vater);
 - épidermolyse bulleuse.

ANNEXE 5 Aide-mémoire soutenant la décision d'admissibilité

Admissibilité initiale

Pour tous les cas d'incontinence :

1. Analyse d'admissibilité en fonction du profil clinique :
 - a. Présenter un profil de déficience physique, de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre de l'autisme en tant que diagnostic principal.
 - b. Admissibilité selon l'âge.
 - c. Présenter un problème d'élimination lié à la déficience reconnue.
2. S'assurer que la personne ait tout tenté pour remédier à l'incontinence, par exemple :
 - a. Modification du régime alimentaire, prise de médicaments, programme d'entraînement pour rééduquer la vessie en renforçant les muscles pelviens ou par des routines mictionnelles et intestinales ou le recours à la chirurgie.
 - b. Avoir complété un programme d'apprentissage de la propreté durant une période s'échelonnant de 6 à 12 mois, sans résultat positif, si applicable.
3. Lieu de résidence et analyse d'admissibilité en fonction de critères administratifs :
 - a. Avoir son domicile permanent au Québec et ne pas avoir un statut de personne hébergée au sens de la LSSSS.
 - b. Détenir une carte d'assurance maladie du Québec valide.
 - c. Présenter une évaluation des besoins.
 - d. Présenter les attestations requises (médicale, etc.) à ajouter, le cas échéant.

Pour les cas de trachéostomie

Lieu de résidence et analyse d'admissibilité en fonction de critères administratifs :

- a. Avoir son domicile permanent au Québec et ne pas avoir un statut de personne hébergée au sens de la LSSSS.
- b. Détenir une carte d'assurance maladie du Québec valide.
- c. Présenter une évaluation des besoins et les attestations requises (médicale, etc.) à ajouter, le cas échéant.

Le comité responsable de l'analyse de l'admissibilité doit préalablement vérifier la présence d'autres agents payeurs et, le cas échéant, orienter les personnes vers les autres programmes.

Exemples de cas pouvant soutenir les décisions d'admissibilité :

PROFILS CLINIQUES	RECOMMANDATIONS
Incontinence urinaire ou intestinale	
1. Traumatisme à un très jeune âge (perte d'autonomie progressive)	<p>Personne de 65 ans qui vit avec sa sœur à domicile. Perte d'autonomie progressive depuis des années, mais plus marquée depuis les derniers mois. La marche est de plus en plus difficile, avec quelques chutes à son actif. Traumatisme à un très jeune âge avec de nombreuses lésions, notamment une hémiplégie du côté droit, des opérations à la tête, à sa jambe droite et une splénectomie. Beaucoup de difficulté à parler, et ne sait ni lire ni écrire. Dépendance pour toutes les activités de la vie sauf la nutrition. Continence pour les selles, mais incontinence totale au niveau vésical depuis cinq ans.</p> <p><u>Position</u> : Diagnostic admissible, avec attestation du lien entre la pathologie et le problème d'élimination par le professionnel demandeur ou le médecin.</p>
2. TCC	<p>Personne de 63 ans, TCC sévère, vessie neurogène causée par TCC (beaucoup d'écoulements et problèmes de nuit avec urinoir – spasticité +++).</p> <p><u>Position</u> : Admissible, car le diagnostic est admissible si un lien de cause à effet est démontré.</p>
3. Paraplégie	<p>Personne paraplégique avec besoins de cathétérismes fréquents, jour et nuit, qui refuse l'installation d'une sonde à demeure ou l'installation de sonde la nuit avec retrait le matin.</p> <p><u>Position</u> : Le diagnostic et l'attestation médicale font foi de l'autorisation dans ce type de cas.</p>
4. AVC	<p>Personne de 91 ans, AVC massif récent causant une incontinence totale mixte, lien direct établi entre l'AVC et l'incontinence.</p> <p><u>Position</u> : Diagnostic admissible, lien de cause à effet établi, sans égard à l'âge.</p>
5. Parkinson	<p>Personne de 65 ans, avec diagnostic de Parkinson stade 4. Incontinence apparue depuis peu, non liée à l'incapacité de se rendre à la toilette, mais plutôt d'origine neurologique.</p> <p><u>Position</u> : Admissible.</p>
6. Démence vasculaire et AVC	<p>Personne avec AVC de longue date sans incontinence. Aujourd'hui, incontinence amenée par la démence vasculaire.</p> <p><u>Position</u> : Non admissible, car l'incontinence n'est pas apparue avec l'AVC, mais beaucoup plus tard, et en raison de la démence.</p>
7. Syndrome post-polio de longue date et	<p>Personne de 81 ans, syndrome post-polio de longue date avec sténose spinale et scoliose. Incontinence causée par la sténose</p>

PROFILS CLINIQUES	RECOMMANDATIONS
sténose spinale	spinale. <u>Position</u> : Diagnostic admissible (sténose), lien de cause à effet établi, sans égard à l'âge.
8. Spina bifida	Enfant de 18 mois, portant le diagnostic de Spina bifida, qui a besoin de cathéters en lien avec des problèmes de rétention urinaire. Ne sera jamais continent. <u>Position</u> : Admissible. Justification médicale requise pour les fournitures spécialisées (cathéters). Non admissible pour le matériel non spécialisé avant l'âge de 4 ou 5 ans sauf si requis par le médecin.
9. Cathéters stériles	Personne de 56 ans. Quadriplégique à la suite d'un traumatisme et en emploi. Suivi en réadaptation pour : fatigue générale, enseignement à l'économie d'énergie. Routine matinale de 3 heures par jour en raison d'une vessie neurogène. Cathétérisme prescrit. Désire un cathéter stérile, car il est trop fatigant de nettoyer ses cathéters. <u>Position</u> : Admissible avec une justification médicale.
10. Cancer de la vessie	Personne de 40 ans. Cancer de la vessie qui a nécessité une reconstruction avec une portion d'intestin. Depuis, la personne a besoin de se faire des cathétérismes quatre fois par jour. Elle ne travaille pas et n'a pas d'assurance qui paie ses cathéters. Elle a un très faible revenu, et le coût annuel des cathéters est élevé. <u>Position</u> : Non admissible. Diagnostic de santé physique.
11. Obésité morbide	Personne présentant une obésité morbide incapable de se déplacer à temps pour aller à la toilette. <u>Position</u> : Non admissible, car l'incontinence est fonctionnelle et non organique. Des mesures compensatoires doivent être prévues. L'obésité morbide relève de la santé physique et est non admissible au programme.
12. Diabète sévère	Personne présentant un diabète sévère entraînant une vessie neurogène, nécessitant des cathéters et des culottes d'incontinence d'appoint. <u>Position</u> : Non admissible, car l'incontinence relève d'un problème de santé physique et non d'une déficience physique.
13. Polyarthrose et fibromyalgie	Personne âgée de 62 ans atteinte de polyarthrose et de fibromyalgie. Difficulté pour se rendre à la toilette la nuit. <u>Position</u> : Diagnostic non admissible. Pas de lien de cause à effet entre la pathologie et l'incontinence. L'incontinence est fonctionnelle et non organique. Des mesures compensatoires doivent être prévues.

PROFILS CLINIQUES	RECOMMANDATIONS
14. Vessie atone	<p>Personne de 83 ans. Diagnostic de vessie atone.</p> <p><u>Position</u> : Non admissible. Diagnostic de santé physique.</p>
15. Vessie neurogène	<p>Personne de 73 ans. AVC (2001). Incontinence urinaire. Vit en résidence privée. Évolution de l'incontinence graduelle : « goutte à goutte » à « très importante ». Vessie neurogène.</p> <p><u>Position</u> : Il faut vérifier le lien de cause à effet entre l'AVC et la vessie neurogène. Non admissible si aucun lien n'est démontré avec l'AVC de 2001. Admissible si la vessie neurogène a été causée par l'AVC et que c'est attesté par un médecin ou un professionnel.</p>
16. Cancer	<p>Personne de 86 ans, diagnostic médical : vessie atone donnant lieu à des infections urinaires répétées et à de l'incontinence par regorgement et hyperactivité vésicale par périodes. Elle est également porteuse d'un important prolapsus rectal, non opérable, et présente une perte de tonus anal, consécutive à un cancer anal traité il y a plusieurs années lui causant l'incontinence urinaire et fécale. Besoin de quatre culottes par jour et de piqués jetables.</p> <p><u>Position</u> : Non admissible, car le problème d'incontinence est lié à un problème de santé physique et non à une déficience. Le problème d'incontinence en lien avec le cancer est non admissible.</p>
17. Pré maturité	<p>Bébé prématuré avec malformation de la vessie, a une vésicostomie. Le bébé a besoin de compresses abdominales pour absorber l'urine.</p> <p><u>Position</u> : Non accepté, accepté par le programme de stomisés de la RAMQ.</p>
Autres	
18. Adulte sans diagnostic	<p>Personne de 62 ans, sans diagnostic.</p> <p><u>Position</u> : Non admissible. Toute personne adulte qui demande des fournitures doit préalablement obtenir un diagnostic, et il faut que soit établi le lien de cause à effet entre le diagnostic admissible et la survenue de l'incontinence.</p>
19. Enfant sans diagnostic	<p>Enfant de 3 ans, aucun diagnostic, présentant un risque de trouble de langage, suivi par une orthophoniste, pas de médecin.</p> <p><u>Position</u> : Non admissible. En présence d'énurésie, un enfant est admissible à partir de l'âge de 4 ans et en présence d'encoprésie, celui-ci est admissible à partir de l'âge de 5 ans. De plus, l'enfant doit présenter un retard significatif du développement ou un</p>

PROFILS CLINIQUES	RECOMMANDATIONS
	diagnostic de déficience physique, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme.
20. Personne âgée habitant en RPA, sans diagnostic	Personne de 81 ans, habitant en RPA, avec une incontinence due au vieillissement sans pathologie spécifique. <u>Position</u> : Refusé à cause de l'absence d'un diagnostic admissible.
21. Culottes de piscine	Enfant déjà admis au programme, souhaite faire rembourser les culottes d'incontinence pour la piscine. <u>Position</u> : Les culottes de piscine sont non admissibles.
22. Incontinence à la suite d'une chirurgie de la vessie	Personne qui a dû subir une chirurgie de la vessie pour remédier au problème d'incontinence chronique. Fait une demande au programme pour une incontinence résiduelle à faible débit. <u>Position</u> : Diagnostic non admissible.
23. Demande de cathéter rectal	Personne pour qui la technique de toucher rectal ne suffit plus pour effectuer l'élimination vésicale (paralysie complète). La personne a réussi à se procurer l'équipement pour le lavement intestinal de type Peristeen. Elle fait la demande pour des cathéters rectaux. <u>Position</u> : Les techniques de type Peristeen ne sont pas admissibles au programme et, par conséquent, les fournitures d'élimination non plus.
Trachéostomie	
24. Prématuré avec trachéostomie	Enfant de 2 ans, prématuré de 23 semaines avec trachéostomie, sténose sous-glottique sévère, dysplasie broncho-pulmonaire sévère, hypertension pulmonaire. <u>Position</u> : Admissible (voir listes des fournitures admissibles).

ANNEXE 6 Formulaire de demande d'admission ou de renouvellement

Nouvelle demande Renouvellement Modification

IDENTIFICATION DE L'USAGER : (svp, écrire en lettres moulées)

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT (si requis)

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'utilisateur : Mère Père Fille Fils Autre : _____

ADRESSE :

N° civique : _____ Rue : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (résidence _____ et _____ travail) :

Adresse courriel : _____

TYPE DE DOMICILE : Les usagers habitant en CHSLD (public ou privé) et en RI ne sont pas admissibles.

Maison/appartement/condo RPA⁵¹ CHSLD/RI Autre _____

LIVRAISON (adresse de livraison si différente de celle mentionnée plus haut) :

N° civique : _____ Rue : _____

Ville : _____ Code postal : _____

PORTRAIT DE L'USAGER : Profil d'intervention : _____

Diagnostic principal lié à l'incontinence : _____

Date d'apparition de l'incontinence : _____

Autres conditions associées : _____

Degré de sévérité de l'incontinence pour chaque fonction d'élimination :

Vésicale : aucune occasionnelle fréquente totale

Intestinale : aucune occasionnelle fréquente totale

⁵¹ Pour les RPA, une vérification au cas par cas peut être nécessaire pour vérifier si le contrat avec la résidence privée inclut ou non les fournitures d'incontinence.

ANNEXE 6 Formulaire de demande d'admission ou de renouvellement (suite)

Commentaires :

L'utilisateur présente-t-il un risque de plaie de pression? Oui Non

L'utilisateur a-t-il déjà eu une plaie de pression? Oui Non

Commentaires :

JUSTIFICATION DE LA DEMANDE : Obligatoire – joindre la liste des fournitures demandées

L'utilisateur présente-t-il des incapacités significatives et persistantes? Doit-il utiliser au minimum une culotte par jour? Oui Non

Un entraînement intensif à la propreté a-t-il été réalisé sans succès? Oui Non

Les fournitures requises peuvent-elles être financées en tout ou en partie par un autre organisme ou programme gouvernemental?

Réponse obligatoire : Non Oui (préciser lequel) :

CNESST SAAQ Sécurité du revenu Assurances
personnelles Autre

Montant financé : _____\$/an _____% admissible

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

J'atteste que _____ (nom de l'utilisateur) présente des incapacités significatives et persistantes, qu'il n'est pas admissible à un financement autre que celui déclaré ci-dessus (s'il y a lieu) et qu'il requiert les fournitures décrites pour parfaire, développer et soutenir son autonomie.

J'atteste que ce programme a été expliqué à : _____ (pourrait inclure l'utilisateur et d'autres personnes en sa présence)

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____ Date : _____

Établissement (nom du CLSC) : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Je soussigné, en tant que nouveau bénéficiaire du programme, consens à respecter les règles de ce programme.

Signature : _____.

ANNEXE 7 Attestation médicale et professionnelle

Le programme des aides matérielles pour les fonctions d'élimination s'adresse aux personnes qui ont un problème d'élimination persistant lié à une déficience physique, une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme ou à une trachéostomie.

Le diagnostic confirmé par un médecin est nécessaire et acheminé au mandataire afin :

- d'établir l'admissibilité et de confirmer un lien de cause à effet entre le diagnostic de déficience chez l'utilisateur et le problème d'élimination;
- de certifier que le problème d'élimination n'était pas présent avant le diagnostic menant à déposer une demande au programme.

De plus, le programme précise que les besoins des personnes doivent faire l'objet d'une évaluation par des professionnels compétents en la matière afin d'attester que :

- l'utilisateur a tenté toutes les méthodes de récupération, de réadaptation ou le recours à une chirurgie avant d'effectuer la demande;
- l'utilisateur correspond aux catégories de personnes admissibles dès l'âge de 4 ou de 5 ans;
- le principe du plus simple au plus complexe dans la réponse aux besoins est respecté.

Formulaire d'attestation :

Ce formulaire permet à l'infirmière ou au médecin de l'établissement d'établir le lien entre la déficience et l'incontinence ou de justifier le besoin de **matériel complémentaire** aux limites permises tel que le définit la liste de matériel.

<p>Attestation</p> <p>Nom de l'utilisateur : _____</p> <p>Numéro d'assurance maladie : _____</p> <p>Diagnostic : _____</p> <p>Déficience : _____</p>
<p>Médecin (admissibilité initiale)</p> <p>Attestation médicale du lien entre l'incontinence et le diagnostic de déficience</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Infirmière ou médecin (admissibilité initiale ou renouvellement)</p> <p>Justification des quantités excédentaires ou du matériel complémentaire requis par rapport à la liste de matériel standard (voir la liste de matériel – annexe 2)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Infirmière ou médecin : _____</p> <p>(en lettres moulées)</p> <p>Spécialité : _____</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p>

ANNEXE 8 - Procédures de transfert interrégional

La présente procédure vise à déterminer les modalités à suivre lors du transfert de l'utilisateur d'une région administrative à une autre alors qu'il reçoit des aides matérielles. Aucune demande d'aide matérielle ne peut être considérée pour un séjour prolongé hors du Québec dans le cadre de ce programme⁵².

Objectifs

- Assurer à l'utilisateur la continuité des services d'aides matérielles et la disponibilité des ressources financières requises au moment du changement de lieu de résidence.
- Assurer à l'utilisateur l'accès à une réévaluation globale des besoins tout en permettant à la région administrative d'accueil de planifier son offre de service pour l'exercice financier à venir.

Dispositions

1. Dans le cas d'un déménagement permanent d'un usager recevant des aides matérielles :
 - Lors d'un déménagement d'un usager dans une autre région administrative, l'intervenant responsable de l'utilisateur communique avec le nouvel établissement dans les meilleurs délais et transmet l'ensemble de l'information pertinente pour la poursuite du plan de services.
 - Le mandataire de la région d'origine doit verser à la région d'accueil les ressources financières qui étaient prévues jusqu'au 31 mars de l'année en cours pour les services et le matériel requis.
 - Si le déménagement survient vers la fin de l'année financière, les ressources financières pour une durée de transition minimale d'au moins trois mois doivent être versées par le mandataire de la région d'origine au mandataire de la région d'accueil, même si cette durée de transition chevauche deux années financières.
2. Dans le cas d'un déménagement temporaire ou saisonnier au Québec⁵³ :
 - Le mandataire doit valider l'adresse permanente de l'utilisateur (la carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec est nécessaire).
 - Le mandataire de la région d'origine maintient son financement pour toute la durée convenue avec l'utilisateur.
 - Le mandataire de la région d'origine est responsable du renouvellement annuel.

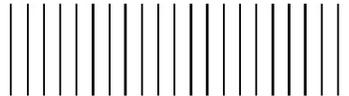
⁵² Plus de six mois.

⁵³ Moins de six mois pour un adulte non étudiant. Pour une personne étudiant à l'extérieur de sa région d'origine, l'adresse permanente sera celle qui sera considérée aux fins d'admissibilité, soit l'adresse inscrite sur la carte d'assurance maladie du Québec.

ANNEXE 8 Procédures de transfert interrégional : Circulaire 2014-012



NORMES ET PRATIQUES DE GESTION, Tome II, Répertoire



CIRCULAIRE

Expéditeur	Date
Le sous-ministre associé aux services sociaux	2014-05-09
Destinataires (*)	
Les directrices générales et les directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux et les présidentes-directrices générales et les présidents-directeurs généraux des agences de la santé et des services sociaux	
Sujet	
Transfert intrarégional et interrégional des personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle et un trouble envahissant du développement	

OBJET

La présente circulaire vise à déterminer les modalités afin d'assurer la continuité des services offerts aux personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) et un trouble envahissant du développement (TED) lors d'un déplacement temporaire ou du déménagement d'une usagère ou d'un usager hors du territoire de son centre de santé et de services sociaux (CSSS), de son centre de réadaptation (CR) ou dans une autre région.

Cette circulaire s'applique à défaut que les établissements s'entendent de plein gré et conviennent avec les usagers et leurs familles des modalités de transfert sans qu'il y ait rupture de services.

(*) Cette circulaire s'adresse également, en adaptant les destinataires, au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/documentation
« Normes et Pratiques de gestion »

Direction(s) ou service(s) ressource(s)	Numéro(s) de téléphone	Numéro de dossier			
Direction des personnes ayant une déficience	418 266-6874	2014-012			
Document(s) annexé(s)	Volume	Chapitre	Sujet	Document	
	01	01	10	09	

ANNEXE 8 Circulaire 2014-012 (suite)

PRÉAMBULE

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité d'assurer la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux en vue notamment de favoriser leur accessibilité par l'ensemble de la population des régions du Québec, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), chapitre S-4.2, a. 431). Cette nouvelle circulaire vise à éviter que la personne soit pénalisée dans son parcours de services lors d'un déménagement.

PRINCIPES

1. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux (article 6, LSSSS).
2. Les critères d'admissibilité aux services sont les mêmes dans toutes les régions du Québec et établis provincialement, selon l'architecture des services de santé et des services sociaux.
3. Il n'y aura aucun transfert budgétaire d'une région à une autre ou d'un établissement à un autre.

MODALITÉS

Dans le cas d'un usager bénéficiant de services avant son déménagement :

Il est impératif qu'une prise en charge immédiate de l'usager bénéficiant de services avant son déménagement soit effectuée lors d'un transfert dans un autre établissement. Il s'agit d'une obligation de poursuivre l'offre de service requise pour l'usager. Dans le cas où l'établissement d'accueil ne peut offrir les services requis, l'établissement d'origine doit répondre aux besoins de l'usager pour une période de transition maximale de trois mois.

Ainsi, lors du déménagement d'un usager desservi, l'établissement de la région d'origine avise l'établissement de la région d'accueil dans les meilleurs délais (si possible trois mois à l'avance pour éviter toute rupture de services) et transmet, dans les jours qui suivent, toute l'information pertinente à l'élaboration ou à la poursuite du plan d'intervention (PI) ou du plan de service individualisé (PSI).

Pour les usagers qui le requièrent, selon la complexité du dossier, une discussion clinique devrait prendre place entre les équipes traitantes des régions d'origine et d'accueil, en présence de l'usager, en vue de planifier et de coordonner la demande de services.

N° dossier	Page
2014-012	2

ANNEXE 8 Circulaire 2014-012 (suite et fin)

Enfin, l'intervenant pivot responsable du territoire d'accueil de la personne qui déménage prend en charge la responsabilité du suivi du PI ou du PSI.

Dans le cas d'un usager en attente de services dans sa région d'origine :

Dans le cas d'une personne en attente de services, la région d'origine transmet la référence à la région d'accueil et toute l'information pertinente à la demande de services.

La région d'accueil ne peut modifier le niveau de priorité de la demande.

Enfin, l'inscription de l'usager sur la liste d'attente dans la région d'accueil doit tenir compte du temps d'attente déjà écoulé dans la région d'origine.

Ressources résidentielles

Dans le cas où le transfert demandé implique une ressource résidentielle, notamment les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, l'adéquation entre les ressources disponibles et les besoins de la personne doit être au centre de l'analyse de la demande entre les deux établissements. Le positionnement de l'usager sur la liste d'attente est établi selon les mécanismes d'accès de la région ou de l'établissement d'accueil.

SUIVI

Pour tout renseignement additionnel, vous pouvez communiquer avec la Direction ressource citée en référence.

Le sous-ministre associé,

Original signé par

Sylvain GAGNON

N° dossier	Page
2014-012	3

ANNEXE 9 Formulaire de transfert

Identification de l'utilisateur

Nom de l'utilisateur	NAM :
Représentant familial	
Ancienne adresse	
Nouvelle adresse	
Numéro de téléphone	Ancien : Nouveau :
Date du déménagement	

Provenance

CISSS ou CIUSSS de provenance	
Installation	
Intervenant responsable	
Numéro de téléphone	
CISSS ou CIUSSS receveur	
Installation	

Financement

État des versements	Montant	Date (ex. : 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016)
A- Subvention accordée		
B- Montant déjà remboursé		
C- Subvention transférée (A-B)		

Fournitures - liste de matériel à l'annexe 2.

Détail des fournitures autorisées (joindre tableau en annexe si requis)	\$ Annuel

Remarques

