

PLAN DE SOUTIEN

But du plan de soutien

Grâce à un plan de soutien complet et **mis à jour régulièrement**, vous :

- ❖ Assurez une transmission de l'aide et des soins que vous apportez à un proche, via le plan d'urgence au cas où vous ne pourriez soudainement plus effectuer vous-même ces tâches.
- ❖ D'autres personnes disposent ainsi de toutes les informations nécessaires pour assurer une relève. Cela vous décharge et procure plus de sécurité à la personne dont vous prenez soin.
- ❖ Évaluez votre stress dans votre rôle de proche aidant. Cette évaluation pourrait être utile afin de trouver des solutions alternatives pour vous décharger dans votre rôle.

Procédure

- ❖ Complétez le plan d'urgence en page 2. Si la situation le permet, il est conseillé d'impliquer la personne aidée, dont vous vous occupez pour l'établir.
- ❖ Conservez un exemplaire et transmettez une copie à tous les contacts d'urgence, éventuellement à d'autres membres de la famille ou à des amis qui pourraient assurer une relève en cas d'urgence.

Veillez à actualiser régulièrement le plan d'urgence et informez le réseau de tout changement de la situation.

- ❖ Évaluez votre stress en fonction de la grille Mini-Zarit (p.6). En fonction des réponses fournies, des aides peuvent vous être fournies en téléchargeant la brochure disponible sous : <https://www.jura.ch/prochesaidants>. Si vous le souhaitez, informez votre entourage et/ou votre médecin de famille des réponses fournies dans la grille Mini-Zarit.



Plan de soutien – Proche aidant

Coordonnées du/de la proche aidant.e

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

NPA et localité :

Adresse email :

Langue :

Coordonnées du/de la proche aidé.e

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

NPA et localité :

Adresse email :

Langue :

Coordonnées du/de la professionnel.le ayant accompagné le/la proche aidant.e

Nom et prénom :

Organisation :

Adresse :

NPA et localité :

Adresse email :

Langue :

Date à laquelle le plan a été complété :

Carte d'urgence

Autre(s) relation(s) proche(s) aidant.e(s) :

Nom : Prénom :

Téléphone : Email :

Nom : Prénom :

Téléphone : Email :

Médecin de la personne proche aidée :

Organisation :

Nom : Prénom :

Téléphone : Email :

Service de soins à domicile de la personne aidée :

Organisation :

Nom : Prénom :

Téléphone : Email :

Descriptif de la personne aidée

S'il m'arrive quelque chose, j'aimerais que mon.ma remplaçant.e fasse ou sache les choses suivantes :

La personne aidée souffre-t-elle de troubles neurocognitifs de type Alzheimer ou autres troubles apparentés ?

Quelles sont les moyens de communication à utiliser ?

Quelles sont les troubles, maladies ou handicap dont souffre la personne proche aidée ?

La personne aidée a-t-elle des habitudes ou rituels qu'il s'agit de suivre ?

La personne dont je m'occupe a besoin du soutien suivant :

Réponse (oui, non ; précision si nécessaire)

Assistance à plein temps :

Soins professionnels :

Visites régulières :

Alimentation :

Régime alimentaire particulier :

Vue (lunettes) :

Mobilité :

Si oui, précision appareil :

Audition (appareil auditif) :

Si oui, précision côté :

Aide pour manger :

Aller toilettes :

Douche/Bain :

Hygiène des dents :

Prise de médicaments :

Se lever du lit :

Se coucher :

Besoins en repos (sieste) :

Diabète :

Allergies à des médicaments/soins médicaux :

Dispositions existantes

Directives anticipées :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, date de la dernière mise à jour :

Si oui, où trouver ces directives ? :

Plan de traitement :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, date de la dernière mise à jour :

Si oui, ce plan de traitement :

Testament/dernières volontés :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, date de la dernière mise à jour :

Si oui, où trouver ce testament :

Remarques et recommandations générales :

.....
.....

Par ma signature, je confirme accepter que ce plan de soutien soit envoyé aux personnes/organisations mentionnées en page 3.

Lieu et date :

Signature :

Evaluation du stress ressenti par les proches aidant.e.s

Grille Mini-Zarit

Notation : 0 = jamais, ½ = parfois, 1 = souvent

1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :	0	½	1
• des difficultés dans votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Ressentez-vous une charge en vous occupant de la personne proche aidée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interprétation :

0 0.5 1 1.5 2.5 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7



Fardeau absent
ou léger

Fardeau léger à
modéré

Fardeau modéré à
sévère

Fardeau
sévère

En fonction du degré de stress ressenti, la personne proche aidante peut être orientée dans le réseau via la brochure disponible sous : <https://www.jura.ch/prochesaidants>.