



# SOUTIEN À DOMICILE DE PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

VERSION MARS 2025

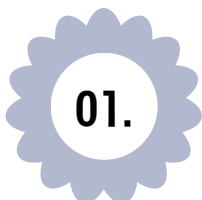
## POURQUOI UN AIDE-MÉMOIRE ?



Fort de plusieurs années d'expérience, le secteur des personnes handicapées lanaudois a convenu de l'importance d'outiller, en vue de leur prochaine évaluation en SAD, toutes les personnes y ayant accès.

Sachez que ce n'est pas un privilège, mais un droit fondamental, car ces services vous permettent d'exercer une pleine participation sociale, poursuivre des études, accéder au marché du travail, etc. Pour maximiser votre inclusion, vous avez besoin de recevoir des services en quantité et en qualité suffisante pour y arriver. De plus, vous pouvez en tout temps être accompagné de la personne de votre choix, et ce, tant pour la préparation qu'au moment de l'évaluation.

**Pour s'assurer que l'évaluation permette d'identifier vos besoins réels, vous devez vous y préparer!**

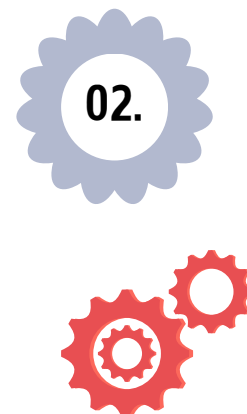


### PREMIÈRE ÉTAPE :

Pour une première demande de services de soutien à domicile ; VOUS INSCRIRE AU GUICHET D'ACCÈS CENTRALISÉ DI TSA DP : [guichet.ditsadp.cisslan@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.ditsadp.cisslan@ssss.gouv.qc.ca) ou par téléphone au 1 877 322-2898.

### QUEL EST L'OUTIL UTILISÉ ?

L'OCCI (Outil de cheminement clinique informatisé) permet de connaître les besoins de la personne handicapée et de ses proches. Ce n'est pas une évaluation pour vous donner une bonne ou mauvaise note mais pour déterminer les services dont vous avez besoin pour mieux vivre chez vous. La personne devant vous ne vous connaît pas, donc il faut être TRÈS HONNÊTE sur vos capacités. Il est important de nommer votre réalité en fonction de vos « moins bonnes journées ».



**IMPORTANT** d'identifier en toute transparence et honnêteté votre capacité réelle.

- Vous pouvez le faire complètement seul.e
- Vous avez besoin d'une aide partielle mais vous êtes incapable de le faire sans cette aide
- Vous êtes complètement dépendant.e d'une aide pour y arriver.

03.

04.

**PIÈGE :** Vous avez des proches vivant sous le même toit et ces derniers vous offrent un soutien. Ce soutien est-il « essentiel » ou est-il fait de temps en temps même si le besoin est toujours présent ? Si vos proches ne sont pas en mesure de vous supporter, êtes-vous en mesure de le faire ? Avez-vous d'autres options ?



#### **MISE EN SITUATION**

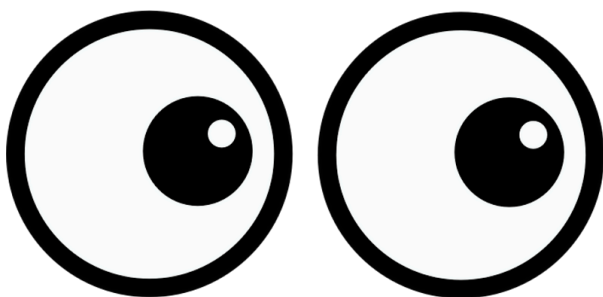
Jacques indique lors de son évaluation qu'il est capable de manger seul. Alors, l'intervenante indique qu'il est autonome MAIS ce qui n'a pas été dit est que Jacques n'est pas en mesure de faire son épicerie, ni de cuisiner, ni de couper ses aliments, ni de se servir une assiette, ni de faire la vaisselle. Alors, bien que l'acte de manger soit fait de façon autonome, tout le reste nécessite de l'aide ! Heureusement, sa conjointe l'aide mais si elle n'est pas là ou malade, Jacques ne mangera pas !



#### **QUELQUES TERMES IMPORTANTS**

- **Aide à la vie quotidienne AVQ :** Assistance personnelle : services d'assistance à la personne requis quotidiennement comme soins d'hygiène de base, aide à l'alimentation, mobilisation, transfert, etc.
- **Aide à la vie domestique AVD :** Aide domestique : service régulier ou occasionnel pour assurer les tâches domestiques.
- **Soutien civique :** Le soutien civique comprend tous les services requis permettant de compenser un manque de capacité face aux exigences sociales de la vie quotidienne.
- **Soutien à domicile :** Les services de soutien à domicile sont offerts à une clientèle de tous âges, présentant des incapacités temporaires ou permanentes, qui désire demeurer dans son milieu naturel et qui n'est pas en mesure de se déplacer pour obtenir les services à l'extérieur de son domicile.

05.



## ON SE PRÉPARE !

### SANTÉ PHYSIQUE : LA LISTE DE MES PROBLÈMES AU QUOTIDIEN (CONSTIPATION, DOULEUR, PROBLÈME DE PEAU...)

- 
- 
- 
- 
- 

### MÉDICAMENTS ET SOINS

- ( ) J'ai ma liste de médicament
- ( ) J'ai la liste des soins et traitements dont j'ai besoin et quand ils sont requis
- ( ) J'ai les coordonnées de mon médecin et de mes spécialistes (nom, # de téléphone)

### SANTÉ PSYCHOLOGIQUE : COMMENT JE ME SENS EN CE MOMENT (SOYEZ HONNÊTE)

- ( ) Toujours sentiment dépressif, anxiété, etc. Je ne vais vraiment pas bien ! Je me sens seul !
- ( ) Parfois déprimé-e ou anxieux-se, etc. J'ai des mauvais jours mais sinon ça va !
- ( ) Je vais bien

### En général, MA VIE :

- ( ) va super bien ( ) est parfois difficile ( ) est TRÈS difficile, pénible

### HABITUDES DE VIE (SOYEZ HONNÊTE)

- Consommation tabac – vapoteuse (à l'intérieur ou extérieur)
- Consommation alcool et drogue (à tous les jours, parfois, jamais)
- Rythme de vie (heure de coucher, etc.)
- Loisirs et autres activités sociales ou familiales
- Travail, études...

### SITUATION PSYCHOSOCIALE

- En couple ou pas ?
- Est-ce que votre sexualité vous préoccupe ? (Active, non active, aimerait bien !)
- Des enfants à la maison ou pas ?
- Avez-vous des bonnes relations avec vos proches ? (conjoint-e, enfants, famille élargie)
- Avez-vous de bons amis ou bonnes amies ? (À qui vous pouvez vous confier, demander de l'aide...)
- Qui vous aide le plus à la maison ?
- Cette personne vous semble-t-elle fatiguée, sous pression, dépassée... ?
- Fréquentez-vous des organismes communautaires qui vous aident ?
- Est-ce que votre situation financière vous préoccupe ? (Acceptable, difficile, stressante)
- Votre logement vous convient-il ? (Acceptable, manque d'adaptation, très mal logé)
- De façon générale, vous sentez-vous en sécurité chez-vous ?

En général, diriez-vous que vous êtes une personne agréable, parfois désagréable ou souvent colérique ?

## COMMUNICATION

- ( ) Je communique difficilement
- ( ) Parfois les gens ne me comprennent pas
- ( ) tout va bien

Est-ce que vous êtes en mesure de suivre et d'entamer une conversation ?

## MA MÉMOIRE ET MES FONCTIONS COGNITIVES

- ( ) Je fais très souvent des oublis
- ( ) Parfois je fais des petits oublis
- ( ) Ma mémoire est très bonne

Avez-vous de la difficulté à prendre des décisions ?

Est-ce que vous avez un bon sens de l'orientation dans le temps et l'espace ?

En général, est-ce que vous faites des blagues ou riez de celles des autres ?

	<b>Je peux le faire COMPLÈTEMENT seul.e</b>	<b>J'ai besoin d'une aide partielle mais je suis incapable de le faire sans cette aide</b>	<b>Je suis complètement dépendant.e d'une aide pour y arriver</b>
<b>Se nourrir</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Manger (utiliser ustensiles, etc.)</li><li>• Préparer / servir repas, breuvage</li><li>• Laver la vaisselle, remplir et vider le lave-vaisselle</li></ul>			
<b>Se laver</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Corps, cheveux, bouche</li><li>• préparer- entrer-sortir du bain ou douche</li></ul>			
<b>Entretenir sa personne</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Coiffer, peigner, attacher les cheveux, sécher les cheveux, raser la barbe</li><li>• Laver /mettre les lunettes, les verres de contact</li><li>• Ongles mains-pieds</li><li>• Raser les jambes, les aisselles, le pubis</li><li>• Appliquer la crème, la poudre</li><li>• Mettre l'appareil auditif / les bas de soutien, etc.</li></ul>			

	<b>Je peux le faire COMPLÈTEMENT seul.e</b>	<b>J'ai besoin d'une aide partielle mais je suis incapable de le faire sans cette aide</b>	<b>Je suis complètement dépendant.e d'une aide pour y arriver</b>
<p>S'habiller</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habiller / déshabiller (toutes saisons)</li> <li>• Boutons, fermeture éclair, souliers</li> </ul>			
<p>Utiliser les toilettes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aller à la toilette</li> <li>• Incontinence légère ou occasionnelle</li> <li>• Mettre / enlever protection (couche, etc)</li> <li>• Se nettoyer</li> <li>• Vider/nettoyer : Sac jour/nuit, appareil succion, etc.</li> </ul>			
<p>Transferts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lever / coucher</li> <li>• Effectuer les transferts</li> <li>• Tourner de côté la nuit</li> </ul>			
<p>Installer prothèse ou orthèse</p>			
<p>Marcher à l'intérieur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les aires communes et chambre</li> </ul>			
<p>Se déplacer en fauteuil roulant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'intérieur</li> <li>• À l'extérieur</li> <li>• Brancher / débrancher la charge des fauteuils roulants/ levier</li> </ul>			
<p>Utiliser les escaliers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monter /descendre</li> </ul>			
<p>Circuler à l'extérieur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans un lieu connu</li> <li>• Dans un lieu public (inconnu)</li> </ul>			

	<b>Je peux le faire COMPLÈTEMENT seul.e</b>	<b>J'ai besoin d'une aide partielle mais je suis incapable de le faire sans cette aide</b>	<b>Je suis complètement dépendant.e d'une aide pour y arriver</b>
<b>Entretien la maison</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le ménage</li> <li>• Faire/laver le lit</li> <li>• Utiliser les appareils (électriques, électroniques)</li> <li>• Entretien l'extérieur (gazon, neige, etc.)</li> <li>• S'occuper des animaux domestiques</li> </ul>			
<b>Faire les courses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire l'épicerie ou les achats (en personne, en ligne, etc.)</li> <li>• Ranger l'épicerie ou les achats (ex : vêtements)</li> </ul>			
<b>Utiliser le téléphone fixe ou cellulaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appeler et recevoir les appels</li> </ul>			
<b>Faire la lessive</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le lavage (laveuse, sècheuse)</li> <li>• Ranger les vêtements</li> </ul>			
<b>Utiliser les moyens de transport</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réserver le transport adapté s'il y a lieu</li> <li>• Aller à vos rendez-vous seul.e</li> </ul>			
<b>Prendre ses médicaments</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître ses médicaments</li> <li>• Doser ou s'administrer la médication</li> <li>• Prendre aux bons moments</li> </ul>			
<b>Gérer son budget</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier et administrer le budget</li> <li>• Payer les comptes, etc.</li> </ul>			
<b>Gérer la paperasse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Écrire des lettres, courriels, textos...</li> <li>• Lire le courrier</li> <li>• Remplir les formulaires</li> <li>• Prendre les rendez-vous</li> <li>• Faire la gestion du chèque emploi service s'il y a lieu (avec aide ou pas)</li> </ul>			