



Services de soins personnels Medicaid

Une introduction aux services
de soins personnels Medicaid
par l'ICAN



ICAN
Independent
Consumer Advocacy
Network

Comment utiliser cette brochure

Vous pouvez lire cette brochure de bout en bout si vous n'êtes pas familier avec les services de soins personnels Medicaid.

Vous pouvez également utiliser la table des matières pour passer directement à votre question.

Cette brochure peut contenir des mots nouveaux pour vous. Si vous voyez un mot ou une abréviation que vous ne connaissez pas, vous trouverez sa signification dans le glossaire à la fin de cette brochure.



S'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas ou si vous souhaitez plus d'informations, vous pouvez toujours appeler ICAN au **(844) 614-8800**.

Table des matières

Qu'appelle-t-on activités de la vie quotidienne ?	5
Qu'appelle-t-on services de soins personnels ?	6
Comment puis-je bénéficier des services de soins personnels ?	9
De combien d'heures de soins à domicile vais-je bénéficier ?	16
Qui est responsable de quoi ?	19
Qui peut être mon assistant ?	20
Que dois-je faire si j'ai besoin d'aide supplémentaire ?	22
Est-il nécessaire qu'un membre de ma famille m'aide ?	23
Glossaire	24
ICAN peut vous aider.	26

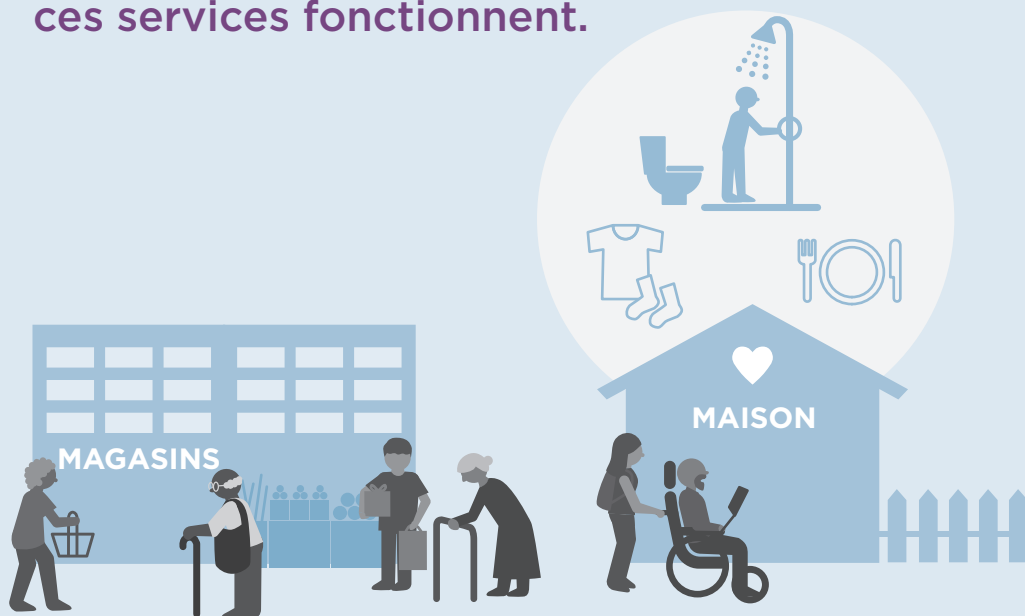


ICAN

Independent
Consumer Advocacy
Network

Certaines personnes âgées ou handicapées peuvent avoir du mal à réaliser certaines activités par elles-mêmes. Parfois, les gens ont besoin d'une autre personne pour les aider dans leurs activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living, ADL).

Les services de soins personnels (Personal Care Services, PCS) sont une prestation Medicaid qui peut fournir ce type d'aide. Cette brochure explique qui peut bénéficier de PCS et comment ces services fonctionnent.



Qu'appelle-t-on activités de la vie quotidienne ?

Les activités de la vie quotidienne sont les choses que vous faites tous les jours dans votre maison et à proximité. Le but des soins à domicile est de vous aider dans ces activités quotidiennes. Il existe deux types d'ADL pour lesquelles un agent de soins à domicile pourrait vous aider : **Niveau 1** et **Niveau 2**.

Les activités de niveau 1 (également appelées ADL instrumentales ou entretien ménager) comprennent :

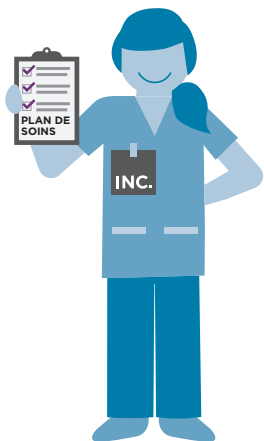
- La lessive
- L'achat de courses
- Les travaux ménagers légers
- La gestion des médicaments
- La cuisine

Les activités de niveau 2 comprennent :

- L'alimentation
- La marche et l'utilisation du fauteuil roulant
- La toilette
- L'habillement
- L'hygiène personnelle
- L'utilisation des toilettes

Qu'appelle-t-on services de soins personnels ?

Si vous avez besoin d'aide pour accomplir vos ADL en toute sécurité, vous pouvez demander à un agent de soins à domicile de venir chez vous pour vous aider dans ces tâches. C'est ce en quoi consistent les PCS. Le travailleur est appelé un **Assistant de soins personnels (Personal Care Aide, PCA)**. Les PCA peuvent aider une personne handicapée à vivre en toute sécurité dans sa propre maison plutôt que dans un établissement médical.



Un PCA n'est pas un infirmier. Il s'agit d'une personne qui a reçu environ 2 à 3 semaines de formation et qui travaille pour une agence de soins à domicile. Un PCA vous accompagne dans les activités incluses dans votre **plan de soins**. Votre plan de soins répertorie toutes les tâches des ADL pour lesquelles vous avez besoin d'aide.

Certaines personnes peuvent avoir besoin d'autres types de soins qu'un assistant de soins n'est pas autorisé à fournir. Cela peut inclure des injections d'insuline, une alimentation par sonde ou d'autres soins médicaux qualifiés. Un assistant de soins peut vous apporter des médicaments dans une boîte à médicaments hebdomadaire

que quelqu'un a remplie pour vous, et peut vous rappeler de les prendre, mais ne peut pas vous mettre une pilule dans la bouche. Si vous avez besoin d'aide pour ce type de tâches, vous pourriez avoir besoin d'autres types de soins à domicile proposés par Medicaid, tels que les soins infirmiers privés ou le programme d'assistance personnelle dirigé par le consommateur (Consumer Directed Personal Assistance Program, CDPAP).

Suis-je éligible aux services de soins personnels ?

Tout le monde n'est pas éligible aux PCS. Pour être éligible, vous devez remplir **toutes** les exigences suivantes. Chaque exigence sera expliquée en détail après la liste.

- ✓ **Autonomie** (ou présence d'une autre personne qui peut diriger les soins) ;
- ✓ **État de santé stable ;**
- ✓ **Capacité à vivre en toute sécurité à la maison avec des soins à domicile ;**
- ✓ **Les services de soins à domicile sont médicalement nécessaires.**

Autonomie

Vous devez être autonome. L'autonomie signifie que vous avez la capacité de faire des choix concernant les ADL, de comprendre l'impact de ces choix et d'assumer la responsabilité des résultats de ces choix. Si vous ne pouvez pas faire ces choses, vous devez demander à quelqu'un que vous connaissez de s'occuper directement de vous.

État de santé stable

Vous devez également avoir un état de santé stable. Cela signifie que votre état de santé ne devrait pas se détériorer ou s'améliorer soudainement et que vous n'avez pas besoin de modifier fréquemment votre plan de soins.

Capacité à vivre en toute sécurité à la maison avec des soins à domicile

S'il n'est pas sûr pour vous de continuer à vivre dans votre maison, même avec l'aide d'un assistant, vous n'êtes peut-être pas éligible aux PCS. Cependant, votre sécurité ne doit pas nécessairement être garantie pour que vous puissiez bénéficier de soins à domicile.

Médicalement nécessaire

Medicaid ne paiera que le montant des services de soins à domicile médicalement nécessaires. Votre plan de soins gérés Medicaid déterminera combien d'heures par semaine de services de soins à domicile sont médicalement nécessaires.

Comment puis-je bénéficier des services de soins personnels ?

La plupart des gens bénéficient de leurs PCS en s'inscrivant à un plan de soins gérés Medicaid.

À propos des plans Medicaid

La plupart des personnes bénéficiant de Medicaid doivent s'inscrire à des plans de soins gérés administrés par des compagnies d'assurance privées. Ces entreprises sont payées par Medicaid pour couvrir tous les soins médicalement nécessaires dans le cadre de leur ensemble d'avantages sociaux. Il existe différents types de plans de soins gérés Medicaid pour différents groupes de personnes. La plupart des personnes bénéficiant de Medicaid participent à un plan de soins gérés Medicaid grand public (MMC) ou à un plan de santé et de rétablissement (HARP). Si vous participez à l'un de ces plans, vous n'avez pas besoin de le modifier pour bénéficier des PCS. Ils font déjà partie de votre ensemble d'avantages sociaux. Ainsi, vous pouvez simplement demander ces services à votre plan.

INC. MMC

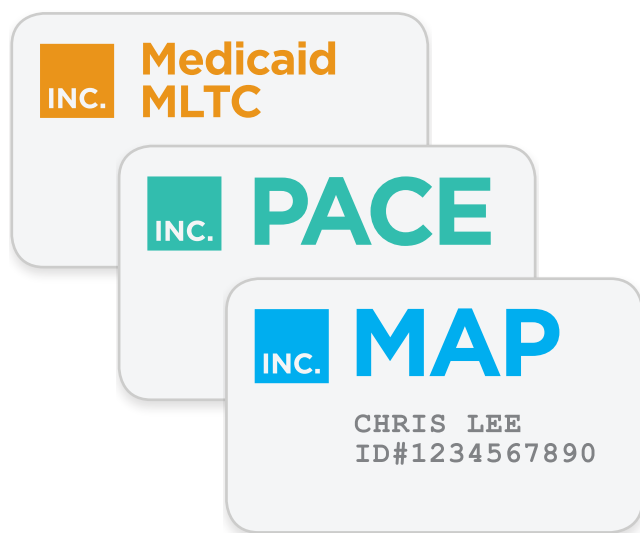
CHRIS LEE
ID#1234567890

INC. HARP

CHRIS LEE
ID#1234567890

Si vous bénéficiez de Medicare, vous avez le choix entre trois types différents de plans pouvant fournir des PCS :

- Soins de longue durée gérés par Medicaid (MLTC)
- Medicaid Advantage Plus (MAP)
- Programmes de soins tout compris pour les personnes âgées (PACE)



Pour en savoir plus sur ces différents plans, consultez notre brochure ***Qu'est-ce que le MLTC ?***.

Pour en savoir plus sur l'inscription au MLTC, consultez notre brochure ***Comment puis-je m'inscrire à un MLTC ?***.

Certaines personnes peuvent également bénéficier d'un PCS sans adhérer à un plan de soins gérés :¹

- Les participants à un programme de dispense, tel que la dispense pour la transition et la déjudiciarisation des maisons de soins infirmiers (Nursing Home Transition and Diversion, NHTD), la dispense pour les traumatismes crâniens (TBI) ou la dispense pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD)
- Les personnes qui reçoivent déjà des services de soins palliatifs
- Les personnes qui ont un besoin immédiat de PCS et qui ne sont pas inscrites à un MMC ou un HARP. Cependant, cela est temporaire. Elles devront éventuellement adhérer à un plan de soins gérés.
- Les personnes bénéficiant de Medicaid, mais pas de Medicare et qui ne sont pas inscrites à un MMC ou un HARP.
- Les personnes âgées de 18 à 21 ans

1. Ce sont les raisons les plus courantes. Appelez ICAN pour voir si d'autres exceptions s'appliquent à votre situation.

Évaluateur indépendant de New York

Pour la plupart des personnes bénéficiant de Medicaid, la première étape pour bénéficier des PCS est de contacter le NYIAP (NY Independent Assessor Program). NYIAP est une entreprise qui travaille pour Medicaid. Elle évalue les personnes bénéficiant de Medicaid pour savoir si elles peuvent être éligibles pour s'inscrire au MLTC ou bénéficier des PCS.

Si vous êtes déjà inscrit à un MMC ou un HARP, vous devez être évalué par NYIAP avant que votre plan n'approuve les PCS. Si vous n'êtes pas inscrit à un MMC ou un HARP, vous devrez être évalué par NYIAP avant de pouvoir vous inscrire à un plan MLTC ou MAP pour bénéficier des PCS. Si vous souhaitez bénéficier des PCS par le biais d'un plan PACE, vous pouvez vous inscrire directement au plan PACE sans passer par NYIAP. Les personnes exclues des soins gérés doivent également être évaluées par NYIAP avant de pouvoir bénéficier des PCS.



Voici les étapes de l'évaluation par NYIAP :

1. **Appelez NYIAP au 855-222-8350.** Ils sont ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 20h00 et le samedi de 10h00 à 18h00.
2. **NYIAP fixera deux rendez-vous avec vous.** Ils peuvent avoir lieu par appel vidéo ou en personne. Pour l'appel vidéo, vous aurez besoin d'un ordinateur, d'un smartphone ou d'une tablette dotés d'une caméra et d'un microphone, ainsi que d'une connexion à Internet.
3. **Évaluation de la santé communautaire (Community Health Assessment, CHA) —** C'est le premier rendez-vous NYIAP. Un(e) infirmier/ère vous posera une longue liste de questions pour connaître votre état de santé et les raisons pour lesquelles vous avez besoin d'aide.
4. **Rendez-vous clinique (Clinical Appointment, CA) —** C'est le second rendez-vous NYIAP. Un médecin ou un(e) infirmier/ère praticien(ne) vous posera une liste plus courte de questions pour savoir si votre état de santé est stable et si vous êtes autonome.
5. **Avis de résultat —** Quelques jours après le second rendez-vous, NYIAP vous enverra un avis vous informant si votre inscription au MLTC est approuvée ou non et si votre état de santé est stable.

Étapes suivantes

Si vous êtes déjà inscrit à un MMC ou un HARP, appelez votre plan dès que vous recevez l'**Avis de résultat**. Ils fixeront un autre rendez-vous pour préparer votre **plan de soins** et déterminer le nombre d'heures de soins à domicile que vous recevrez.



Si vous n'êtes pas encore inscrit à un plan, la prochaine étape pour vous consiste à choisir un plan MLTC, MAP ou PACE. NYIAP et ICAN peuvent vous aider à choisir un plan. Une fois que vous avez choisi un plan, vous devez appeler les responsables de ce plan pour planifier un autre rendez-vous. Ils profiteront ce rendez-vous pour préparer votre plan de soins et déterminer le nombre d'heures de soins à domicile que vous recevrez.

Que faire si ma demande est refusée ?

Il est possible que NYIAP vous envoie un avis de résultat indiquant que vous n'êtes pas éligible pour vous inscrire au MLTC ou bénéficier de soins à domicile. Il est également possible qu'un plan MLTC ne vous permette pas de vous inscrire même si NYIAP vous a approuvé. Dans les deux cas, vous avez le droit de **faire appel** de cette décision. Vous pouvez le faire en demandant une **Audience équitable**. Cela signifie que vous pouvez expliquer au juge pourquoi vous pensez que la décision était erronée. Si le juge est d'accord avec vous, il peut obliger NYIAP ou le plan à modifier sa décision.

Si vous êtes inscrit à un MMC ou un HARP et qu'ils vous refusent des soins à domicile, vous avez également le droit de faire appel. Mais vous devez d'abord faire appel auprès du plan avant de pouvoir demander une audience équitable.

Appelez ICAN pour obtenir de l'aide concernant les appels ou les audiences équitables.

Consultez notre brochure sur **Appels en ce qui concerne les plans de soins gérés Medicaid** pour en savoir plus.



De combien d'heures de soins à domicile vais-je bénéficier ?

Après l'évaluation par NYIAP, le plan de soins gérés Medicaid préparera votre plan de soins et déterminera le nombre d'heures de PCS dont vous avez besoin. Le plan et vous utiliserez les informations de l'évaluation par NYIAP pour préparer votre plan de soins. Le plan doit prendre en compte les tâches pour lesquelles vous avez besoin d'aide, le moment où vous en avez besoin, la fréquence, le temps que cela prend et si ces tâches peuvent être planifiées ou sont imprévisibles. Vous travaillerez avec le plan pour vous assurer que le nombre d'heures approuvé est suffisant pour répondre à tout besoin imprévu ou récurrent, qu'il se produise de jour comme de nuit.

Lorsque vous demandez des soins à domicile aux responsables de votre plan, vous devez être précis. Dites-leur exactement combien d'heures par jour et de jours par semaine vous souhaitez et pourquoi. Il est préférable de le faire par écrit.



Et si j'ai besoin de soins de nuit ?

Très rarement, les gens peuvent avoir besoin de services de soins à domicile durant la nuit. Medicaid ne paie les soins de nuit que si vous avez besoin d'aide pour des tâches telles que faire votre toilette, marcher, vous déplacer (vous lever ou descendre d'une chaise ou d'un lit), vous retourner et vous positionner dans le lit ou vous nourrir. Il existe deux types de soins 24 heures sur 24 : en résidence et en quarts de travail fractionnés.



En résidence : l'assistant en résidence passe 24 heures par jour à votre domicile. L'assistant n'est de garde que 12 heures dans la journée, avec 3 pauses pour les repas. Pendant la nuit, l'assistant devrait pouvoir dormir pendant 8 heures au total, dont 5 heures de sommeil ininterrompu. L'assistant est censé vous aider plusieurs fois pendant la nuit lorsqu'il ne dort pas. Il doit y avoir un espace de couchage séparé dans votre maison si vous souhaitez bénéficier de services en résidence.

Quarts de travail fractionnés (également appelé soins continus) : un assistant travaille pendant les 12 heures de la journée. Un autre assistant travaille pendant les 12 heures de la nuit. C'est ce qu'on appelle un « quart de travail fractionné », car deux assistants se partagent les soins 24 heures sur 24. L'assistant de nuit est en service pendant 12 heures entières et n'est pas autorisé à dormir.

Vous ne pouvez bénéficier de quarts de travail fractionnés que si vos besoins nocturnes sont si fréquents qu'un assistant en résidence ne peut pas bénéficier de 5 heures de sommeil ininterrompu.

Quelles tâches ne sont pas couvertes par les PCS ?

Votre plan n'est tenu que de vous fournir une assistance pour les ADL. Cela signifie qu'il existe certaines tâches pour lesquelles un assistant n'est pas autorisé à vous aider. Votre plan n'approuvera pas les heures pour ces tâches.

Un exemple est la **surveillance de la sécurité**.

La surveillance de la sécurité consiste à s'assurer qu'une personne est en sécurité sans l'aider dans ses ADL. Par exemple, votre plan ne vous fournira pas de PCS pendant une période où vous n'avez pas besoin d'aide pour vos ADL, mais où vous avez juste besoin de quelqu'un pour vous surveiller afin que vous ne fassiez rien de dangereux.

Cependant, un assistant est autorisé à vous aider à effectuer en toute sécurité une ADL, comme marcher ou aller aux toilettes. Cette aide ne doit pas nécessairement être physique ; elle peut aussi être verbale. Par exemple, l'assistant peut vous rappeler d'utiliser votre déambulateur.

Un autre exemple de tâches qui ne sont pas couvertes est la compagnie. Votre plan n'est pas obligé de vous accorder du temps supplémentaire auprès d'un assistant parce que vous ne voulez pas être seul.

Qui est responsable de quoi ?

Il faut toute une équipe pour vous aider à recevoir les soins dont vous avez besoin à domicile. Il est important de connaître les membres de cette équipe et qui est responsable de quoi.



Plan : votre plan détermine la quantité des soins à domicile que vous recevez et paie les services de soins à domicile, l'équipement médical, le transport médical et bien d'autres choses liées à vos soins de longue durée.

Responsable des soins : votre responsable des soins travaille pour votre plan. Le responsable des soins élabore avec vous votre plan de soins et coordonne vos soins. Le responsable des soins est généralement la première personne que vous contactez en cas de problème.

Agence de soins à domicile : votre plan fait appel à une agence de soins à domicile, qui emploie le PCA. L'agence de soins à domicile programme et supervise les assistants. Un coordonnateur vous sera attribué au sein de l'agence. Vous pouvez appeler cette personne en cas de problèmes d'horaires.

Vous : vous êtes responsable d'informer votre plan de toute demande, de tenir votre plan au courant des changements dans votre état de santé, de répondre aux appels de votre plan et de participer aux réévaluations annuelles. Vous pouvez également confier ces responsabilités à un ami de confiance ou à un membre de votre famille.

Qui peut être mon assistant ?

La plupart des personnes qui reçoivent des soins à domicile Medicaid reçoivent un assistant d'une agence de soins à domicile qui travaille avec leur plan de soins gérés Medicaid.

Mais les plans de soins gérés Medicaid financent également un programme qui vous permet de choisir un ami ou un membre de votre famille qui sera payé pour vous aider. C'est ce qu'on appelle le CDPAP.

Les assistants du CDPAP peuvent également effectuer des tâches spéciales, telles que des injections d'insuline, une alimentation par sonde, etc., si vous êtes en mesure de les former à ces tâches. Les assistants habituels ne peuvent pas effectuer ces tâches.

Tout en bénéficiant d'une certaine flexibilité grâce au CDPAP, vous assumerez également des responsabilités que vous n'auriez pas si

vous receviez des soins d'une agence de soins à domicile traditionnelle. Celles-ci incluent le recrutement, la formation, la planification et la supervision des assistants.

Si vous sentez que vous ne pouvez pas assumer ces responsabilités, vous pouvez choisir quelqu'un que vous connaissez pour le faire à votre place, c'est à dire un **représentant désigné**.

Tous les assistants doivent être âgés d'au moins 18 ans et détenir un permis de travail valide aux États-Unis.

L'assistant du CDPAP peut être votre enfant (s'il est âgé d'au moins 18 ans), un autre membre de votre famille, un ami ou une personne que vous embauchez. Mais ne peuvent pas être assistants du CDPAP :

- Votre conjoint(e)
- Votre parent (si vous êtes un enfant de moins de 21 ans)
- Votre représentant désigné (voir la définition ci-dessus) — si vous avez besoin d'une autre personne pour diriger vos soins, cette personne ne peut également pas être votre assistant du CDPAP. Avoir une procuration en matière de soins de santé ne fait pas automatiquement de quelqu'un votre représentant désigné.

Que dois-je faire si j'ai besoin d'aide supplémentaire ?

Si vous estimez que vous avez besoin de plus d'heures de PCS, d'un certain type d'équipement ou de tout autre élément lié à vos besoins en soins de longue durée, vous pouvez en faire la demande à votre **Responsable des soins**.

Le plan doit vous envoyer un avis écrit avec sa décision. S'il refuse ou approuve partiellement votre demande, cet avis est appelé une **Décision initiale défavorable** ou un **Avis de détermination de la couverture**.

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de votre plan, vous pouvez faire appel.

ICAN a une autre brochure intitulée ***Appels en ce qui concerne les plans de soins gérés***, qui contient encore plus de détails sur le processus d'appel dans votre plan.



Est-il nécessaire qu'un membre de ma famille m'aide ?

Ce n'est pas parce que votre famille vous soutient ou vit avec vous qu'elle doit nécessairement vous aider dans vos ADL.

Certaines personnes souhaitent qu'une partie de leurs soins soit assurée par un assistant et le reste de leurs soins par un membre de leur famille. Les soins fournis par le membre de la famille doivent être volontaires. Votre plan ne peut pas obliger le membre de la famille à assurer ces soins.

Si le membre de la famille ne peut plus assurer ces soins à tout moment, vous pouvez demander une aide supplémentaire à votre plan.

Des questions ? Si vous avez besoin d'aide pour comprendre quoi que ce soit dans cette brochure, vous pouvez appeler ICAN pour obtenir de l'aide au **(844) 614-8800**. Consultez la dernière page de cette brochure pour savoir comment ICAN peut vous aider et comment nous contacter.

Glossaire

ADL – Activités de la vie quotidienne. Ce sont les choses que vous faites quotidiennement dans votre maison ou à proximité.

CA – Rendez-vous clinique. Il s'agit de la seconde partie de l'évaluation NYIAP, au cours de laquelle un professionnel de la santé détermine si votre état de santé est stable.

CDPAP – Programme d'assistance personnelle dirigé par le consommateur. Il s'agit d'un type de soins à domicile dans lequel vous choisissez un ami ou un membre de votre famille qui sera payé pour vous aider.

CHA – Évaluation de la santé communautaire. Il s'agit de la première partie de l'évaluation NYIAP, au cours de laquelle une infirmière vous pose des questions sur la façon dont vous effectuez vos activités quotidiennes.

HARP – Plan de santé et de rétablissement. Il s'agit d'un type de plan destiné aux bénéficiaires de Medicaid qui ont de graves besoins en matière de santé mentale ou de toxicomanie.

MAP – Medicaid Advantage Plus. Il s'agit d'un plan de santé qui comprend tous les services Medicare et Medicaid ainsi que les soins à domicile.

MLTC – Soins de longue durée gérés. C'est le type de plan destiné aux bénéficiaires de Medicaid qui bénéficient également de Medicare et ont besoin de services de soins de longue durée.

MMC – Soins gérés Medicaid. C'est le type de plan dont bénéficient la plupart des bénéficiaires de Medicaid s'ils ne bénéficient pas de Medicare.

NYIAP – Programme d'experts indépendants de New York. NYIAP est le programme qui évalue les personnes pour savoir si elles peuvent s'inscrire au MLTC ou bénéficier de soins à domicile.

PACE – Programme de soins tout compris pour les personnes âgées. Il s'agit d'un type de plan de santé qui comprend tous les services Medicare et Medicaid ainsi que les soins à domicile. Dans le cadre du PACE, vous recevrez une grande partie de vos soins dans un centre de votre communauté.

PCA – Assistant de soins personnels. C'est l'agent qui fournit les PCS.

PCS – Services de soins personnels. Un service dans lequel un agent se déplace à votre domicile pour vous aider dans vos ADL.

ICAN peut vous aider.

Nous pouvons :

- **Répondre à vos questions** sur les services de soins personnels.
- **Vous donner des conseils** sur les options de votre plan.
- **Identifier et résoudre les problèmes** liés à votre plan.
- **Vous aider à comprendre vos droits.**
- **Vous aider à déposer des plaintes et/ou des griefs** si vous êtes contrarié par l'action d'un plan.
- **Vous aider à faire appel d'une action avec laquelle vous n'êtes pas d'accord.**

Appelez le **844-614-8800**.

Si vous avez des troubles auditifs et/ou d'élocution, vous pouvez faire appel au service NY Relay en composant le **711**.

Envoyez un courriel à **ICAN@cssny.org**.



PAR
TÉLÉPHONE



EXPLIQUER



RENCONTRER

ICAN peut
vous aider.



SUR PAPIER



EN PERSONNE



TRADUIRE



Il vous sera peut-être utile de lire les autres brochures d'ICAN :

- ***Obtenez de l'aide pour les soins de longue durée Medicaid***
- ***Comment puis-je m'inscrire au MLTC ?***
- ***Qu'est-ce que le MLTC ?***
- ***Appels en ce qui concerne les plans de soins gérés Medicaid***
- ***Plans de santé et de rétablissement (HARP)***
- ***Un plan pour moi (FIDA-IDD)***

Scannez le code ci-dessus pour ouvrir la bibliothèque En savoir plus d'ICAN dans votre navigateur Web. Ou appelez-nous et nous pourrons vous envoyer des copies imprimées.



ICAN

**Independent
Consumer Advocacy
Network**

633 Third Ave.
New York, NY 10017
(212) 254-8900
cssny.org

(844) 614-8800
icannys.org

ICAN est un programme de la Community Service Society de New York (CSSNY), financé par l'État de New York. Les opinions, résultats, constatations et/ou interprétations des données contenues dans cette brochure relèvent de la responsabilité de la CSSNY et ne représentent pas nécessairement les opinions, interprétations ou politiques de l'État. Mis à jour en octobre 2023.