

Trousse d'information pour les partenaires

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec 

CONTENU

LISTE TÉLÉPHONIQUE DU SAT	3
PERSONNE À CONTACTER AU SAT SELON LE BESOIN	4
CLINIQUES D'ÉVALUATION : DOCUMENTS REQUIS	6
Documents requis pour acheminer une demande d'évaluation au SAT	6
Nécessité d'une prescription	6
Médecins autorisés à prescrire	7
Conformité d'une prescription ou d'une demande de consultation en physiothérapie	7
Types de cliniques	7
CLINIQUE EXTERNE Secteur Orthèse	8
ORGANISATION DES CLINIQUES EXTERNE Secteur Orthèse	9
Horaire	9
Fonctionnement	9
Documents requis pour la clinique	9
Matériel requis lors de la clinique	9
CLINIQUE EXTERNE Secteur Aide à la locomotion - posture	10
ORGANISATION DES CLINIQUES EXTERNES Secteur Aide à la locomotion - posture	11
Horaire	11
Fonctionnement	11
Documents requis pour la clinique	11
Matériel requis lors de la clinique	11
ORGANISATION DES CLINIQUES EXTERNES Secteur Réparations- fauteuils	12
Horaire	12
Fonctionnement	12
Documents requis pour la clinique	12
Matériel requis lors de la clinique	12
DÉROULEMENT DU PROCESSUS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ OU À LA POSTURE	13
GUIDE DE RÉDACTION : FORMULAIRE 3841 DE LA RAMQ	15
EXTRAITS DU RÈGLEMENT SUR LES APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE ..	21
ADMISSIBILITÉ À UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL POUR UN USAGER EN CHSLD OU EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT	24
PROCESSUS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE À LA MARCHÉ	25
CESSION D'APPAREIL À UN CENTRE PARTENAIRE	26
RÉASSIGNATION D'APPAREILS	27
PROGRAMME D'ATTRIBUTION DE CHAUSSURES ORTHÉTIQUES ET D'APPAREILLAGE DE CHAUSSURES	28

LISTE TÉLÉPHONIQUE DU SAT

Saint-Hubert

Tél. : 450 462-8638 – Sans frais : 1 877 462-8638 Télécopieur : 450 462-8640

Réceptionniste et **demandes de réparation de fauteuils roulants- positionnement** Poste 2610
Chef de programme secteur Orthèse-chaussure orthopédique et administratif (3 points de services) Poste 2456
Chef de programme secteur Aide à la locomotion-posture (3 points de services) Poste 2650
Chef de la production et de la valorisation (3 points de services) Poste 2481

SECTEUR Aide à la locomotion-posture

Agentes administratives **suivi des cliniques d'évaluation adulte** Poste 2659
Courriel : cliniquesat.sthubert.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Agente administrative **suivi des cliniques d'évaluation jeunesse** Poste 2659
Courriel : cliniquesat.sthubert.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Agente administrative **livraisons - suivis (adulte et jeunesse)** Poste 2605
Agente administrative **logistique-réparation dans les centres** Poste 2600
Coordonnatrice clinique Poste 2631
Chef d'équipe mécanique Poste 2412
Service d'urgence-dépannage (3 points de service) Poste 2888
Agente administrative **facturation des marchettes en consigne** (3 points de service)
Courriel : marchettesat.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Agente administrative **récupération des appareils – avis de décès – cession d'appareil**
Courriel : decesrecupcessionsat.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca

SECTEUR Orthèse - chaussure orthopédique (3 points de service)

Agente administrative Poste 2656
Courriel : orthesesat.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Chef d'équipe Poste 2647
Courriel : orthesesat.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca

Châteauguay

Tél. : 450 692-3171 – Sans frais : 1 866 301-3171 Télécopieur : 450 692-9754

Agente administrative réception et **suivi des cliniques d'évaluation adultes** Poste 287
Courriel : cliniquesat.chateauguay.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Agente administrative **livraisons - suivis et demandes de réparation** Poste 265
Courriel : cliniquesat.chateauguay.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Agente administrative **récupération des appareils – avis de décès – cession d'appareil**
Courriel : decesrecupcessionsat.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Coordonnatrice clinique Poste 243
Chef d'équipe mécanique Poste 249

Saint-Hyacinthe

Tél. : 450 774-3263 – Sans frais : 1 866 774-4104 Télécopieur : 450 774-6310

Agente administrative réception, **suivi des cliniques adultes et demandes de réparation** Poste 637
Courriel : cliniquesat.sthyacinthe.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Agente administrative **récupération des appareils – avis de décès – cession d'appareil**
Courriel : decesrecupcessionsat.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca
Coordonnatrice clinique Poste 604

PERSONNE À CONTACTER AU SAT SELON LE BESOIN

Réceptionniste

- demande d'information générale
- demande de réparation d'une aide à la locomotion-posture

SECTEUR AIDE À LA LOCOMOTION - POSTURE

Agentes administratives – suivi des cliniques d'évaluation / secteur adulte

- échange d'information en lien avec les cliniques d'évaluation internes et externes (question sur les procédures, demande d'une date de clinique externe, envoi des documents)

Agente administrative – suivi des cliniques d'évaluation / secteur jeunesse

- échange d'information en lien avec les cliniques d'évaluation internes et externes en jeunesse (question sur les procédures, demande d'une date de clinique externe, envoi des documents)
- envoi par courrier interne d'une évaluation complétée par le thérapeute traitant

Agente administrative – suivi des livraisons (adulte et jeunesse)

- échange d'information en lien avec les cliniques de livraison

Agente administrative – suivi des cliniques de réparation dans les centres

- échange d'information en lien avec les cliniques de réparation dans les centres (question sur les procédures, demande d'une date de clinique, envoi des documents)
- demande de réparation d'urgence

Coordonnatrice clinique secteur Aide à la locomotion-posture

- questionnement concernant l'admissibilité d'une demande (réglementation)
- questionnement sur la procédure pour une situation atypique (type de r-v, documents requis)
- demande de priorisation ou de services à domicile
- demande d'aide à la marche sous considération spéciale (adulte)
- demande de récupération d'équipement non reliée à un décès
- envoi d'une justification clinique en vue d'une demande de modification d'un appareil livré depuis plus de 6 mois

Chef d'équipe mécanique

- questionnement sur les délais d'une demande en production (approximation du délai avant la livraison)

Note : bien que les délais sont variables selon le type de demande, le délai moyen de production est d'environ 4 mois entre la date d'évaluation et la date où l'appareil est prêt à livrer (3 mois en jeunesse). Svp ne pas téléphoner à l'intérieur de ce délai normal.

Ergothérapeute

- discussion de cas pré-évaluation avec l'ergothérapeute attitré au rendez-vous prévu pour un client, afin de clarifier les besoins
- échange d'information en lien avec le résultat d'un essai d'appareil
- envoi d'une justification clinique en vue d'une modification d'un appareil dans les 6 mois post-livraison

Technicien en posture

- discussion post-évaluation afin de finaliser certains choix de matériaux discutés lors de l'évaluation
- besoin d'ajustements post-livraison

Boîte courriel – suivi des avis de décès, des récupérations d'appareil et des cessions d'appareil

- envoi de l'information suite à un décès (nom usager, NAM, date du décès)
- demande de récupération d'équipements (si impossibilité pour la famille de les rapporter)
- demande de cession d'un appareil

Boîte courriel – marchette en consigne

- envoi des documents pour la facturation des marchettes en consigne

SECTEUR ORTHÈSE ET CHAUSSURE ORTHOPÉDIQUE

Agente administrative – secteur orthèse

- demande de rendez-vous d'évaluation ou de réparation d'orthèse
- échange d'information en lien avec les cliniques d'évaluation/de livraison internes et externes en orthèse (question sur les procédures, demande d'une date de clinique externe, envoi des documents)

Chef d'équipe secteur orthèse

- demande d'information sur les services offerts en orthèse, les procédures et les délais
- questionnement concernant l'admissibilité au «programme chaussure», le processus d'évaluation et la liste d'attente

Technicien en orthèse

- demande d'information en lien avec une commande de chaussure(s), d'orthèse ou d'un autre appareil orthopédique
- questionnements et conseils post-livraison d'une orthèse ou de chaussure(s)

CLINIQUES D'ÉVALUATION : DOCUMENTS REQUIS

Documents requis pour acheminer une demande d'évaluation au SAT

Aide à la locomotion-posture

- Formulaire de référence au Service des aides techniques
- Attestation médicale du diagnostic confirmant la déficience physique significative et permanente
 - Envoi d'un rapport médical comportant les diagnostics
 - ou
 - Inscrire la(les) source(s) des diagnostics sur le formulaire de référence (type de document médical, endroit, nom du médecin, date de la note médicale)
- Tout document pertinent pour valider une atteinte musculo-squelettique (tel que des radiographies, des résultats d'analyses neurologiques, etc.)
- Formulaire 3841 de la RAMQ, [Attestation du besoin d'une aide à la locomotion ou à la posture](#), rempli par un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique (si l'utilisateur est suivi par l'un de ces professionnels). Les parties à compléter par le thérapeute référent sont les sections 1 à 11 de l'évaluation fonctionnelle (pages 3 et 4). Lorsque la référence est uniquement pour du positionnement, le 3841 n'est pas requis.

Orthèse

- Formulaire de référence au Service des aides techniques
- Prescription médicale d'un des spécialistes reconnus par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou demande de consultation en physiatrie (médecin généraliste), si la situation le nécessite

Nécessité d'une prescription

Une prescription médicale (6 spécialistes reconnus) est requise dans les situations suivantes :

- Orthèse – corset (assurés RAMQ)
 - Attribution initiale
 - Remplacement (client de plus de 18 ans)
- Aide à la locomotion – posture – marche (pour les situations suivantes) :
 - Appareil sous considération spéciale (CS) – hors décret
 - Composant de l'appareil CS
 - Appareil de moins de 5 ans devant être remplacé pour changement de condition de l'utilisateur
 - Appareil pédiatrique (poussette, PASD, fauteuil roulant, base roulante, marchette)

Note : Les demandes d'ambulateur ou de quadriporteur ne relèvent pas du Service des aides techniques.

Médecins autorisés à prescrire

Les spécialistes reconnus par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont : orthopédiste, physiatre, rhumatologue, neurologue, neurochirurgien ou gériatre. Un médecin généraliste avec des privilèges de prescription au CMR peut aussi prescrire.

Pour l'obtention d'un fauteuil roulant motorisé en vertu de l'article 53.3 (voir p.21), le formulaire d'attestation d'insuffisance sévère au plan cardiovasculaire doit être rempli si la personne a des problèmes cardiaques sévères. Ce formulaire doit être exclusivement complété par le cardiologue ou l'interniste. Le formulaire d'attestation d'insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire doit être rempli si la personne a des problèmes respiratoires sévères. Ce formulaire doit être exclusivement complété par le pneumologue ou l'interniste.

Conformité d'une prescription ou d'une demande de consultation en physiothérapie

Les éléments suivants sont requis sur les prescriptions :

Sur une demande de consultation en physiothérapie provenant d'un médecin généraliste :

- Les diagnostics
- Une mention « consultation en physiothérapie »
- La raison de la référence (appareil requis)

Sur une prescription provenant d'un médecin spécialiste autorisé par la RAMQ (ou d'un médecin généraliste avec privilèges) :

- Les diagnostics
- La durée de l'utilisation de l'aide (pour les orthèses et les aides à la marche CS)
Note : pour les aides à la marche, la durée requise est de plus de douze mois
- La raison de la référence (appareil requis)

Types de cliniques

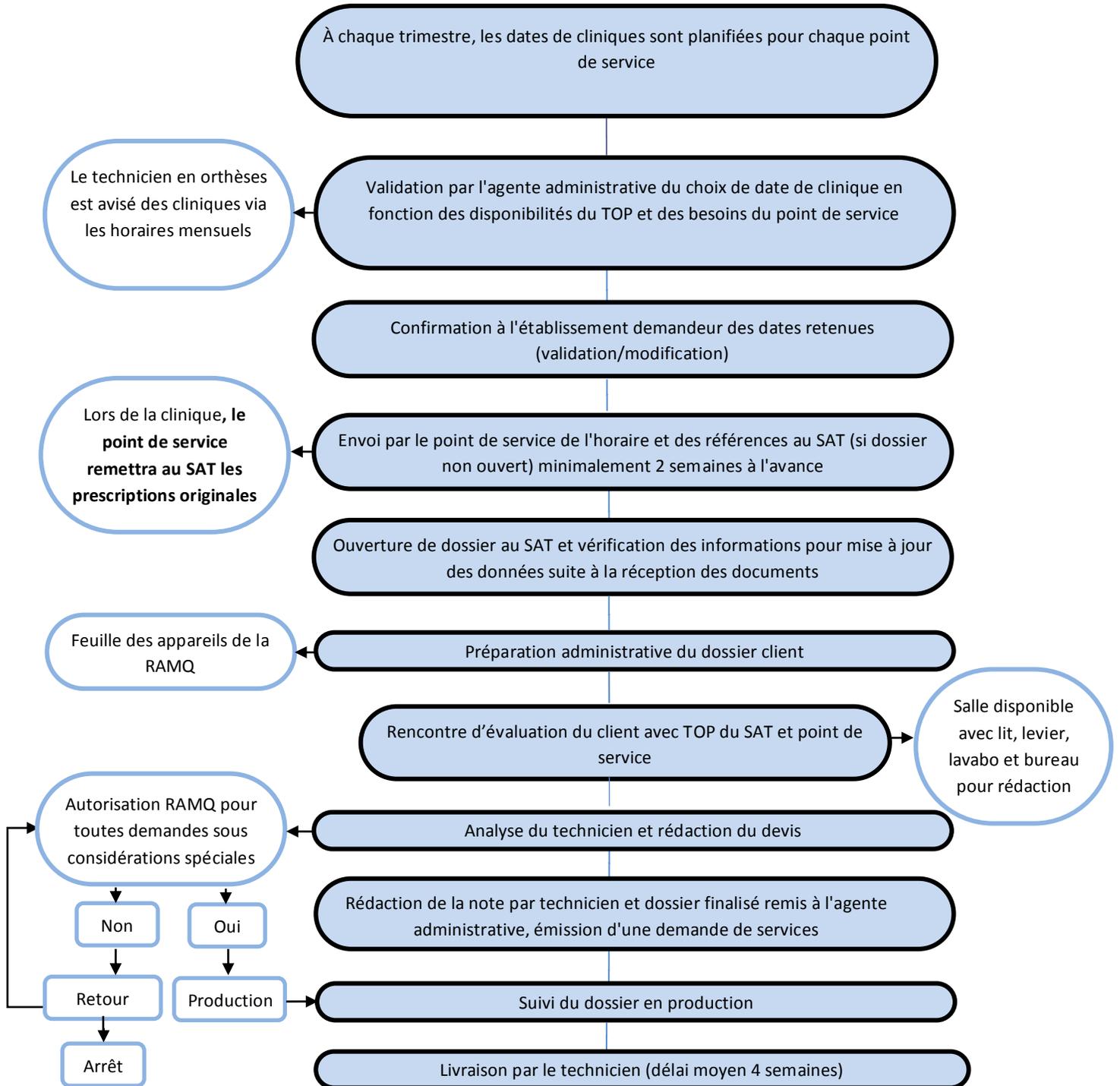
Secteur Aide à la locomotion, à la posture et à la marche

- **Une clinique avec un physiatre, un ergothérapeute et un technicien** pour les demandes référées par un médecin généraliste (lorsqu'une prescription est requise)
- **Une clinique avec un ergothérapeute et un technicien (sans physiatre)** pour les demandes référées par un médecin spécialiste autorisé (ou un médecin généraliste avec privilèges) OU pour toute autre référence au SAT pour les clients ayant des besoins ne nécessitant pas de prescription médicale (se référer à la section : Nécessité d'une prescription, p.6)

Secteur Orthèse

- **Une clinique avec un physiatre et un technicien en orthèse**, pour les demandes référées par un médecin généraliste
- **Une clinique avec un technicien en orthèse** pour les demandes référées par un médecin spécialiste autorisé

CLINIQUE EXTERNE Secteur Orthèse



ORGANISATION DES CLINIQUES EXTERNE

Secteur Orthèse

Horaire

Le début de la clinique est généralement prévu entre 8h15 et 9h et l'évaluation du dernier client devra prendre fin entre 15 h et 15 h 30. L'horaire des cliniques peut être différent dans certaines régions en raison de la distance avec le SAT. Le temps à prévoir pour chacun des clients varie selon le type d'appareil prescrit et l'intervention à faire. Il faut se référer au guide fourni par le SAT.

Fonctionnement

Les cliniques se font par un technicien en orthèse du SAT :

- Il doit y avoir une journée complète de rendez-vous confirmés pour chacune des cliniques.
- Si les besoins cliniques du point de service ne peuvent combler une journée complète, communiquez avec l'agente aux cliniques pour vérifier la possibilité de tenir cette clinique.
- La fréquence des cliniques est déterminée selon les besoins identifiés et la capacité du SAT.
- Il faut prévoir un délai d'environ 4 semaines pour les livraisons d'orthèses, sauf suite à une discussion préalable avec le technicien ou si le client n'est pas disponible à la date réservée pour la livraison.
- Tout en respectant le délai moyen de livraison de 4 semaines, les livraisons d'appareils doivent être priorisées avant tout nouveau moulage d'orthèse. Si un client doit être vu en priorité (cas d'urgence), communiquer avec la chef d'équipe au secteur orthèse pour vérifier la possibilité de repousser un rendez-vous afin de créer une place pour un rdv d'urgence.

Documents requis pour la clinique

Envoi 2 semaines avant :

- Horaire selon gabarit fourni (les dates d'expiration des NAM doivent être valides)
- Formulaire de référence pour chaque nouveau client

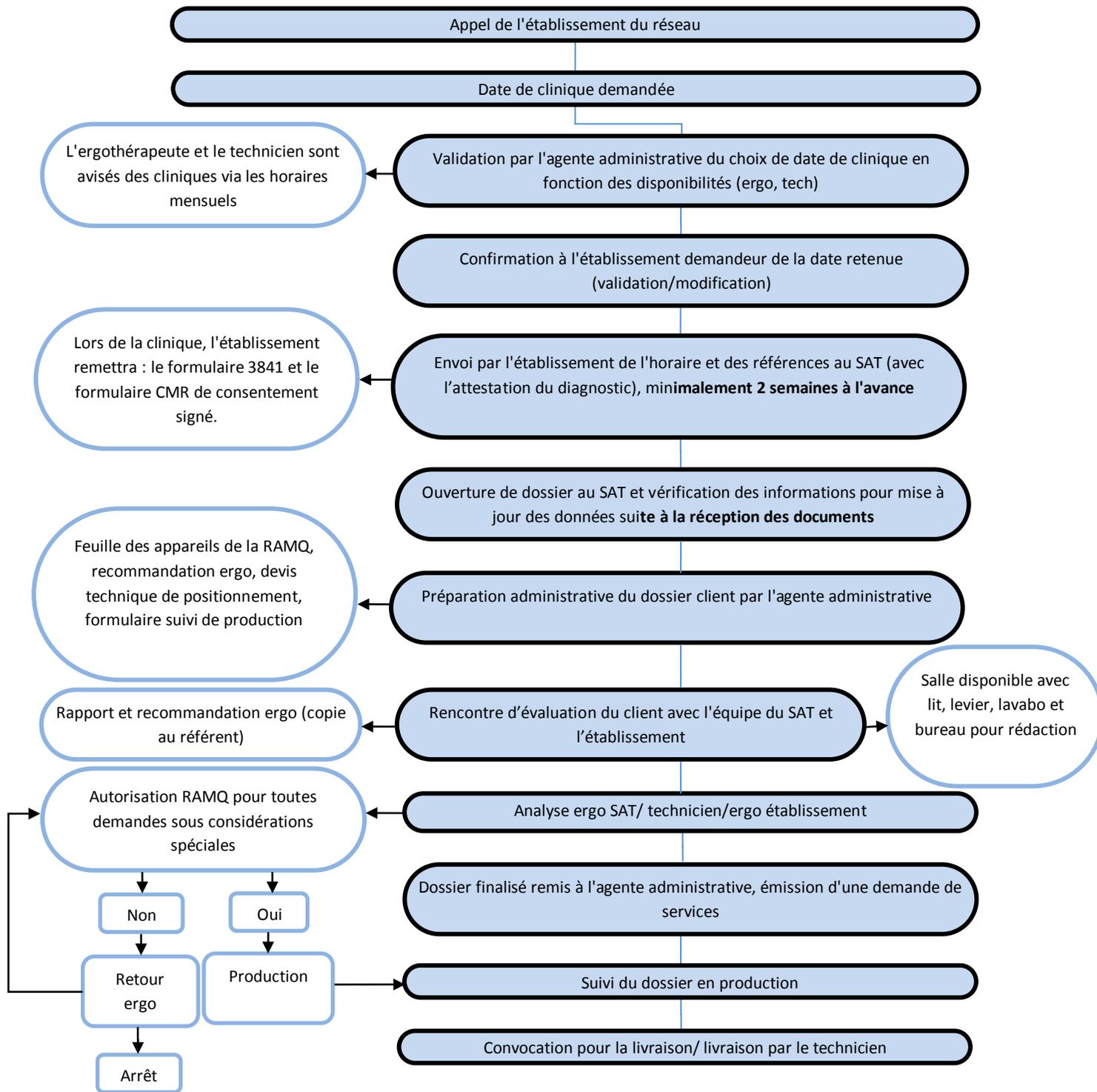
À remettre lors de la clinique :

- Les prescriptions originales

Matériel requis lors de la clinique

Lors de l'évaluation, notre technicien aura besoin d'une salle clinique avec un lit d'évaluation ajustable en hauteur, un lève-personne si requis pour les transferts des clients, d'une table de rédaction ainsi que d'un accès à un lavabo et à un petit seau ou grand bol (il peut se déplacer minimalement dans l'établissement). Il devra aussi avoir à sa disposition : serviettes et débarbouillettes, antiseptique (Par ex. : Purel) et le nécessaire pour nettoyer les équipements (Par ex. : Virex et lingettes) entre chaque rendez-vous.

CLINIQUE EXTERNE Secteur Aide à la locomotion - posture



ORGANISATION DES CLINIQUES EXTERNES

Secteur Aide à la locomotion - posture

Horaire

Le début de la clinique est généralement prévu à 9 h et l'évaluation du dernier client devra prendre fin au plus tard à 15 h. L'heure du début de la clinique peut être différente dans certaines régions en raison de la distance avec le SAT. Le temps à prévoir pour chacun des clients est de 60 minutes (des modifications à l'horaire pourront être apportées exceptionnellement selon la complexité).

Fonctionnement

Les cliniques se font avec un ergothérapeute et un technicien en posture du SAT :

- Il devra y avoir 5 clients dans chacune des cliniques (peut varier selon la région). Les centres peuvent prévoir des personnes en surplus à la fin de chaque clinique puisqu'ils peuvent aller chercher les gens au fur et à mesure s'il y a des annulations (SVP informer le SAT à l'avance des clients potentiels).
- L'équipe SAT se déplace dans un seul centre par journée de clinique

Si nous sommes en mesure de savoir d'avance qu'une prescription sera requise, le rendez-vous sera donné au SAT en présence de l'équipe ergo-tech et du physiatre. Si le besoin de prescription est dépisté lors de l'évaluation dans le centre, un deuxième rendez-vous sera offert rapidement au SAT en physiothérapie. Pour les clients impossibles à déplacer au SAT (ou pour qui une consultation indirecte est envisageable), des discussions seront effectuées avec les physiatres du SAT afin de déterminer les modalités d'évaluation médicale qui s'appliqueront. Les territoires qui collaborent avec un spécialiste (ou omni avec privilèges) pourront quant à eux privilégier ce médecin.

Note : Lorsqu'un rendez-vous devra être offert en physiothérapie, une demande consultation en physiothérapie devra nous être envoyée.

Documents requis pour la clinique

Envoi 2 semaines avant :

- Horaire (avec heures projetées)
- Formulaire de référence pour chaque client (incluant l'attestation du diagnostic)

À remettre lors de la clinique :

- Formulaire 3841 partiellement rempli (p.3 et p.4, points 1 à 11 et signature p.5)
- Le formulaire CISSMO de consentement signé

Matériel requis lors de la clinique

Lors de l'évaluation, notre équipe aura besoin d'une salle pouvant contenir 5-6 personnes, d'une chaise droite sans appui-bras, de deux chaises droites avec appui-bras, d'un lève-personne si requis pour les transferts des clients, d'une table de consultation (lit avec matelas ferme) ainsi que d'un accès à un lavabo (nous pouvons nous déplacer dans l'établissement). L'équipe devra aussi avoir à sa disposition le matériel de protection suivant : antiseptique (Par ex. : purel), gants, masques, blouses.

ORGANISATION DES CLINIQUES EXTERNES

Secteur Réparations- fauteuils

Horaire

Le début de la clinique est généralement prévu entre 8 h 15 et 9 h et la dernière réparation devra prendre fin entre 15 h et 15 h 30. L'horaire des cliniques peut être différent dans certaines régions en raison de la distance avec le SAT. Le temps à prévoir pour chacun des clients varie selon le type de réparations.

Fonctionnement

Les cliniques se font par un mécanicien orthèse/prothèse du SAT :

- Il doit y avoir une journée complète de rendez-vous confirmés pour chacune des cliniques.
- Si les besoins de réparations du point de service ne peuvent combler une journée complète, communiquez avec l'agente logistique-réparations pour vérifier la possibilité de tenir cette clinique
- La fréquence des cliniques est déterminée selon les besoins identifiés et la capacité du SAT.
- Si un client doit être vu en priorité (cas d'urgence), communiquer avec l'agente logistique-réparations pour vérifier la possibilité de repousser un rendez-vous afin de créer une place pour un rendez-vous d'urgence.
- Pour tout ajout de clients, aviser l'agente logistique-réparations avant de procéder.
- Les fauteuils doivent être désinfectés et apportés à un local désigné.

Documents requis pour la clinique

Envoi une semaine avant :

- Formulaire de demande de réparations (les dates d'expiration des NAM doivent être valides)

Matériel requis lors de la clinique

Lors de la réparation, notre mécanicien aura besoin d'un local avec un lève-personne si requis pour les transferts des clients, d'une table de rédaction ainsi que d'un accès à un lavabo (il peut se déplacer minimalement dans l'établissement). Il devra aussi avoir à sa disposition : le matériel de protection suivant : antiseptique (ex. : Purel), les gants, masques et blouses.

DÉROULEMENT DU PROCESSUS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ OU À LA POSTURE

Phase	Étapes	Personnes impliquées
Évaluation	Présentation de cas (s'il y a lieu)	Intervenant du milieu
	Évaluation des habitudes de vie du client et de son environnement	Intervenant du milieu et ergothérapeute du SAT
	Évaluation physique du client (tonus, bilan musculaire et articulaire, sensibilité et proprioception)	Ergothérapeute du SAT, technicien et intervenant du milieu
	Évaluation des troubles de la posture	Ergothérapeute du SAT, technicien et intervenant du milieu
	Évaluation des plaies	Ergothérapeute du SAT et intervenant du milieu
	Évaluation et recommandation pour contention	Ergothérapeute du SAT à titre de consultant La recommandation et le suivi des contentions se fait par l'équipe traitante du milieu La recommandation doit faire partie du plan d'intervention de l'équipe traitante du client, preuve à l'appui (consentement signé par le représentant légal exigé)
	Prise des mesures anthropométriques du client	Ergothérapeute du SAT et technicien
	Choix de l'aide à la mobilité (Fmo, Fma, BR, poussette, etc.)	Le choix du type d'aide à la mobilité est effectué en interdisciplinarité (équipe SAT) en accord avec le client, sa famille et les intervenants du milieu L'ergothérapeute du SAT est responsable de recommander le modèle et les caractéristiques précises de l'appareil
	Choix des aides à la posture / coussin	La recherche de solutions posturales est effectuée en interdisciplinarité (équipe SAT) en accord avec le client, sa famille et les intervenants du milieu L'ergothérapeute du SAT est responsable de recommander les éléments précis de positionnement requis et le modèle de coussin Le technicien détermine le choix final des matériaux et la conception des ATP

Note : Dans certains cas, le médecin spécialiste contribuera à l'évaluation du client, en interdisciplinarité avec l'équipe du SAT.

Rédaction	Rédaction du formulaire de la RAMQ (3841) et notes complémentaires	Intervenant du milieu et ergothérapeute du SAT
	Rédaction du formulaire de commande de l'aide à la mobilité	Ergothérapeute du SAT conjointement avec le technicien
	Rédaction de notes d'évolution pour les rencontres d'évaluation et d'essayage	Ergothérapeute du SAT
	Justification des appareils ou composants en considération spéciale (CS) auprès de la RAMQ	Ergothérapeute du SAT ou du milieu
Essai	Coordination des essais cliniques (modes de conduite/propulsion, appareils, coussins, etc.)	Ergothérapeute du SAT avec le soutien des représentants et des techniciens lorsque requis
	Suivi de l'essai d'un appareil dans le milieu de vie et conclusion quant au succès de l'essai	Ergothérapeute du milieu en collaboration avec l'ergothérapeute du SAT
	Essayage des positionnements complexes	En interdisciplinarité, le technicien avec l'ergothérapeute du SAT et/ou l'intervenant du milieu
Livraison	Livraison des positionnements complexes	Technicien du SAT L'ergothérapeute est en soutien en cas de problème ou de questionnement Il peut être prédéterminé que l'ergothérapeute (du SAT ou du milieu) soit présent à la livraison
	Livraison des aides à la mobilité et des positionnements légers	Le mécanicien livre l'aide à la mobilité Le technicien est en soutien

GUIDE DE RÉDACTION : FORMULAIRE 3841 DE LA RAMQ

Ce guide a été élaboré afin d'aider les ergothérapeutes référentes et les ergothérapeutes du SAT à compléter les différentes sections du formulaire.

Si l'utilisateur est suivi par un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique d'un établissement référent, les parties à compléter par le thérapeute référent sont les sections 1 à 11 de l'évaluation fonctionnelle.

Lorsque la référence est uniquement pour une modification de l'appareil ou pour du positionnement, le 3841 n'est pas requis.

NOM DU CLIENT :
 # dossier :

Consentement du client à l'évaluation : _____ (initiales de l'ergo) **Essentiel**

1. MOTIF DE RÉFÉRENCE ET ATTENTES DU CLIENT CLIENT RÉFÉRÉ LE _____ PAR _____ ET POUR _____

(EX : CLIENT EST RÉFÉRÉ EN RAISON DE DIFFICULTÉS À LA MARCHÉ ET CHUTES FRÉQUENTES. CLIENT A PRIS DU POIDS ET LA BASE ROULANTE DOIT ÊTRE MODIFIÉE. MALGRÉ L'UTILISATION D'UN COUSSIN DE SIÈGE SPÉCIAL, CLIENT PRÉSENTE DES PLAIES AU NIVEAU DU SIÈGE...) BESOIN SPÉCIAUX (EX OBÉSITÉ MORBIDE)

2. MOYENS D'ÉVALUATION : (LORS DE L'ÉVALUATION, INITIALER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR RÉFÉRENT VS INTERVENANT DU SAT)

- Lecture du dossier Entrevue avec client Entrevue avec Famille : _____ Entrevue avec Intervenant : _____
 Palpation anatomique Observation MCPAA 2.0 Bilan articulaire et musculaire
 Autres _____ Mise en situation / essai Simulation Mesure avec capteurs

3. AIDE TECHNIQUE UTILISÉE (Toutes celles utilisées par le client et leur provenance (ex : triporteur de la Fiducie))

- Prothèse(s) Orthèse(s) Canne/béquilles Canne quadripode Cadre de marche Ambulateur
 Fauteuil à propulsion manuelle Base Fauteuil à propulsion motorisée Tri- Quadriporteur Poussette
 Coussin spécial _____ ATP _____ Autres : _____

4. HABITUDES DE VIE ET SOINS PERSONNELS

	Autonomie	Avec aide	Avec équip.	Précisions : Ex : Habillement ou hygiène possible uniquement au fauteuil ayant dossier inclinable. Besoin d'être près d'une table pour l'alimentation autonome (hauteur de la table). Changement de poids et d'habitudes alimentaires, dysphagie ayant un effet sur l'angle de dossier désiré. Transfert latéral nécessitant le retrait des butées. ...
Habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez les modes de transferts (depuis quand, quel équipement, aide humaine requise, désire conserver ce mode de transfert à tout prix, hauteur des surfaces de transfert.....
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. DÉFICIENCE, INTÉGRITÉ DES SYSTÈMES ORGANIQUES

- Cardio-respiratoire Cardiovasculaire : Dans le cas d'une demande de fauteuil motorisé pour ces raisons, on doit s'assurer que le client possède un fauteuil manuel de la RAMQ ou qu'il soit admissible à un tel appareil. Si c'est le cas, une attestation doit être remplie par le cardiologue ou le pneumologue (attestation disponible auprès du SAT)
- Intégrité de la peau (plaie, douleur, sensibilité, rougeur) : État de la peau. Si plaies, parler de l'historique, région et mode de traitement de la plaie (présence ou non de pansement). Questionnez aussi si l'origine de la plaie ne serait pas reliée à d'autres facteurs. Clarifiez la douleur (musculaire, picotement, engourdissement, chaleur) ainsi que la sensibilité/ douleurs au siège, au dos, autres segments corporels. Allergies ou sudation lorsqu'on utilise certains matériaux (latex). Si aucun problème l'indiquer également
- Systèmes liés à l'excrétion (incontinence, port de protection) : L'incontinence fréquente peut justifier l'octroi de 2 housses de coussin, utilisation de sacs.
- Autres : Problèmes de proprioception qui peuvent avoir un impact sur la propulsion d'un fauteuil manuel, besoin de protège rayon. Problèmes auditifs et visuels pouvant avoir un impact sur la conduite (hémianopsie, hémignégligence visuo-spatiale)

6. APTITUDES RELIÉES AU COMPORTEMENT, AUX ACTIVITÉS INTELLECTUELLES ET AU LANGAGE

- Particularités : Capacité de se propulser, de conduire de façon sécuritaire et tout ce qui peut l'influencer (troubles cognitifs, manque d'autocritique, diminution de mémoire, jugement, autorégulation, planification, organisation, résolution de problèmes, orientation, état dépressif, anxiété, trouble de la personnalité, agressivité,...) Capacité de s'exprimer (mode de communication utilisé), langue étrangère, langage signé, aphasie, dysarthrie.
- Rapport annexé de la conduite sécuritaire au FMO. Essai préalable à faire sur la capacité de conduite sécuritaire

7. HABITUDES DE VIE / RESPONSABILITÉS ET RELATIONS INTERPERSONNELLES

- Vit seul Vit avec sa famille Nb d'heures de services au CLSC : _____ Nb d'heures passées seul par jour : Informations nécessaires pour justifier des options en considération spéciale (ex motorisation du dossier, bascule motorisée)
- Vit en hébergement Privé Public (Impact sur l'obtention d'appareils selon l'article 52)
- Vie communautaire, activités et loisirs : Niveau d'activités, implication sociale, sorties fréquentes, occupation de l'utilisateur pouvant avoir une incidence sur la conception du FR. Info sur aidant naturel.
- AVD (préparation de repas, entretien ménager) : _____
- Études : _____ Travail _____ Lettre pour 2^e appareil

Précisions : Important de préciser en quoi un 2^{ième} appareil est essentiel pour poursuivre des études ou le travail

NOM DU CLIENT :

dossier :

8. MOYENS DE TRANSPORT

Conducteur Passager Assis au fauteuil roulant

Moyens de transport	Adapté	Non adapté	Précisions (Types d'adaptation du véhicule en cours ou envisagées etc.) :
<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécessité de plier le fauteuil manuel, Limite de la largeur de la plateforme du transport public ou du véhicule adapté si le fauteuil doit être très large. Modèle de véhicule de la famille si sorties. Si possède déjà un véhicule adapté spécifier le modèle d'ancrage déjà en place. Indiquer si une adaptation de véhicule est prévue.
<input type="checkbox"/> Fourgonnette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Transport public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Transport scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX / OBSTACLES ET FACILITATEURS

Déplacements : <input type="checkbox"/> Intérieur ____% <input type="checkbox"/> Extérieur ____%			Précisions : <i>Nous indiquer les déplacements actuels. Ajouter les déplacements espérés suite à l'obtention de l'aide technique. Accessibilité (largeur des portes, dimensions des pièces et des ascenseurs) surtout si fauteuils larges. Mode d'accès au domicile, rampe (pente) présence de marches, paliers, tapis, seuils.</i>
	Accessible	Non accessible	
Domicile (aménagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
École ou Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. MOUVEMENTS VOLONTAIRES AUX MEMBRES INFÉRIEURS ET MEMBRES SUPÉRIEURS

Capacité des membres inférieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire Échelle : 0 à 5	Contrôle musculaire		
	Nulle	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.		Nul	Limité	Fonct.
droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis(e) sans appui	Tolérance Tester de façon prolongée			Équilibre Si possible utiliser le test Berg : ____ / 56			Risque de chute			
	Durée ____ minutes Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈			Nul <input type="checkbox"/>	Précaire <input type="checkbox"/>	Fonct. <input type="checkbox"/>	Nul <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>	
Assis(e) avec appui	Durée ____ minutes (adossé/ avec app-bras) Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Temps assis par jour : Indiquez si consécutif ou avec pauses

Relâchements de pression : par push up, bascule activée de façon autonome vs aide présente, pause au lit, temps passé sur autre assise dans la journée

Debout sans appui	Durée ____ minutes Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈	Nul <input type="checkbox"/>	Précaire <input type="checkbox"/>	Fonct. <input type="checkbox"/>	Nul <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>
Debout avec appui	Durée ____ minutes Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Amputation

Membre inférieur >

Niveau

Appareillage

Précisions : Inscire si une articulation ou un segment présente des problèmes par rapport au reste des articulations. Douleur à l'effort, au mouvement (suivi en clinique de douleur), diminution d'endurance, histoire de chutes (fréquence), spasticité à l'extension, clonus, poussée en extension

Capacité des membres supérieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire Ech : 0 à 5	Force de préhension			Contrôle musculaire		
	Nulle	Limitée	Fct.	Hypo.	Hyper.	Norm.		Nul	limité	fct	Nul	limité	Fct.
droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>					
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>					

Précisions : Douleur à l'effort, au mouvement, diminution d'endurance, spasticité, diminution de la coordination bilatérale

11. MOBILITÉ ET PROPULSION

Atteinte fonctionnelle à la marche

Marche avec aide sur ____ mètres Avec accompagnateur Marche non-fonctionnelle (± 5 pas) Non ambulant (± 2 pas)

Vitesse de marche non fonctionnelle Marche limitée par l'endurance Marche impossible sur terrain accidenté

Précisions : La distance marchée écrite ici doit représenter la distance pouvant être faite de façon répétée et de façon quotidienne et sécuritaire

Si un ou deux pas pour un transfert, ne pas considérer cela comme de la marche mais uniquement comme un transfert

Capacité de propulsion d'un fauteuil roulant manuel

Diminution de l'endurance après _____ mètres Mode de propulsion actuel : Important pour admissibilité en CHSLD Propulsion non autonome

(problème de force ou d'initiative)

NOM DU CLIENT :

dossier :

- Incapable de franchir petit seuil ou dénivellation Propulsion impossible à l'extérieur du domicile Douleur causée par les mouvements répétitifs
 Propulsion impossible sur terrain accidenté Vitesse de propulsion non fonctionnelle _____ mètres/minute (pour justifier FMO)

Capacité de conduite d'un fauteuil roulant motorisé (inscrire si choix du client ou mode de contrôle actuel)

- Conduite main droite Conduite main gauche Autre système de conduite : _____

Précisions : avec chien guide, manette particulière, contrôle par l'aidant, bascule intégrée à la manette si nécessaire

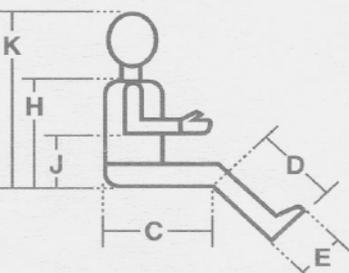
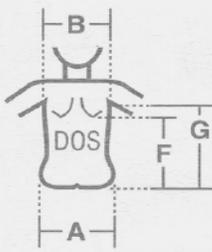
NOM DU CLIENT :

dossier :

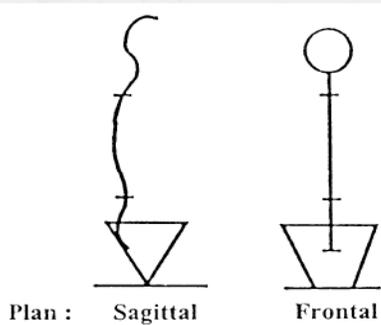
12. POSITION ASSISE STATIQUE

Position/condition d'évaluation :

	Gauche	Droit		Gauche	Droit
A			F		
B			G		
C			H		
D			J		
E			K		
Poids _____		Taille _____			

	Plan sagittal	Plan frontal (obligité)	Plan transversal (rotation)
Bassin	<input type="checkbox"/> Neutre Bascule <input type="checkbox"/> Ant. <input type="checkbox"/> Post. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe	<input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe	<input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe
Tronc	<input type="checkbox"/> Cyphose <input type="checkbox"/> Lordose <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Flexion latérale gauche <input type="checkbox"/> Flexion latérale droite <input type="checkbox"/> Flexion antérieure <input type="checkbox"/> Mesure du contrôle postural assis de l'adulte (MCPAA 2.0 annexé)		Tête : _____ _____ _____ _____



Autres précisions : _____

Position des membres inférieurs (hanches, genoux, pieds). Décrire les problématiques de posture statique ou dynamique. Résultats des essais antérieurs de coussins de siège ou ATP précédant l'évaluation

13. ANALYSE (INCLUANT LES ESSAIS EFFECTUÉS)

Il faut ici apprécier le contenu de l'évaluation. Mettre en corrélation les données recueillies. Expliquer les résultats. Faire des liens entre le fonctionnement, les capacités de la personne et l'environnement

Exemple :

M est incapable de marcher seul avec une marchette sur de courtes distances. Nécessite l'aide d'une personne, en raison de la faiblesse musculaire sévère aux 2 membres inférieurs et de troubles d'équilibre.

Nous recommandons un FMA pour les déplacements en raison d'une incapacité à se déplacer sur de courtes et longues distances.

Indiquer si un essai a été effectué (quand, comment, où, niveau de sécurité, suivi des consignes, autocritique, problèmes observés).

Nous recommandons un FR de la sous-catégorie suivante (de base, intermédiaire ou multiréglable). Justifier votre choix en fonction de la gradation des balises du plus simple au plus complexe (ex étant donné les besoins en terme de dimensions, de choix de composants, de réglages permettant une propulsion ou une posture efficace)

NOM DU CLIENT :

dossier :

14. PLAN D'INTERVENTION

OBJECTIFS	
<p>LE CLIENT MAINTIENDRA OU AMÉLIORERA SA POSTURE ET SA CAPACITÉ À SE MOBILISER AU MOYEN D'UNE AIDE TECHNIQUE FONCTIONNELLE, CONFORTABLE ET SÉCURITAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> Le client sera capable de poursuivre, reprendre et maintenir sa participation dans ses différentes habitudes de vie significatives avec l'aide recommandée</p> <p><input type="checkbox"/> Le client sera capable de se déplacer <input type="checkbox"/> Avec assistance <input type="checkbox"/> Ou de façon autonome à l'aide du <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MSD</p> <p><input type="checkbox"/> Le client sera capable de se déplacer <input type="checkbox"/> Dans son milieu de vie <input type="checkbox"/> À l'extérieur <input type="checkbox"/> À l'école <input type="checkbox"/> Au travail</p> <p><input type="checkbox"/> Le client diminuera le nombre de chutes en utilisant une aide à la mobilité de façon régulière</p> <p><input type="checkbox"/> Le client conservera ses capacités résiduelles par la propulsion du fauteuil roulant manuel</p> <p><input type="checkbox"/> Le client sera capable de tolérer la position assise sur une période de ____ hres en continu ou ____ hres/jour</p> <p><input type="checkbox"/> Le client aura un alignement corporel optimal <input type="checkbox"/> favorisant une meilleure posture assise <input type="checkbox"/> facilitant la participation sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Le client utilisera des techniques de relâchement de pression et des moyens de prévenir les plaies</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : le client sera capable de mettre en application des moyens pour..... faciliter la guérison d'une plaie, pour protéger ses articulations, pour conserver son énergie, pour.....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	
MOYENS / RECOMMANDATIONS	
<p><input type="checkbox"/> Achat initial <input type="checkbox"/> Remplacement du : _____ <input type="checkbox"/> Réparation/modification du : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Obtention d'ici _____ semaines <input type="checkbox"/> Maintien d'un second appareil : _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Livraison / ajustement par : _____ <input type="checkbox"/> Entraînement par : _____ <input type="checkbox"/> Suivi par : _____ dans _____ semaines</p> <p><input type="checkbox"/> Conduite du FMO sous condition : _____ <input type="checkbox"/> Remise de documentation écrite /enseignement</p> <p>Client informé de : _____</p>	
Aide à la mobilité <input type="checkbox"/> Devis annexé	Aide à la posture <input type="checkbox"/> Devis annexé
<p><input type="checkbox"/> Fauteuil Manuel <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Poussette</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé <input type="checkbox"/> Tri/Quadriporteur</p> <p>Préciser le type de Conduite : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Propulsion non autonome</p> <p>Marque/Modèle : ergo SAT peut inscrire les dimensions recommandées</p> <p>L'équipement sera <input type="checkbox"/> Neuf <input type="checkbox"/> Valorisé _____ selon les règles en vigueur et la disponibilité</p> <p><input type="checkbox"/> Composant CS : bascule, dossier inclinable, appui-jambes éleveurs motorisés, tango 6 roues</p> <p>Autres : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Coussin siège : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Coussin de dossier : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Support avant-bras <input type="checkbox"/> Positionnement modulaire</p> <p><input type="checkbox"/> Positionnement moulé</p> <p>Autres : ex : appui-tête personnalisé, butées diverses, ceinture de positionnement _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

L'utilisateur ou son représentant a été informé des résultats de l'évaluation, est en accord avec les recommandations formulées et à la transmission d'informations au requérant. **À cocher obligatoirement** Réalisé en collaboration avec : _____

Plan d'intervention transmis à : _____

Signature de l'ergothérapeute/ physiothérapeute de l'établissement : (OBLIGATOIRE)

Nom de l'établissement : (OBLIGATOIRE)

Signature de l'ergothérapeute/ physiothérapeute du SAT : (SI PARTICIPE À L'ÉVALUATION)

Date : _____

EXTRAITS DU RÈGLEMENT SUR LES APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

Services, appareils et autres équipements assurés à l'égard d'une personne assurée

49. Malgré l'article 38, seul est assuré un appareil qui tient compte de la déficience physique et, s'il y a lieu, de la difformité auxquelles il est appelé à suppléer et, s'il y a également lieu, des activités et du milieu de vie de la personne assurée à qui il est fourni.

+ 50. Est assuré un seul appareil à l'égard d'une même personne assurée; de même, sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ce seul appareil.

Malgré le premier alinéa, sujet à l'autorisation préalable de la Régie, une aide à la locomotion et à la posture additionnelle autre qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée, avec ses composants et compléments, ou un composant additionnel d'un tel appareil est assuré lorsque l'appareil est requis pour des activités spécifiques essentiellement reliées à des fins d'études reconnues ou à des activités professionnelles. Les études reconnues sont celles que poursuit un élève ou un étudiant inscrit à un programme qui mène à l'obtention d'un diplôme, certificat ou autre attestation d'études reconnue par le ministre de l'Éducation du Loisir et du Sport.

51. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

- 1° à une personne assurée hémiparalysée avec trouble de position ou d'équilibre;
- 2° à une personne assurée parapalysée;
- 3° à une personne assurée quadriparalysée dont la lésion se situe à un niveau autre que les niveaux C3-C4, C4-C5 ou C5-C6;
- 4° à une personne assurée qui a subi une amputation fémorale bilatérale, coxofémorale bilatérale ou une hémipelvectomie bilatérale;
- 5° à une personne assurée qui présente une impotence permanente des membres inférieurs dans les cas de troubles spastiques, d'ataxie ou d'athétose;
- 6° à une personne assurée atteinte de troubles fonctionnels qui empêchent de façon permanente l'utilisation de ses membres inférieurs;
- 7° à une personne assurée qui présente une déficience dégénérative du système musculo-squelettique, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 53 et qui a besoin d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger pour conserver ses capacités résiduelles, lesquelles toutefois le rendent encore capables d'utiliser un tel fauteuil de façon autonome.

+ À l'égard de la personne assurée visée au paragraphe 7 du premier alinéa, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré qu'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou qu'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger qui, l'un ou l'autre, a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement conformément au deuxième alinéa de l'article 57.

Toutefois, à l'égard de cette même personne assurée à qui appartient déjà un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger dont la Régie a déjà assumé le coût d'achat ou de remplacement, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré que ce fauteuil roulant sans qu'il ne fasse l'objet d'un retour à un établissement.

+ 52. Malgré les articles 38 et 51, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est pas assuré s'il est fourni à une personne assurée hébergée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou, si tel est le cas, dans un centre hospitalier de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5) dans la mesure où cette dernière loi vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

+ 53. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion motorisée, ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

- 1° à une personne assurée quadriplégique dont la lésion se situe aux niveaux C3-C4, C4-C5 ou C5-C6;
- 2° à une personne assurée qui présente une impotence permanente des 2 membres supérieurs et d'au moins un membre inférieur;
- 3° à une personne assurée qui présente, depuis plus de 6 mois, une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire ou cardiorespiratoire associée à une déficience physique au sens du présent Titre, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 51, qui est encore capable d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion motorisée et pour qui ce fauteuil est requis parce qu'elle est rendue incapable, en raison de cette insuffisance et de cette déficience, d'actionner de façon autonome un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, et ce, malgré un traitement médical optimal.

À l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 3 du premier alinéa, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée qui a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement conformément au deuxième alinéa de l'article 57.

54. Malgré l'article 38, une poussette du type « Buggy Major », ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que si l'appareil est fourni dans les cas suivants :

- 1° à une personne assurée ayant une incapacité permanente et sévère, âgée de moins de 3 ans mais d'au moins 1 an qui requiert une aide technique à la posture personnalisée;
- 2° à une personne assurée âgée de 3 ans et plus mais dont le poids ne dépasse pas 63 kg.

+ 55. Malgré l'article 38, un appareil apparaissant à une énumération figurant à la section II ou à la section III de la Partie I du Tarif, ou l'un de ses composants ou compléments, n'est assuré que si l'appareil est fourni à une personne assurée qui requiert une aide technique à la posture personnalisée.

Ne sont assurés que le service d'ajustement et le service de réparation de ces seuls appareils, de leurs composants ou compléments, fournis dans le même cas.

56. Malgré l'article 38, n'est assurée l'aide à la posture apparaissant à une énumération figurant au Tarif que lorsqu'elle est fournie à une personne assurée visée à l'article 51 ou 53, et à qui appartient un fauteuil roulant assuré ou à qui est fourni un fauteuil roulant non assuré par un établissement visé à l'article 52 dans lequel elle est hébergée. Le premier alinéa ne s'applique pas quant à la possession du fauteuil roulant, dans le cas d'une aide technique à la posture personnalisée, dans la situation visée au premier alinéa de l'article 55.

57. Une aide à la locomotion fournie à une personne assurée n'est assurée que si cette dernière a

retourné à un établissement toute aide à la locomotion qu'elle a, le cas échéant, en sa possession et dont la Régie a déjà assumé le coût, sauf dans le cas où cette dernière deviendrait l'appareil additionnel accordé en application du deuxième alinéa de l'article 50 ou du paragraphe 7 du premier alinéa de l'article 51. De même, un appareil qui n'est plus utilisé par une personne assurée à la suite de son décès ou d'un changement survenu dans sa condition physique doit être retourné à un établissement qui exploite un centre de réadaptation qui offre des services d'aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice et qui détient un permis délivré par le ministre en vertu de l'article 437 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou de l'article 136 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5).

Tiré du manuel du programme d'appareils suppléant à une déficience physique :

http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/280-deficience-physique/000_complet_defi_phys.pdf

ADMISSIBILITÉ À UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL POUR UN USAGER EN CHSLD OU EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT

Objet : Précisions par rapport à l'admissibilité pour un fauteuil roulant manuel, pour un bénéficiaire hébergé dans un centre d'hébergement de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné.

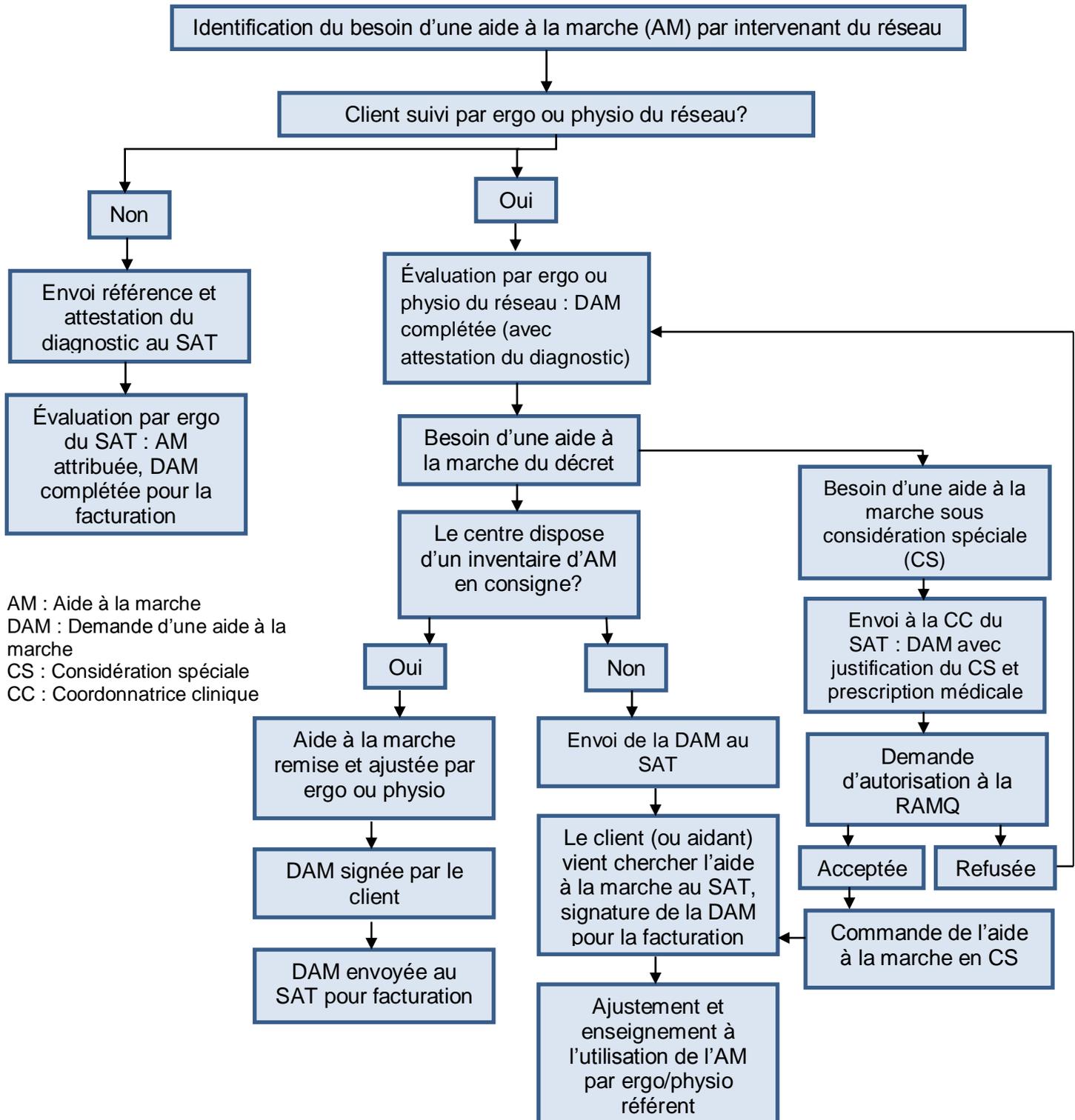
Voici un rappel de la réglementation :

Article 52. « [...] Malgré les articles 38 et 51, **un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments**, apparaissant à une énumération figurant au présent titre, **n'est pas assuré s'il est fourni à un bénéficiaire hébergé dans un centre d'hébergement de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné** visé à la Loi[...]. **Toutefois, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, son composant ou son complément, est assuré, même s'il est fourni à un tel bénéficiaire, s'il est démontré, au moyen d'une évaluation** réalisée par les personnes visées à l'article 72 (évaluation par un SAT), **qu'aucun fauteuil roulant faisant partie de l'inventaire** de tel établissement privé conventionné, de l'établissement public qui exploite un tel centre d'hébergement ou de tel centre hospitalier, selon le cas, **ne peut être utilisé de façon autonome par le bénéficiaire en raison d'une incapacité particulière et que seule l'utilisation de façon autonome d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle lui permettra de maintenir ou de développer sa capacité de se déplacer.** »

Précisions par rapport à l'application de cette règle :

- Dès qu'un usager est en attente d'hébergement, l'article 52 s'applique.
- Le bénéficiaire doit être admissible à un fauteuil roulant manuel (fma) conformément à l'article 51.
- La marche doit être non-fonctionnelle pour l'accomplissement des tâches quotidiennes.
- L'utilisation du fma doit être QUOTIDIENNE et le bénéficiaire doit être autonome pour la propulsion. CECI DOIT ÊTRE CLAIREMENT INDIQUÉ DANS LE RAPPORT.
- Le fma demandé doit correspondre à un fauteuil roulant HORS-STANDARD (donc non-disponible dans l'inventaire de l'établissement) et ceci doit être clairement justifié.
- Un fma est considéré HORS-STANDARD s'il comporte une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :
 - Largeur de l'assise inférieure à 16" ou supérieure à 18"
 - Profondeur de l'assise inférieure à 16" ou supérieure à 18"
 - Hauteur siège-sol inférieure à 18"
 - Dossier inclinable ou angle variable
 - De type robuste
 - Conduite unilatérale
 - Cerceau à projections obliques
 - Autre composant spécial

PROCESSUS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE À LA MARCHÉ



CESSION D'APPAREIL À UN CENTRE PARTENAIRE

Lorsqu'un appareil doit être récupéré suite au décès d'un usager, le partenaire du réseau peut faire une demande au SAT pour que l'appareil lui soit cédé. Le SAT peut permettre au centre de conserver un fauteuil roulant manuel, une base roulante ou une poussette, sous certaines conditions.

Conditions d'admissibilité à une cession

1. Âge de l'appareil

- Fauteuil roulant manuel (incluant les cadres rigides et les fauteuils de transport) : + de 5 ans (au moment de l'évaluation)
- Base roulante : + de 8 ans (au moment de l'évaluation)
- Poussette : pas d'âge minimal

Note : l'âge d'un appareil valorisé est calculé à la date de la première prise de possession.

2. Sécurité de l'appareil

- Un mécanicien ou un technicien du SAT devra inspecter l'appareil et confirmer que l'état mécanique en permet un usage sécuritaire
- Aucune réparation ne peut être effectuée par le SAT préalablement à la cession
- L'appareil sera cédé tel que vu, sans aucune garantie légale
- Les frais de réparations subséquents devront être assumés par le centre partenaire
- Aucune réparation ne sera faite par le Services des aides techniques. Le partenaire devra se trouver un fournisseur pour les réparations.

Procédure de demande de cession

1. L'intervenant partenaire avise le SAT du décès de l'usager et du souhait de récupérer l'appareil

La demande est acheminée par courriel à l'adresse suivante :

decesrecupcessionsat.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

Dans l'objet du message : indiquer le point de service SAT concerné (St-Hubert, Châteauguay, St-Hyacinthe), le nom complet de l'usager et son NAM

2. Une agente communiquera avec l'intervenant partenaire pour lui dire si l'âge de l'appareil permet une cession
3. Dans l'affirmative, une inspection de l'appareil sera prévue au centre
4. Lors de l'inspection, si l'appareil est sécuritaire, le mécanicien (ou le technicien) retirera la plaque du #série de l'appareil
5. Le contrat de cession sera signé par le partenaire et une copie lui sera remise. Il est important pour le Centre de conserver ce contrat, car il contient le #série de l'appareil. Cela peut être utile pour des réparations futures auprès du fournisseur.

RÉASSIGNATION D'APPAREILS

Contexte

Une analyse des enjeux entourant la pratique de réassignation d'appareil a été effectuée par le SAT du CISSS Montérégie-Ouest. Cette pratique consistait à réattribuer un appareil RAMQ d'un usager à un autre directement par un établissement, suite au décès de l'utilisateur à qui l'appareil avait été attribué initialement. Cette pratique n'a jamais été prévue dans la réglementation RAMQ, mais était tolérée à certaines conditions. La RAMQ a toujours exigé que le SAT soit informé en temps réel des appareils réattribués (ancien et nouvel usager) et que le nouvel usager soit évalué rapidement afin d'officialiser la prise de possession de l'appareil. De plus, l'appareil réassigné devait convenir aux besoins du nouvel usager. Dans les faits, il s'est avéré très difficile de faire respecter sur le terrain les conditions de la RAMQ dans la pratique de la réassignation d'appareil.

Résumé des problématiques engendrées par la réassignation

- SAT pas toujours informé des réassignations et usagers non référés pour une évaluation
 - Clients utilisant un appareil non assuré (destiné à la récupération)
 - Appareil ne pouvant pas être réparé ni modifié par la RAMQ, car enregistré au nom d'un usager décédé
 - Appareil ne convenant pas toujours aux besoins de l'utilisateur, qui est ainsi pénalisé
 - Difficultés pour le SAT à récupérer les équipements, alors que la RAMQ contrôle les appareils à récupérer
- Impossibilité pour le SAT de s'assurer d'une désinfection adéquate de l'équipement, qui est encore sous sa responsabilité. En effet, les SAT sont soumis au respect des orientations ministérielles en termes de prévention et contrôle des infections (PCI). Lors du retour des équipements, le SAT doit par exemple jeter tous les composants en mousse, car la mousse ne peut être désinfectée adéquatement. Lors d'une valorisation, les composants requis par le nouvel usager (ex. : butées, dossier, appui-tête) sont commandés neufs et installés sur l'appareil. Cela ne se fait pas dans un contexte de réassignation d'appareil, ce qui rend cette pratique non conforme en regard des normes de PCI.

Position du SAT

Conséquemment, la pratique de réassignation d'appareil n'est plus permise au SAT du CISSMO. Dans le même ordre d'idée, il n'est pas non plus possible de prêter l'appareil d'un usager décédé à un autre en attendant l'obtention d'un appareil RAMQ. Le SAT doit donc être informé rapidement de tous les appareils qui ne sont plus utilisés par l'utilisateur assuré (décès ou changement de condition), afin de pouvoir les récupérer.

PROGRAMME D'ATTRIBUTION DE CHAUSSURES ORTHÉTIQUES ET D'APPAREILLAGE DE CHAUSSURES

Ce programme « ... vise une clientèle ayant une déficience permanente entraînant des incapacités significatives et persistantes à la marche. Ces personnes ont des incapacités à la marche, de sévères à très sévères, et sont incapables de marcher si elles ne font pas usage d'une chaussure orthétique (orthopédique). »

Pour être éligible :

1. Le **patient doit être mobile** (client en fauteuil roulant exclu, sauf pour certains cas où la chaussure orthopédique est essentielle pour un transfert debout sécuritaire).
2. Le patient diabétique : doit présenter une **déformation de type Charcot** (documentée par note médicale ou rapport de radiographie). La seule présence (ou historique) de plaie n'est pas un critère d'acceptation.

Processus d'attribution :

1. Avec le formulaire de référence au SAT, le patient doit nous faire parvenir une **référence en physiothérapie** (obtenue de son médecin de famille) indiquant le diagnostic et le besoin de chaussures orthopédiques.
2. Le patient sera évalué par le physiatre et le technicien en orthèses du SAT qui valideront l'éligibilité au programme.
3. Au même rendez-vous, il y aura prise de mesures et moulage en vue de fabriquer une chaussure orthopédique moulée. Le patient aura à déboursier une **franchise de 75 \$**.
4. Le processus d'attribution d'une première paire de chaussures peut prendre **quelques mois**, car il y a fabrication du moule et des patrons de cuir. Les remplacements sont par la suite un peu plus rapides.

Clients non éligibles :

- Client pour qui un appareil (ex. : orthèse tibiale) répond au besoin de locomotion
- Client présentant un œdème fluctuant (doit être contrôlé/stable)
- Client diabétique ne présentant aucune déformation, dans un but de prévention
- Client avec plaie pour qui le traitement idéal est une botte de décharge ou une sandale de décharge
- Client diabétique avec amputation d'orteils pour qui une prothèse pour pied partiel est payée par la RAMQ
- Client hébergé en CHSLD

Pour plus de détails, se référer au GUIDE DE GESTION du programme disponible sur le site du MSSS.

Châteauguay

250, chemin du Christ-Roi QC J6J 4G7

Téléphone : 450 692-3171

Sans frais : 1 866 301-3171

Télécopieur : 450 692-9754

Saint-Hubert

5300, chemin de Chambly QC J3Y 3N7

Téléphone : 450 462-8638

Sans frais : 1 877 462-8638

Télécopieur : 450 462-8640

Saint-Hyacinthe

730, rue Saint-Pierre Est QC J2T 1N2

Téléphone : 450 774-3263

Sans frais : 1 866 774-4104

Télécopieur : 450 774-6310

www.santemonteregie.qc.ca

450 676-7447 – 1 800 667-4369

