# Programme de soins transitoires

Cette brochure vous informe sur le Programme de soins transitoires (Transition Care Program, TCP). Elle explique également vos droits, vos responsabilités et le contenu du programme.

**Contactez-nous**

|  |  |
| --- | --- |
| Gestionnaire de cas : Jane Doe XXXX XXX XXX (téléphone portable) jane.doe@email.com | Responsable du programme de soins transitoires 03 9595 2307 TCP@health.vic.gov.au |

 **Téléchargez le contrat sur votre ordinateur.**

Scannez le code QR.

Pour obtenir ce document dans un autre format, envoyez un courriel à TCP@health.vic.gov.au <TCP@health.vic.gov.au>



Autorisé et publié par le gouvernement du Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne.

© État du Victoria, Australie, ministère de la Santé, janvier 2023.

Disponible à l'adresse suivante : [www.health.vic.gov.au/publications/tcp-information-and-client-agreement-english](http://www.health.vic.gov.au/publications/tcp-information-and-client-agreement-english)

Format disponible : DOCX

# Qu'est-ce que le Programme de soins transitoires (TCP) ?

Le TCP peut vous aider à vous rétablir après un séjour à l'hôpital, à gagner en indépendance et à trouver le soutien dont vous avez besoin.

### **Comment fonctionne-t-il ?**

1. Le service d'évaluation des soins aux personnes âgées (Aged Care Assessment Service, ACAS) confirmera si vous pouvez bénéficier des services du TCP.
2. Vous devrez remplir et signer le contrat du TCP.
3. Le programme commence dès que se termine votre séjour à l'hôpital.
4. Vous pouvez bénéficier d'une aide allant jusqu'à **12 semaines** (84 jours) lors de votre rétablissement à domicile, dans une unité de soins pour personnes âgées ou à l'hôpital.
5. Un programme de soins vous sera attribué décrivant les types de services que vous recevrez.
6. Vous pouvez passer d'un lieu ou d'un type de soins à un autre en fonction de l'évolution de vos besoins.
7. Vous obtiendrez de l'aide pour trouver des options de soins à plus long terme si vous en avez besoin.

### **Le programme propose deux types de soins.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**Les soins à domicile**Vous recevrez des soins à votre domicile.Ce service peut inclure : * Des soins infirmiers et des soins de répit à domicile
* Une aide au ménage, aux repas ou à la toilette
* La prise de rendez-vous médicaux
* Des déplacements pour se rendre à des rendez-vous ou à des activités sociales
* Des thérapies dispensées par du personnel paramédical, comme un kinésithérapeute
* Des équipements de soutien tels que des mains courantes, des rampes ou des aides à la continence

**Coût du service**Vous devrez payer 17,5 % de votre pension de retraite actuelle et individuelle par jour. |  | An icon of a bed**Soins aux personnes alitées**Vous recevrez des soins dans un hôpital ou dans une unité de soins pour personnes âgées.Ce service peut inclure : * Des soins par des infirmiers sur place ou d'astreinte
* Une aide à la prise de médicament
* Une aide pour les activités quotidiennes comme se laver ou marcher
* Un soutien aux personnes atteintes de démence
* La prise de rendez-vous médicaux
* Des thérapies prodiguées par le personnel paramédical (kinésithérapeute par exemple)

**Coût du service**Vous devrez payer 85 % de votre pension de retraite actuelle et individuelle par jour. Vous devrez également payer les médicaments sur ordonnance dont vous avez besoin auprès de la pharmacie de votre choix. |

Le programme **ne** **comprend pas** les services suivants :

✗ Pathologie ou radiologie (comme les analyses de sang ou les radiographies)

✗ Les déplacements en ambulance vers ou depuis l'hôpital

✗ Les médicaments sur ordonnance ou les frais de pharmacie

✗ Les rendez-vous chez le médecin généraliste

# Qu'attendre du programme ?

Pour tirer le meilleur parti de votre TPC, vous aurez différents droits et responsabilités.

## Quel est le rôle de mon gestionnaire de cas ?

Votre gestionnaire de cas est votre principal contact, votre soutien et votre conseiller tout au long du programme.

Un gestionnaire de cas peut vous aider à :

* Élaborer un programme de soins et l'actualiser en fonction de vos besoins
* Prendre des décisions relatives à vos soins
* Défendre vos intérêts et vous apporter un soutien émotionnel
* Relayer les comptes rendus médicaux et ajuster les objectifs
* Planifier vos soins à l'avance, notamment comprendre vos valeurs et croyances afin que votre équipe soignante puisse prendre des décisions en votre nom si vous n'en êtes pas capable
* Élaborer un plan de sortie et mettre en place un soutien à long terme

Votre gestionnaire de cas ne prendra pas de décisions médicales concernant vos soins. Ces décisions seront prises en collaboration avec le personnel médical de votre équipe soignante.

## Comment mes données personnelles sont-elles partagées ?

Lorsque vous remplissez et signez le contrat, vous nous autorisez à partager vos informations avec :

* Votre médecin généraliste, les professionnels de santé, My Aged Care (services de soins aux personnes âgées financés par le gouvernement australien) et d'autres prestataires de services afin que nous puissions répondre à vos besoins en matière de soins.
* Le ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth (Commonwealth Department of Health and Aged Care), la Commission pour la qualité et la sécurité des soins aux personnes âgées (Aged Care Quality and Safety Commission) et le ministère de la Santé de l'État du Victoria (Victorian Department of Health) afin qu'ils puissent financer et évaluer l'efficacité du programme.

## Que dois-je faire ?

Vous aurez différentes responsabilités dans le cadre du programme. Vous êtes tenu(e) de :

* Collaborer activement à la réalisation des objectifs de votre programme de soins.
* Assumer la responsabilité de vos actions et de vos choix.
* Faire part de vos besoins à votre gestionnaire de cas. Demander de l'aide si vous en avez besoin.
* Contacter votre équipe soignante si vous avez une demande spécifique (par exemple si vous souhaitez fumer du tabac, vapoter ou consommer de l'alcool).
* Traiter votre équipe soignante avec respect, comme vous aimeriez être vous-même traité(e).
* Offrir à votre équipe soignante un lieu de travail sain et sûr si vous vous rétablissez à domicile.

## Quels sont mes droits ?

Les droits de tous les bénéficiaires du TCP sont protégés par :

* La Charte des droits des personnes âgées (Charter of Aged Care Rights)
* La loi de 1997 du Commonwealth sur les soins aux personnes âgées, la loi de 1997 sur les soins aux personnes âgées (dispositions transitoires) et les Principes établis en vertu de ces lois (Commonwealth Aged Care Act 1997, Aged Care [Transitional Provisions] Act 1997)
* La loi de 2006 sur la Charte de l'État du Victoria des droits et responsabilités de la personne (Victorian Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006)
* La loi de 2014 de l'État du Victoria sur la vie privée et la protection des données (Victorian Privacy and Data Protection Act 2014)
* La loi de 2001 de l'État du Victoria sur les archives médicales (Victorian Health Records Act 2001)
* La loi de 1988 du Commonwealth sur la protection de la vie privée (Commonwealth Privacy Act 1988)

# Frais et paiements

Bien que le TCP soit en majorité financé par le gouvernement, vous **devrez** payer des frais pour couvrir le coût de vos soins.

## Que dois-je payer ?

Vous devrez payer des frais en fonction du type de soins que vous recevrez :

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | **Pour les soins à domicile** Si vous participez au programme à domicile, vous devrez payer **17,5 %** de votre pension de retraite actuelle et individuelle par jour. |
|  |  |
| An icon of a bed | Pour **les soins aux personnes alitées** Si vous participez au programme dispensé dans une unité de soins pour personnes âgées ou un hôpital, vous devrez payer **85 %** de votre pension.Vous devrez également payer les médicaments sur ordonnance dont vous avez besoin auprès de la pharmacie de votre choix. |

Si vous n'avez pas de pension de retraite, vous devrez payer des *frais quotidiens* correspondant au pourcentage indiqué ci-dessus.

Le TCP n' **est** pas pris en charge par :

✗ Medicare (sécurité sociale australienne)

✗ Les complémentaires santé

✗ Le ministère des Anciens Combattants (Department of Veteran Affairs)

## Comment faire si je ne peux pas payer ?

Les frais de TCP s'adaptent à votre situation. Si vous ne pouvez pas payer les frais, il est tout de même possible de participer au programme.

N'hésitez pas à discuter des différentes options avec votre gestionnaire de cas, notamment d'une réduction des frais ou d'une demande d'extension d'un délai de paiement.

## Comment dois-je payer ?

Vous recevrez une facture et de plus amples informations sur les modalités de paiement une fois le programme lancé.

Cette facture inclura les frais pour chaque jour de programme, y compris les jours où vous ne recevez pas de soins, comme les week-ends.

## Et si j'ai besoin de faire une pause ?

Vous pouvez prendre jusqu'à 7 jours de pause, notamment pour des activités sociales ou si vous devez retourner à l'hôpital. Cette pause ne changera pas la date de fin de votre programme.

Elle peut se prendre en une seule fois ou en jours scindés. Vous devrez payer des frais durant les jours de pause.

#

# Où trouver de l'aide ?

Votre **gestionnaire de cas** est votre principal contact tout au long du programme, mais vous pouvez également vous adresser à d'autres organisations pour obtenir différents types de soutien.

## Informations et soutien relatifs aux services de soins aux personnes âgées

**My Aged Care**

1800 200 422

 Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h

Le samedi de 10 h à 14 h

 [www.myagedcare.gov.au](http://www.myagedcare.gov.au)

## Pour les personnes sourdes et qui ont des troubles de l'audition ou de la parole au téléphone

**Service national de relais (National Relay Service, NRS)**

13 36 77

## Réclamations, questions et commentaires relatifs au programme

**Bureau du Commissaire des réclamations en lien avec la santé**

 1300 582 113

 [hcc.vic.gov.au](https://hcc.vic.gov.au/)

**Commission de la qualité et de la sécurité des soins aux personnes âgées**

 1800 951 822

 [www.agedcarequality.gov.au](http://www.agedcarequality.gov.au/)

## Si vous avez besoin de conseils ou de vous faire représenter

**Ligne nationale de défense des soins aux personnes âgées**

1800 700 600

 [health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap](https://www.health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap)

**Défense des droits des personnes âgées**

 03 6902 3066

 [era.asn.au](https://era.asn.au/)

# Contrat du Programme de soins transitoires (TCP)Droits et responsabilités

##### Informations sur les services du TCP

###### À remplir en lettres majuscules

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bénéficiaire des soins |  | Prestataire des services du TCP |
|  |  |  |

##### Types de soins

###### Cochez 🅇 une seule option.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**An icon of a bed**Soins aux personnes alitées**

|  |
| --- |
| sur les lieux du TCP |
|  |

 |  | ☐An icon of a home**Soins à domicile** |

##### Le bénéficiaire des soins s'engage à :

###### Lisez et cochez 🅇 chaque case.

###### Vous pouvez remplir ce formulaire en tant que bénéficiaire des soins ou en tant que représentant(e) de la personne concernée (par exemple, aide-soignant(e), conjoint(e)).

☐ Participer au programme.

Cela s'applique également si le bénéficiaire est sur liste d'attente pour commencer le TCP.

☐ Comprendre comment ses données seront partagées.

Les données seront partagées avec les professionnels de santé, My Aged Care et le gouvernement.

☐ Connaître ses droits.

Il s'agit entre autres des droits garantis par la Charte des droits des personnes âgées.

☐ Connaître ses responsabilités.

Cela inclut de collaborer avec le gestionnaire de cas pour élaborer un programme de soins et un plan de sortie.

☐ Comprendre que son prestataire de service ou lui-même peuvent modifier le contrat.

Le prestataire de service et le bénéficiaire des soins doivent convenir de tout changement par écrit.

☐ Comprendre que son prestataire de service ou lui-même peuvent mettre fin au programme à tout moment.

Si le bénéficiaire des soins ou le prestataire de service décide de mettre fin au programme, le gestionnaire de cas peut proposer d'autres options de soins et s'assurer que le délai de préavis est respecté.

# Contrat du Programme de soins transitoires (TCP)Frais et paiements

##### Frais et factures

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vos frais de soins quotidiens |  | Les factures proviendront de |
| $ |  |  |

##### Accord de frais et de paiements

###### Veuillez lire et cocher 🅇 chaque case pour accepter.

###### Vous pouvez remplir ce formulaire en tant que bénéficiaire des soins ou en tant que représentant(e) de la personne concernée (par exemple, aide-soignant(e), conjoint(e)).

☐ Je suis la personne qui paiera les frais du TCP.

☐ Je comprends que des frais quotidiens s'appliquent aux week-ends et aux jours où je pourrais éventuellement ne pas bénéficier des services.

☐ Je suis conscient(e) que je peux demander au gestionnaire de cas de revoir les frais du TCP à tout moment si je ne suis pas en mesure de payer.

☐ Je comprends que les frais ne sont pas pris en charge par Medicare, les complémentaires santé ou le ministère des Anciens Combattants.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pour les soins des personnes alitées uniquement**☐ Je paierai pour tout médicament sur ordonnance dont j'aurai besoin.Vous recevrez des factures pour vos médicaments sur ordonnance durant le programme.☐ Je comprends que le coût des médicaments sera fixé par la pharmacie de mon choix.

|  |
| --- |
| Nom de la pharmacie |
|  |

|  |
| --- |
| Adresse de la pharmacie |
| Numéro et rue |
|  |
| Ville |
|  |
| État et code postal |
|  |

 |

# Contrat du Programme de soins transitoires (TCP)Détails finaux et signature

##### Informations personnelles concernant le payeur

###### À remplir en lettres majuscules

|  |
| --- |
| Prénom(s) et nom de famille |
|  |

######

|  |
| --- |
| Adresse |
| Numéro et rue |
|  |
| Ville |
|  |
| État et code postal |
|  |

######

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro de téléphone |  | Adresse électronique |
|  |  |  |

##### Je souhaite recevoir les factures par :

###### Cochez 🅇 une seule option.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Voie postale** |  | **☐ Voie électronique** |

##### Signature et date

###### Vous pouvez signer en tant que bénéficiaire des soins ou en tant que représentant(e) de la personne concernée (par exemple, aide-soignant(e), conjoint(e)).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signature |  | Date |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Représentant(e)s uniquement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pourquoi la personne bénéficiaire des soins ne peut-elle pas signer ? |  | Qui êtes-vous vis-à-vis du bénéficiaire ?(Par exemple, aide-soignant(e), conjoint(e)) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Témoin (signature) |  | Date |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Contrat rempli avec un membre du personnel (signature / fonction / nom en majuscules) |
|  |