

CADRE DE RÉFÉRENCE

Protection du majeur inapte



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES



Le cadre de référence pour la protection du majeur inapte a été élaboré sous la Direction des programmes sociaux (DPS) et la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires (DSPSM)

Comité de révision – version 2018

Isabelle Gingras	Psychoéducatrice, Centre de santé Lebel
Annick Leblanc	Agente de planification, de programmation et de recherche
Suzie Potvin	Travailleuse sociale professionnelle, Centre de santé de Chibougamau

Révision linguistique et secrétariat – version 2018

Véronique Ouellet	Adjointe administrative à la Direction des programmes sociaux
-------------------	---

Version 2014

Rédaction

Carolle Bouchard	Travailleuse sociale professionnelle, Centre de santé René-Ricard
Annick Leblanc	Agente de planification, de programmation et de recherche
Suzie Potvin	Travailleuse sociale professionnelle, centre de santé de Chibougamau

Comité de travail

Carolle Bouchard	Travailleuse sociale professionnelle, centre de santé René-Ricard
Renée Chassé	Chef des programmes, Centre de santé Lebel
Danielle Desjardins	Adjointe aux services sociaux
Steve Deschênes	Chef des programmes, Centre de santé de Chibougamau
Jean Lemoyne	Directeur des affaires médicales, sociales et des services professionnels
Luc Néron	Directeur des services à la clientèle – secteur est
Suzie Potvin	Chef d'équipe psychosociale en soutien à domicile, Centre de santé de Chibougamau

Lecture de la première phase des travaux

Yannick Bernier	Agent de planification, de programmation et de recherche
Pauline Blanchette	Travailleuse sociale professionnelle, Centre de santé de Chibougamau
Nathalie Boisvert	Directrice de la qualité, des risques et des ressources informationnelles
Geneviève Lacroix	Coordonnatrice régionale en matière de maltraitance envers les personnes âgées

Révision linguistique et secrétariat

Jessica Caron	Agente administrative, DAMSSP
---------------	-------------------------------

Version mise à jour et diffusée en juillet 2018

Cadre de référence accepté par le comité de direction (CODIR) du CRSSS de la Baie-James, le 17 décembre 2014.
La version électronique du document est disponible à l'adresse www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca, section publications.

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

*** Les images, en couverture, proviennent du *Guide de référence du Curateur public du Québec* à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux, version 2010.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CADRE JURIDIQUE	2
PRINCIPES DIRECTEURS	3
CHAMPS D'APPLICATION	3
DÉFINITIONS	4
STRUCTURE FONCTIONNELLE	6
RESPONSABILITÉS	8
LE CONSENTEMENT AUX SOINS	15
Évaluation de l'aptitude de la personne à consentir aux soins	15
Requête pour autorisation de soins ou d'hébergement	17
ALGORITHME D'INTERVENTION DANS LE CADRE D'UN CONSENTEMENT AUX SOINS	19
L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT DE PROTECTION	23
Information concernant l'existence d'un mandat	23
Vérification concernant l'existence d'un mandat	23
Demande d'évaluation de l'utilisateur	23
En cas d'exécution inadéquate du mandat	24
ALGORITHME D'INTERVENTION POUR L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT DE PROTECTION	25
DEMANDE D'OUVERTURE D'UN RÉGIME DE PROTECTION	29
Ouverture d'un régime de protection	29
Demande d'évaluation de l'utilisateur pour un régime de protection	29
Demande d'évaluation	29
La personne-ressource	29
Cheminement du rapport	30
Cheminement des copies du rapport – régime de protection privé	30
Cheminement des copies du rapport – régime de protection public	30
Avis à un proche	31
ALGORITHME D'INTERVENTION POUR UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UN RÉGIME DE PROTECTION	33
RÉÉVALUATION DE L'INAPTITUDE DU MAJEUR	37
Réévaluation requise par le Curateur public	37

Réévaluation requise par le représentant légal de l'utilisateur _____	37
Réévaluation requise en cas de cessation d'incapacité de l'utilisateur _____	37
Rapport de réévaluation _____	37
ALGORITHME D'INTERVENTION POUR UNE RÉÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DU MAJEUR _____	41
ANNEXES _____	43
À quoi se référer, dans la pratique ? _____	44
ANNEXE 1 _____	47
Le consentement aux soins _____	47
ANNEXE 2 _____	69
Le mandat de protection – demande pour homologation _____	69
ANNEXE 3 _____	73
Évaluation / réévaluation du majeur _____	73
ANNEXE 4 _____	85
La représentation publique et les interventions du Curateur public _____	85
ANNEXE 5 _____	89
Les signalements _____	89
ANNEXE 6 _____	93
L'administration par un tiers _____	93
BIBLIOGRAPHIE _____	95

Vous voulez vérifier si une personne est représentée ?

Le Curateur public, tel que la loi le dicte, tient à jour trois registres sur les tutelles au mineur, les tutelles et les curatelles au majeur et, enfin, les mandats de protection homologués. La section des registres est une des perles cachées du site Web du Curateur public.

Registres des régimes de protection - Protection des majeurs
incapables - Le Curateur public du Québec

ACRONYMES

APAA

Assemblée de parents, d'amis ou d'alliés

C.c.Q

Code civil du Québec

CHSLD

Centre hospitalier de soins de longue durée

CPQ

Curateur public du Québec

CRSSS de la Baie-James

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

CNESST

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

DG

Directeur général

DSPSM

Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires

IVAC

Indemnisation des victimes d'actes criminels

LSSS

Loi sur les services de santé et les services sociaux

L.R.Q

Lois refondues du Québec

MTESS

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

OTSTCFQ

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

PDG

Président-directeur général

PI

Plan d'intervention

PSI

Plan de services individualisé

RRQ

Régime de rentes du Québec

RSSS

Réseau de la santé et des services sociaux

SAAQ

Société de l'assurance automobile du Québec

SHQ

Société d'habitation du Québec

INTRODUCTION

En tant qu'établissement, nous avons pour fonction d'assurer une prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes. Veiller à la santé et au bien-être de notre population est notre mission première.

Au cours d'une vie, des circonstances telles une maladie mentale ou une maladie dégénérative, un accident vasculaire cérébral, une déficience intellectuelle, un traumatisme crânien ou un affaiblissement dû à l'âge peuvent altérer les facultés mentales ou l'aptitude physique à exprimer sa volonté. Des personnes sont donc vulnérables et peuvent requérir du soutien pour prendre soin de leur personne et/ou pour administrer leurs biens.

En étant auprès de la clientèle, nous avons à nous assurer d'un consentement libre et éclairé face aux soins et services que nous proposons. Comment s'assurer du respect de leurs droits, de leur volonté, de leur capacité? Tant de questions émanent de notre pratique quotidienne. Relater l'incapacité d'une personne demeure une responsabilité de tous professionnels ou médecins œuvrant au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSS de la Baie-James). Chaque usager doit donc faire l'objet d'une analyse rigoureuse de sa situation personnelle.

Qu'il s'agisse de consentements aux soins, de mesures alternatives pour veiller à la protection d'une personne ou ultimement, recommander la mise en place d'un régime de protection, les façons de faire sont édictées par un ensemble de lois.

Ce cadre de référence précise donc la marche à suivre pour :

- Le consentement aux soins et les requêtes au tribunal pour ordonnance de soins ou d'hébergement;
- L'obtention d'un consentement substitué;
- L'homologation d'un mandat donné dans l'éventualité de l'incapacité (mandat de protection);
- La demande d'ouverture d'un régime de protection;
- La réévaluation de l'incapacité du majeur.

Ainsi, notre organisation se dote de procédures et détermine les rôles de chacun. Le tout dans le respect des droits de la personne et de notre responsabilité organisationnelle.

Bonne lecture !

Annick Leblanc

Agente de planification, de programmation et de recherche
Répondante pour le volet psychosocial

CADRE JURIDIQUE

Le cadre de référence sur la protection de majeur inapte vise à :

- Assurer un traitement respectueux des droits de tout majeur inapte à consentir ou, plus généralement, à prendre soin de sa personne ou à administrer ses biens;
- Assurer, en conséquence, l'application des obligations imparties à un établissement de santé et de services sociaux et plus précisément, à son directeur général en vertu du *Code civil du Québec*.

En tenant compte du cadre légal prescrit en matière de consentement aux soins, du mandat donné dans l'éventualité de l'incapacité du mandant ainsi que des régimes de protection, le présent cadre de référence poursuit les objectifs suivants :

- Préciser la démarche à suivre à compter du signalement de l'incapacité d'un usager jusqu'à la rédaction et la communication de tout rapport que le directeur général ou son délégué doit effectuer conformément à la loi¹;
- Définir, en conséquence, les principaux champs de responsabilité et d'intervention du personnel ou des médecins qui pratiquent dans l'établissement en vue d'assurer une application juste et ordonnée de la loi.

En matière de protection d'un majeur inapte, le *Code civil du Québec* détermine les règles en matière de :

- Consentement substitué aux soins requis par l'état de santé d'un majeur inapte;
- Mandat de protection donné dans l'éventualité de l'incapacité d'une personne majeure;
- Régimes de protection établis par le tribunal lorsqu'un majeur inapte a besoin d'être représenté dans l'exercice de ses droits civils.

De cette loi générale qu'est le *Code civil du Québec* découle une responsabilité des établissements de santé dans l'atteinte des objectifs poursuivis. Entre autres, il importe de réaliser un équilibre entre la nécessité d'assurer une protection appropriée à des personnes incapables et un respect tout aussi impérieux de leur volonté et de leur autonomie. Il y va du respect de la personne humaine.

Aussi, l'adoption d'un cadre de référence, qui assure en cette matière une application concertée du *Code civil du Québec* dans notre établissement, apparaît dès lors s'imposer de lui-même : il fait appel, par-delà nos attributions professionnelles ou administratives, à un traitement à la fois juste et sensible aux droits fondamentaux de chaque usager de nos services. Sa garantie de succès repose essentiellement sur un engagement éthique des différentes catégories de professionnels travaillant dans l'établissement.

De plus, autant la protection des personnes est importante, autant le geste d'entreprendre une démarche pouvant mener à une restriction des droits civils d'une personne est plein de conséquences et dans cette optique, de multiples précautions doivent être envisagées.

¹ L.R.Q. S-4.2, C-81. Au CRSSS de la Baie-James, on pourra se référer en particulier au règlement de régie interne, notamment à l'article 12.3.

PRINCIPES DIRECTEURS

En lien avec l'esprit de la loi, le code d'éthique de l'établissement et le respect des droits des usagers, les principes directeurs suivants guident l'intervention :

- Le majeur inapte doit être traité avec toute la dignité requise pour assurer le respect de ses droits;
- Le signalement de l'incapacité d'une personne qui aurait besoin d'être assistée ou représentée dans l'exercice de ses droits est de l'ordre d'une responsabilité collective et individuelle partagée par tous les professionnels qui pratiquent au CRSSS de la Baie-James;
- Les demandes d'ouverture d'un régime de protection, de quelque nature que ce soit (tutelle ou curatelle publique, tutelle ou curatelle privée, mandat de protection), doivent être traitées avec diligence pour éviter tout préjudice à la personne ayant besoin de protection;
- À moins de situations exceptionnelles, les membres de la famille de la personne présumée inapte sont les personnes privilégiées pour agir en matière de protection du majeur inapte.

CHAMPS D'APPLICATION

La clientèle visée

Toute personne majeure (18 ans et plus) admise ou inscrite au CRSSS de la Baie-James dont l'incapacité à consentir aux soins ou, plus généralement, à prendre soin de sa personne ou à administrer ses biens est observée au cours d'une relation professionnelle ou autre avec celle-ci.

Toute personne résidant sur le territoire de desserte de l'établissement pour laquelle une requête nous est adressée dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection ou d'homologation de mandat. Il est entendu que cette requête doit être faite selon les règles et dispositions en vigueur dans le *Code civil du Québec* et dans la Loi sur le Curateur public. Dans ce cas, un dossier devra être ouvert en bonne et due forme, si tel dossier n'a pas été antérieurement ouvert pour obtenir d'autres services.

Les professionnels visés

Tout professionnel de la santé et des services sociaux pratiquant dans l'établissement, y compris les médecins, dentistes et pharmaciens y jouissant d'un statut.

Tout professionnel pratiquant dans l'établissement qui observe une condition chez un usager mettant en péril sa capacité de consentir à des soins ou à prendre soin de lui-même ou de ses biens doit consigner le tout au dossier et ainsi permettre le déclenchement des démarches prévues et décrites dans ce cadre de référence.

Toutefois, seuls les travailleurs sociaux ou les personnes autorisées selon le Code des professions peuvent procéder à l'évaluation psychosociale relative aux mesures de protection, conformément à la loi 28 – *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*.

DÉFINITIONS

Dans le présent cadre de référence, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions et mots suivants signifient :

Chef des programmes désigné

Gestionnaire désigné pour le cheminement des demandes d'évaluation psychosociale, ayant pour fonction de désigner un travailleur social et de valider que les rapports produits sont complets.

Conseil de tutelle

Personnes nommées par le tribunal, sur la recommandation d'une assemblée de parents (proches ou amis) de la personne placée sous tutelle ou sous curatelle, afin de s'assurer de la saine gestion des responsabilités du tuteur ou curateur privé.

Conseiller à la personne

Personne nommée par le tribunal pour assister ou conseiller une personne majeure dans l'administration de ses biens, malgré que celle-ci soit généralement ou habituellement apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens. Toutefois, le conseiller au majeur ne représente pas la personne qui a besoin de conseil, dans le sens qu'il ne peut signer de contrat à sa place et n'est pas responsable de son bien-être.

Curatelle

Régime de protection pour les personnes dont l'incapacité a été reconnue comme étant totale et permanente.

Curateur privé

Personne nommée par le tribunal pour représenter une personne majeure dont l'incapacité à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens est totale et permanente; cette personne doit rendre des comptes annuellement au conseil de tutelle et au Curateur public.

Curateur public

Personne nommée par le gouvernement en vertu de la Loi sur le Curateur public. Elle peut être désignée par le tribunal pour agir à titre de tuteur ou curateur au majeur placé sous un régime de protection.

Établissement

À moins qu'il ne soit spécifié autrement, il s'agit du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Homologation

Procédure judiciaire pour reconnaître qu'une personne est inapte, que son mandat en prévision de l'incapacité est valide et que son mandataire peut commencer à exercer ses fonctions.

Incapacité

Une personne est inapte lorsqu'elle est incapable de prendre soin d'elle-même ou d'administrer ses biens et qu'elle a besoin d'être assistée dans l'exercice de ses droits civils.

Mainlevée

Mesure qui met fin à un régime de protection comme : une curatelle, une tutelle ou une mesure de placement².

Mandant

Personne qui donne un mandat à une autre (le mandataire).

² BRAUDO, Serge, *Dictionnaire du droit privé de Serge Braudo*, [en ligne], 1996-2011, [www.dictionnaire-juridique.com/definition/mainlevee.php] (Consulté le 15 février 2011 et 29 octobre 2014).

Mandat de protection (auparavant nommé mandat en prévision de l'incapacité)

Document dans lequel une personne majeure nomme un ou des mandataires afin de prendre soin d'elle-même et d'administrer ses biens, par suite notamment d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales ou corporelles.

Mandataire

Une personne majeure peut confier à une ou plusieurs autres personnes (que l'on désigne mandataire(s)) la responsabilité de prendre soin d'elle ou d'administrer ses biens si elle devenait incapable de le faire elle-même.

Deux conditions sont nécessaires pour que le mandat soit *exécutoire* :

1. L'incapacité du majeur est constatée par des évaluations médicales et psychosociales ;
2. Le mandataire fait autoriser la mise à exécution du mandat par le tribunal.

C'est seulement suite au jugement du tribunal que le mandataire peut exercer le ou les rôles qui lui sont confiés par le majeur.

Personne ayant besoin de représentation ou besoin d'être représentée

Personne qui a besoin de protection en raison de son isolement, de la durée prévisible de son incapacité, de la nature ou de l'état de ses affaires ou en raison du fait qu'aucun mandataire désigné par elle ou autre personne significative n'assure déjà une assistance ou une représentation adéquate.

Personne inapte

Personne inapte à consentir aux soins ou personne ayant un mandataire, un tuteur ou un curateur.

Régimes de protection

La tutelle, la curatelle ou le conseiller à la personne

Représentant légal

Le mandataire, le tuteur ou le Curateur public.

Tuteur

Personne nommée par le tribunal pour représenter une personne majeure dont l'incapacité à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens est partielle ou temporaire.

Tutelle

Régime de protection pour les personnes dont l'incapacité a été reconnu comme étant partielle ou temporaire.

Usager admis

Personne hébergée dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Usager inscrit

Personne qui reçoit des services de l'établissement et qui ne répond pas à la définition de « usager admis ».

STRUCTURE FONCTIONNELLE

Président-directeur général

Comme stipulé dans les dispositions en provenance du bureau du Curateur public et la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le président-directeur général s'assure de l'application du présent cadre de référence. Comme prévu au Règlement de régie interne du CRSSS de la Baie-James, le président-directeur général ou le directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires, pour ce dernier strictement aux fins d'accomplir les fonctions qui lui sont dévolues pour les régimes de protection des personnes inaptes et de mandat de protection (L.R.Q. S-4.2, articles 204 et 204.1), est autorisé à instituer pour l'établissement toute procédure judiciaire ou à répondre en son nom à de telles procédures et à signer tous les actes nécessaires, soit personnellement, soit par l'intermédiaire d'un procureur (article 12.3).

Directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires

Comme stipulé dans les dispositions en provenance du bureau du Curateur public, le directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires est la seule personne, outre le président-directeur général, désignée pour signer en son nom les documents du Curateur public pour lesquels la signature du président-directeur général est requise.

- S'assure de l'application des composantes du cadre de référence;
- Reçoit les demandes venant du mandataire désigné ou de son procureur (avocat ou notaire) pour une évaluation médicale et psychosociale aux fins de l'homologation d'un mandat;
- Reçoit les demandes d'évaluation et de réévaluation de tutelle et de curatelle;
- S'assure du bon cheminement et du traitement avec diligence de toute demande d'évaluation adressée à l'établissement;
- S'assure de la transmission de tout document officiel, dont l'évaluation médicale et psychosociale ou tout autre rapport concernant un usager inapte, auprès des instances concernées;
- Assure un suivi auprès du demandeur (ex. : notaire), pour s'assurer de l'ouverture du régime de protection initiée par un proche.

Directrice des programmes sociaux

- Est l'interlocuteur privilégié de la personne-ressource et du répondant du Curateur public;
- Reçoit et assure le suivi des recommandations du MSSS communiquées par la direction générale;
- Répondant auprès du MSSS des questions relatives à la qualité des services offerts par notre établissement aux personnes sous régime de protection;
- Favorise une meilleure connaissance et une compréhension respective des rôles et responsabilités du Curateur public et du RSSS;
- Intervient auprès des centres de santé pour les accompagner dans les recherches de solutions aux problématiques locales et régionales rencontrées par le Curateur public (clarification des offres de services, accès à des plans de services, etc.).

Agent de planification, de programmation et de recherche

- Contribue à la diffusion de renseignements sur les pratiques, procédures et règles de fonctionnement du Curateur public et veille à la mise à jour du présent cadre de référence;
- Assure le suivi du registre des personnes sous régimes de protection (public ou privé) et la planification des réévaluations s'y rattachant;
- Transmet au greffe du tribunal les documents requis dans le cas d'une modification ou de la fin du régime de protection actuel, ou d'une demande de cessation des effets d'un mandat.

Personne-ressource (personne désignée dans notre établissement)

- Rôle de référence et d'agent multiplicateur en interaction avec les intervenants et la DSPSM;
- Soutien et accompagnement des intervenants dans l'exercice de leurs responsabilités envers les personnes représentées par le Curateur public ou en besoin de protection (consultation clinique, transfert d'expertise, identification d'un besoin de protection, requêtes en garde ou en soins, etc.);
- Assure une communication efficace entre la direction territoriale du Curateur public et les centres de santé (lors d'intervention en matière de signalement du Curateur public, analyse de certains cas particuliers, dans les cas de problématiques locales et de litiges, etc.);
- Sur le plan administratif, applique les procédures relatives aux régimes de protection.

RESPONSABILITÉS

Les façons de faire décrites permettent d'assurer que les droits des usagers et les lois en vigueur seront respectés. De plus, cela est en conformité aux obligations imparties à un établissement de santé et de services sociaux.

Professionnel de la santé et des services sociaux

- Relate les situations où il questionne l'aptitude d'un usager à consentir, en informe le médecin traitant et le consigne au dossier;
- Déclare les personnes inaptes auprès du chef des programmes désigné;
- S'assure qu'un consentement substitué soit donné avant de prodiguer des soins ou fournir des services à une personne inapte;
- S'implique à la mise en place de stratégies d'intervention pour sensibiliser la personne à l'importance de recevoir les soins requis à sa situation en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle;
- Informe l'usager des soins ou traitements qu'il compte lui prodiguer;
- Informe le médecin traitant si quelques difficultés ou controverses se présentent dans l'obtention du consentement requis et consigne l'information au dossier;
- Consigne les coordonnées du mandataire au dossier de l'usager, lorsqu'il est informé de l'existence d'un mandat de protection;
- Informe le médecin traitant des situations où il juge que l'exécution du mandat est inadéquate et consigne l'information au dossier de l'usager;
- Informe le médecin traitant, lorsqu'il juge qu'un usager a cessé d'être inapte.

Médecin traitant

- Confirme ou infirme l'inaptitude d'un usager par un examen médical approprié et consigne l'information au dossier de l'usager;
- Déclare les personnes inaptes auprès du chef des programmes désigné;
- Fournit toutes les informations nécessaires pour l'obtention d'un consentement libre et éclairé;
- S'implique à la mise en place de stratégies d'intervention pour sensibiliser la personne à l'importance de recevoir les soins requis à sa situation en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle;
- Informe l'usager des soins ou traitements qu'il compte lui prodiguer;
- Convient avec le chef des programmes désigné de l'action à prendre en cas de difficulté ou controverse, dans l'obtention du consentement requis;
- Pour toute personne qu'il juge inapte à prendre globalement soin de sa personne ou à administrer ses biens, il vérifie au dossier de l'usager ou auprès d'un proche parent de celui-ci, s'il existe un mandat de protection donné dans l'éventualité de son inaptitude;
- Évalue les signalements en cas de cessation de l'inaptitude;
- Pour les ordonnances de soins et de traitement obtenues du tribunal, il évalue la pertinence de demander un renouvellement, trois mois avant l'expiration du jugement.

Dans le cas d'une demande d'autorisation de soins ou d'hébergement du tribunal, le médecin:

- Le médecin informe systématiquement le chef des programmes désigné et le directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires qu'une telle démarche est entreprise;
- Il complète son rapport médical, incluant les éléments de l'aide-mémoire (voir annexe 1);
- Corrige son rapport, suite aux recommandations du contentieux, dans un délai de 48 heures ouvrables;
- S'assure du dépôt de son rapport au dossier de l'usager, par les archives;

- Achemine son rapport à la Direction générale;
- Collabore avec les services juridiques désignés par l'établissement;
- Est disponible afin de prêter serment, lors de la présentation de la requête;
- Est disponible pour témoigner devant le tribunal.

Chef des programmes désigné

- S'assure de l'application du présent cadre de référence;
- Reçoit, de la DSPSM, les demandes psychosociales aux fins d'évaluation, de réévaluation ou d'homologation de mandat de protection;
- S'assure que les évaluations soient remplies par les professionnels concernés;
- Vérifie la conformité de tout document à être transmis aux différentes instances en matière de protection d'un majeur inapte ou susceptible de l'être;
- Expédie, sous pli confidentiel, les évaluations à la DSPSM. S'il s'agit d'une requête pour ordonnance de soins ou d'hébergement, les évaluations sont remises à la Direction générale et à la DSPSM;
- Veille à ce que les réévaluations de régimes de protection soient effectuées dans les délais prescrits par la Loi.

Travailleur social ou personnes autorisées selon le Code des professions

« L'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat de protection donné en prévision de l'incapacité du mandant, en vue de formuler une recommandation au tribunal, est réservée au travailleur social ou aux personnes autorisées selon le Code des professions³. »

- S'assure de l'application du présent cadre de référence;
- Convient avec le médecin traitant de l'action à prendre en cas de difficulté ou controverse dans l'obtention du consentement requis;
- Doit être interpellé par le chef des programmes désigné et le médecin traitant pour tenter une conciliation entre les parties ou pour voir à ce que les procédures soient prises pour obtenir l'autorisation du tribunal dans les cas de difficulté ou controverse dans l'obtention du consentement requis. Si une requête doit être déposée au tribunal, il peut avoir à produire une évaluation psychosociale et, selon le besoin, avoir à :
 - Collaborer avec les services juridiques désignés par l'établissement;
 - Être disponible afin de prêter serment lors de la présentation de la requête;
 - Être disponible pour témoigner devant le tribunal.
- Reçoit les demandes du médecin traitant pour vérifier la présence d'un mandat de protection;
- Réalise et complète l'évaluation psychosociale pour la demande d'ouverture ou de réévaluation de régimes de protection et pour l'homologation de mandat de protection;
- Dépose une photocopie des évaluations au dossier de l'usager, ainsi que toutes les pièces documentant la demande (ex. : demande d'évaluation par le notaire, copie du mandat, etc.).

³ Guide explicatif interordres, mai 2012, page 58.

Autres professionnels

Au besoin, d'autres professionnels (ergothérapeute, intervenant psychosocial ou infirmier, par exemple) peuvent contribuer à l'évaluation d'une personne selon leur champ d'exercices ou être appelés à témoigner de la situation d'un usager à la Cour pour une demande d'autorisation de soins ou d'hébergement.

- Complètent une évaluation et la joignent à l'évaluation médicale et psychosociale, à l'attention du chef des programmes désigné;
- Collaborent avec les services juridiques désignés par l'établissement;
- Sont disponibles afin de prêter serment lors de la présentation de la requête;
- Sont disponibles pour témoigner devant le tribunal.

Adjoint au PDG (relations médias, communications et affaires juridiques)

- Assure la coordination entre les intervenants concernés (médecin, travailleur social, chef des programmes et autres) et les services juridiques pour le bon cheminement d'une requête pour autorisation de soins ou d'hébergement;
- Représente l'établissement à la Cour au besoin;
- Achemine le jugement aux archives par la suite.

Agente administrative de la DSPSM

- Reçoit les demandes;
- Prépare les lettres demandant les évaluations/réévaluations médicales et psychosociales et les fait signer par le directeur de la DSPSM ou son absence, par son adjoint;
- Achemine les lettres à l'intention du médecin traitant et du chef des programmes désigné;
- Reçoit les évaluations médicales et psychosociales complétées, pour signature par le directeur de la DSPSM ou le PDG, le cas échéant;
- Prépare l'envoi des rapports aux destinataires visés.

Usager

- Participe aux décisions et aux soins qui le concernent;
- Doit donner son autorisation à communiquer des renseignements qui le concernent lorsqu'il est jugé apte;
- Signe le formulaire réservé à cette fin;
- Peut demander l'ouverture d'un régime de protection.

Représentant légal

- Peut donner un consentement substitué;
- Signe le formulaire réservé à cette fin;
- Adresse une demande de réévaluation au directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires.

Conjoint

- Peut donner un consentement substitué;
- Signe le formulaire réservé à cette fin;
- Peut demander l'ouverture d'un régime de protection.

Proche parent ou personne démontrant un intérêt particulier pour l'utilisateur

- Peut donner un consentement substitué;
- Signe le formulaire réservé à cette fin;
- Peut demander l'ouverture d'un régime de protection.

Mandataire désigné

- Demande, par écrit, une évaluation médicale et psychosociale et y joint une attestation à l'effet qu'il entend demander au tribunal l'homologation du mandat de protection. Il peut déléguer cette tâche à un juriste (ex. : notaire);
- Peut demander l'ouverture d'un régime de protection.

Établissement

- Peut déposer une requête pour autorisation de soins ou d'hébergement au tribunal avec l'autorisation du président-directeur général ou son substitut;
- Peut demander l'ouverture d'un régime de protection.

LE CONSENTEMENT AUX SOINS

LE CONSENTEMENT AUX SOINS⁴

L'aptitude à consentir aux soins se distingue de l'aptitude à prendre soin de sa personne et à administrer ses biens, appréciée lors de l'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat de protection au moyen d'une évaluation médicale et psychosociale. Cela témoigne de la volonté du législateur de soumettre l'aptitude à consentir à des soins à une évaluation différente.

Divers principes légaux sont à respecter⁵, en référence au *Code civil du Québec*. Un outil de référence (dépliant intitulé *Consentements aux soins et à l'hébergement*) a été créé sur la question et est à lire, au préalable, par l'ensemble des médecins et professionnels de notre organisation; le contenu est exposé à l'annexe 1.

Évaluation de l'aptitude de la personne à consentir aux soins

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins [...] ⁶. Le but de l'exigence du consentement est de légitimer toute atteinte à la personne. [...] qu'elle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. L'hébergement et les mesures de contrôle (contention, isolement) sont également considérés comme un soin. Toute personne, même munie d'un régime de protection ou d'un mandat homologué, est présumée apte à consentir.

La capacité à décider doit être vérifiée chaque fois qu'un soin est offert, d'autant que l'aptitude peut fluctuer dans le temps et selon les circonstances. L'aptitude à consentir doit être évaluée à chaque soin, par celui qui donne le soin.

Depuis l'entrée en vigueur (sept. 2012) de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions, différents professionnels sont habilités à décider de l'utilisation des mesures de contrôle : contentions, isolement. Ainsi, ces professionnels devraient évaluer l'aptitude à consentir de la personne à qui ils proposent ces soins⁷.

Les travailleurs sociaux devraient, quant à eux, évaluer l'aptitude à consentir de la personne à qui ils proposent un hébergement.

- Le médecin traitant ou le professionnel qui propose le soin évalue l'aptitude de la personne à consentir ou à refuser les soins, conformément aux principes légaux et aux « critères de la Nouvelle-Écosse » :
 - la personne comprend la nature de sa maladie;
 - la personne comprend la nature et le but du traitement;
 - la personne comprend les risques associés à ce traitement;
 - la personne comprend les risques encourus si elle ne subit pas le traitement;
 - la capacité à consentir de la personne est compromise ou non par la maladie.

⁴ *Le Point*, Le bulletin destiné aux collaborateurs des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et des ressources d'hébergement, Volume 11, Numéro 1, Octobre 2012

⁵ Se référer à l'outil « Prendre une décision avec intégrité » du cadre conceptuel en matière d'éthique du CRSSS de la Baie-James pour guider la réflexion. Il est également possible de faire appel au comité régional d'éthique clinique pour résoudre les incertitudes liées au caractère unique de chaque situation.

⁶ Art. 11 C.c.Q., 1^{er} alinéa

⁷ Curateur public du Québec, *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*, module 3, août 2017

- Si le médecin ou le professionnel convient, à la suite d'une évaluation basée sur ces critères, que l'usager est **apte à consentir**, il note l'information au dossier de l'usager afin de bien documenter la situation.

Le consentement aux soins est donc donné par la personne. Elle peut donc, sciemment, accepter ou refuser le soin. Le médecin ou le professionnel devra donc agir en conséquence : donner les soins à la personne qui accepte et ne pas les donner à la personne qui refuse. Le choix de la personne se doit d'être respecté.

Si la personne est sous régime de protection, il importe d'aviser le représentant légal.

- Si le médecin ou le professionnel convient, à la suite d'une évaluation basée sur les critères de la Nouvelle-Écosse, que l'usager est **inapte à consentir**, il note l'information au dossier de l'usager afin de bien documenter la situation.

Dans la mesure du possible, malgré l'inaptitude à consentir constatée, l'usager est informé des soins ou des traitements qu'on entend lui prodiguer et participe aux décisions et aux soins qui le concernent.

Si l'intéressé est inapte à donner ou refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de **directives médicales anticipées** en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer⁸. Ainsi :

Pour une personne sous régime de protection, il faut **obtenir le consentement auprès du représentant légal (mandataire, tuteur, curateur)**. Deux conclusions sont ensuite possibles :

- L'usager et son représentant légal **acceptent** les soins. Le médecin ou le professionnel peut donc donner les soins.
- Le représentant légal **refuse** ou l'usager **refuse catégoriquement**, une conciliation doit être tentée entre les parties et en dernier recours, si le refus persiste, l'équipe traitante entame les démarches pour une **ordonnance de soins**.

Pour une personne qui n'est pas sous régime de protection, il faut obtenir un **consentement substitué**. Il appartient au médecin traitant ou au professionnel de fournir toutes les informations nécessaires pour l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Il s'adresse alors :

- au conjoint (marié, union civile ou union de fait);
- s'il n'y a pas de conjoint ou si le conjoint est empêché, un proche parent ou une personne démontrant un intérêt particulier pour le majeur (dont le Curateur public, si la personne est isolée).

⁸ Article 11, 2^e alinéa du C.c.Q.

Le professionnel de la santé doit fournir toutes les informations nécessaires, afin que celui qui donne un tel consentement puisse conclure si c'est:

- dans le seul intérêt de la personne;
- bénéfique malgré la gravité de certains effets;
- opportun dans les circonstances;
- sans risques disproportionnés par rapport aux bienfaits escomptés.

Deux conclusions sont ensuite possibles :

- Le conjoint, proche parent ou personne démontrant un intérêt particulier qui consent et l'usager **acceptent** les soins. Le médecin ou le professionnel peut donc donner les soins.
- Le conjoint, proche parent ou personne démontrant un intérêt particulier qui consent **refuse** ou l'usager **refuse catégoriquement**, une conciliation doit être tentée entre les parties. En dernier recours, si le refus persiste, l'équipe traitante entame les démarches pour une **ordonnance de soins**.

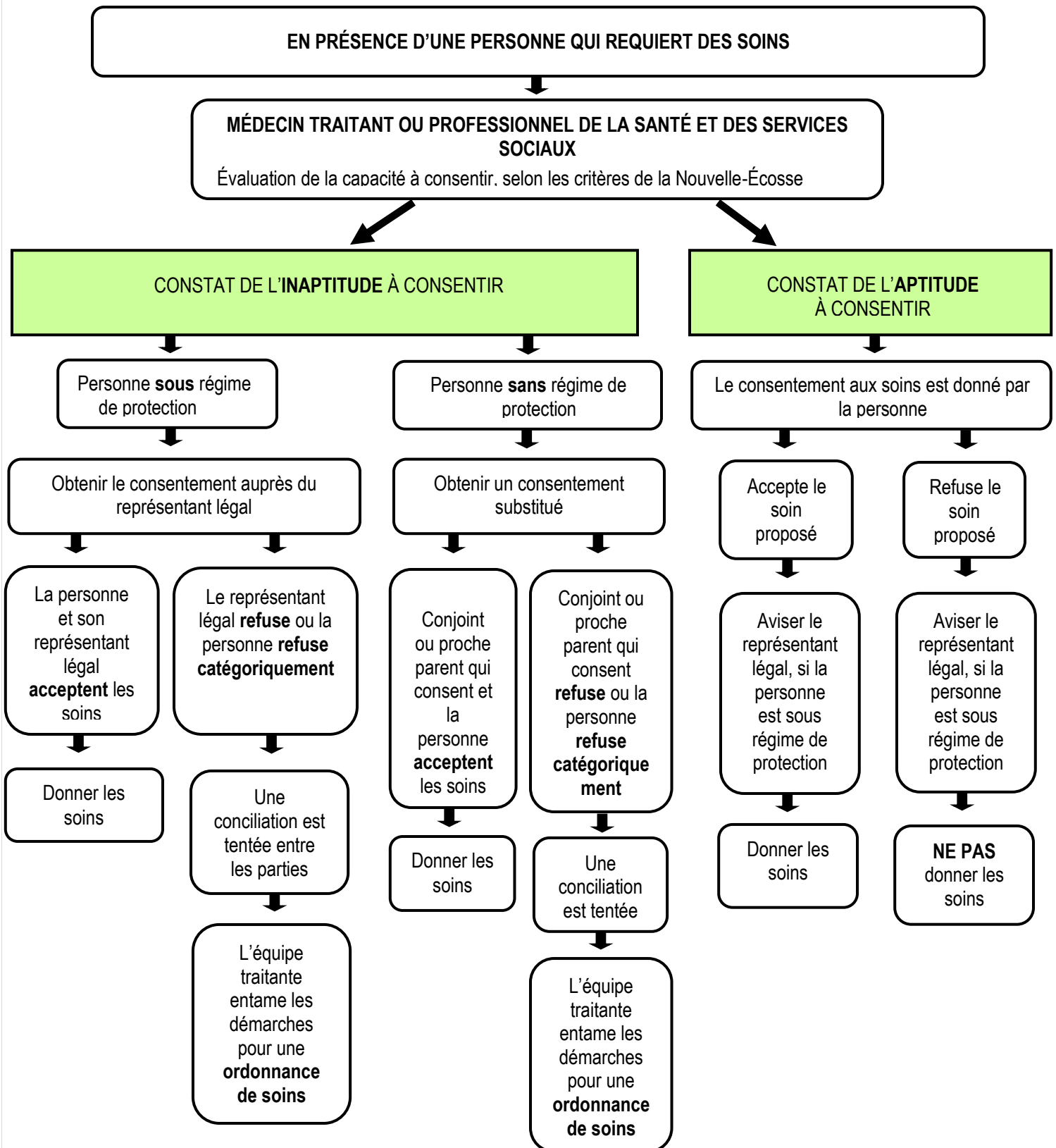
Requête pour autorisation de soins ou d'hébergement

Si le soin est jugé nécessaire, dans l'intérêt de la personne, qu'elle le refuse catégoriquement et que toutes les approches de conciliation ont échouées, l'établissement demandera au tribunal l'autorisation de traiter cette personne.

- Le médecin traitant ou le professionnel informe par courriel le chef des programmes désigné de son intention d'amorcer une demande d'autorisation de soins ou d'hébergement auprès du tribunal. Après confirmation, le chef des programmes désigné informe le directeur de la DSPSM ainsi que la Direction générale de la situation.
- Le médecin traitant rédige un rapport médical pour une demande d'autorisation de soins ou d'hébergement du tribunal, conformément à l'exemple 2 disponible à l'annexe 1. Le modèle qui y est présenté vise à aider le médecin qui désire obtenir du tribunal l'autorisation de soigner un patient majeur, malgré son refus catégorique, et propose une démarche à suivre en ce cas.
- Le médecin traitant achemine son rapport médical à la Direction générale.
- Si d'autres professionnels sont impliqués au dossier, ils complètent leur évaluation et la joignent à l'évaluation médicale et psychosociale. Le tout est ensuite acheminé au chef des programmes désigné.
- Si la situation le justifie, le président-directeur général ou son substitut, prend la décision de mandater un conseiller juridique afin que la demande soit portée devant les tribunaux.
- La Direction générale, par le biais de l'adjoint au PDG, Relations médias, communications et affaires juridiques, informe le Curateur public de la démarche entreprise, puisque ce dernier est mis en cause dans ce type de procédures.

- Le médecin traitant (et les professionnels, le cas échéant) apporte les correctifs aux écrits produits, selon les suggestions du conseiller juridique. L'adjoint au PDG, relations médias, communications et affaires juridiques, fait parvenir les rapports corrigés au conseiller juridique.
- Le conseiller juridique se charge de la rédaction et du dépôt du projet de requête au tribunal. Quelques jours avant la présentation de la requête au tribunal, le médecin traitant et les professionnels, selon le cas, se doivent d'être disponibles pour prêter serment (affidavit).
- Le médecin traitant et les professionnels demeurent disponibles pour se présenter à la Cour, sauf si le conseiller juridique en juge autrement, c'est-à-dire, si les circonstances le justifient ou que le tribunal l'exige.
- Tout au long du processus, l'adjoint au PDG, relations médias, communications et affaires juridiques, informe le directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires de l'évolution de la demande.
- Lorsque le jugement d'autorisation de soins ou d'hébergement est rendu par le tribunal, le conseiller juridique fait parvenir ce jugement à la Direction générale.
- L'adjoint au PDG, relations médias, communications et affaires juridiques, transmet une copie du jugement du tribunal aux archives et informe le médecin et les professionnels concernés.
- La Direction générale achemine une copie du jugement du tribunal au directeur de la DSPSM pour qu'il assure son suivi. Pour des précisions quant au suivi des ordonnances de soins, veuillez-vous référer au règlement du CMDP, adopté le 5 avril 2013, intitulé : « Procédure de suivi des ordonnances de Cour, pour les autorisations de soins émises par les tribunaux de la province du Québec et exécutées par les médecins sur le territoire du Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James ».
- Le médecin traitant et l'établissement sont responsables de l'exécution du jugement autorisant les soins ou l'hébergement (selon le jugement rendu par la Cour).
- **Trois mois avant l'expiration du jugement**, si l'usager refuse toujours les soins, que celui-ci est toujours inapte à consentir et que ces soins ou l'hébergement s'avèrent toujours nécessaires, le processus de demande d'autorisation de soins au tribunal recommence.

ALGORITHME D'INTERVENTION DANS LE CADRE D'UN CONSENTEMENT AUX SOINS⁹



⁹ Ce schéma constitue un résumé vulgarisé des éléments explicités dans le cadre de référence. À cet effet, ce schéma ne doit, en aucun cas, se substituer à la lecture et la compréhension du contenu global de l'information.

L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT DE PROTECTION

L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT DE PROTECTION

Information concernant l'existence d'un mandat

Tout professionnel de la santé et des services sociaux, informé qu'un usager a rédigé un mandat dans l'éventualité de son inaptitude, fera consigner au dossier de l'usager : le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du mandataire désigné, ainsi que tout autre renseignement qu'il juge pertinent. Cette information sera inscrite dans la portion « avis » de la fiche d'identification de l'usager, cette dernière étant sur la couverture intérieure gauche du dossier.

Vérification concernant l'existence d'un mandat

Dès qu'un professionnel de la santé juge qu'un usager est inapte à prendre globalement soin de sa personne ou à administrer ses biens, il vérifie, au dossier de l'usager ou auprès d'un proche parent de celui-ci, s'il existe un mandat de protection donné dans l'éventualité de son inaptitude. À cet effet, il peut adresser une demande de consultation auprès de l'intervenant pivot au dossier.

S'il existe un mandat et que celui-ci n'a pas été homologué, le mandataire désigné est informé de l'état de l'usager.

Demande d'évaluation de l'usager

Il appartient au mandataire désigné de décider, s'il y a lieu, de demander l'homologation du mandat de protection par le tribunal, afin de donner effet aux volontés de l'usager.

Une évaluation médicale et psychosociale doit être demandée, par écrit, par le mandataire désigné ou son procureur (avocat ou notaire) et adressée au directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires. Une attestation sous serment, précisant que le requérant entend demander au tribunal l'homologation du mandat de protection, doit accompagner la demande.

Les évaluations sont remplies avec toute l'expertise requise. Le chef des programmes désigné reçoit l'évaluation médicale et psychosociale, remplie par les professionnels concernés.

Dans le cas où l'évaluation **conclue à l'inaptitude** de l'usager à prendre soin de lui-même et à administrer ses biens, le chef des programmes désigné demande à l'agente administrative de la DSPSM d'expédier, sous pli confidentiel, un exemplaire de l'évaluation au demandeur. L'avis du directeur général n'est pas requis.

Dans le cas où l'évaluation **ne conclue pas à l'inaptitude** de l'usager, l'évaluation ne peut être transmise au requérant sans l'autorisation de l'usager.

En cas d'exécution inadéquate du mandat

Lorsqu'un professionnel de la santé et des services sociaux juge qu'un usager a autrement besoin de représentation, étant donné que le mandat n'est pas fidèlement exécuté ou pour tout autre motif sérieux concernant la conduite du mandataire à l'égard de l'utilisateur, il en informe le médecin traitant et consigne ce fait au dossier de l'utilisateur.

Un signalement doit être fait par téléphone, par télécopieur ou par écrit aux directrices ou directeurs territoriaux du Curateur public ou à son service de renseignements généraux (voir la section « pour nous joindre » du site Web du Curateur).

Pour tout envoi postal

Curateur public du Québec
600, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 4W9

Téléphone : 514 873-4074
Sans frais : 1 800 363-9020
Télécopieur : 514 873-4972
www.curateur.gouv.qc.ca

Direction territoriale Nord

222, rue Saint-Georges
Bureau 315
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4Z9

Téléphone : 450 569-3240
Sans frais : 1 877 221-7043
Télécopieur : 450 569-3236

Le Curateur fait enquête pour savoir si le signalement est fondé. Le cas échéant, il peut demander au représentant légal ou au conseiller de corriger la situation. Si celui-ci refuse de prendre les mesures appropriées, le Curateur public peut aller jusqu'à demander à la Cour de voir à son remplacement.

Réévaluation d'un mandat de protection

Il n'y a pas de réévaluation périodique obligatoire pour le mandat de protection. Si l'on constate que l'incapacité du mandant cesse, il faut alors en faire rapport au tribunal afin de faire cesser les effets du mandat.

Le médecin remplit le formulaire de *réévaluation médicale* **seulement s'il constate que l'incapacité du mandant a cessé**. Il informe la personne réévaluée de ses conclusions et transmet ensuite son formulaire original rempli au travailleur social. Il consigne l'ensemble de ses démarches au dossier de l'utilisateur.

Le travailleur social remplit le formulaire de *réévaluation psychosociale* **seulement si recommandation de cessation des effets du mandat**. Il informe la personne réévaluée de ses conclusions et transmet les documents originaux (médical et psychosocial) au chef des programmes désigné. Après en avoir validé la conformité, ce dernier les transmet à la DSPSM.

La personne désignée par l'établissement, soit l'agent de planification, de programmation et de recherche, transmet les documents originaux, la lettre d'accompagnement et le chèque couvrant les frais judiciaires au tribunal. Les frais du timbre judiciaire seront remboursés par le mandataire à partir du patrimoine du mandant; la comptabilité en assurera le suivi.

ALGORITHME D'INTERVENTION POUR L'HOMOLOGATION D'UN MANDAT DE PROTECTION¹⁰

MÉDECIN TRAITANT

Évalue qu'un usager est inapte à prendre globalement soin de sa personne et/ou à administrer ses biens.
Il doit : vérifier, au dossier de l'usager ou auprès d'un proche parent, s'il existe un mandat. Il peut également acheminer une demande de consultation à l'intervenant pivot au dossier pour obtenir cette information.

MANDAT NON HOMOLOGUÉ
(sans jugement de la cour)

MANDAT HOMOLOGUÉ
(avec jugement de la cour)

MÉDECIN TRAITANT

Informe le mandataire désigné de l'état de l'usager.

Le mandataire désigné exerce les droits qui lui sont confiés, dans l'intérêt de l'usager.

MANDATAIRE DÉSIGNÉ OU SON PROCUREUR (AVOCAT OU NOTAIRE)

Réalise une demande écrite pour une évaluation médicale et psychosociale, formulée au directeur de la DSPSM, incluant une attestation sous serment à l'effet que le requérant entend demander au tribunal l'homologation du mandat.

DIRECTEUR DE LA DSPSM

Demande l'évaluation d'un usager (médicale et psychosociale) auprès du médecin traitant et du chef des programmes désigné.

MÉDECIN TRAITANT ET TRAVAILLEUR SOCIAL

Complètent l'évaluation médicale et psychosociale de l'usager.

La personne-ressource peut être interpellée pour du soutien; la vérification orthographique est confiée à une agente administrative du centre de santé.

CONCLUSION VOULANT QUE L'USAGER SOIT INAPTE À PRENDRE SOIN DE LUI-MÊME ET/OU À ADMINISTRER SES BIENS

CONCLUSION VOULANT QUE L'USAGER SOIT APTE

TRAVAILLEUR SOCIAL

Remet l'évaluation médicale et psychosociale (originaux signés à l'encre bleue) au chef des programmes désigné.

**** L'évaluation ne peut être transmise au requérant sans l'autorisation de l'usager**

CHEF DES PROGRAMMES DÉSIGNÉ

Vérifie que les rapports présentés soient complets et les achemine à l'agente administrative de la DSPSM, sous pli confidentiel.

Il n'y a pas lieu d'homologuer le mandat. **L'usager exerce ses droits par lui-même.**

AGENTE ADMINISTRATIVE DE LA DSPSM

Expédie, sous pli confidentiel, un exemplaire de l'évaluation au demandeur.

¹⁰ Ce schéma constitue un résumé vulgarisé des éléments explicités dans le cadre de référence. À cet effet, ce schéma ne doit, en aucun cas, se substituer à la lecture et la compréhension du contenu global de l'information.

DEMANDE D'OUVERTURE D'UN RÉGIME DE PROTECTION

DEMANDE D'OUVERTURE D'UN RÉGIME DE PROTECTION

Ouverture d'un régime de protection

L'ouverture d'un régime de protection peut être demandée par l'utilisateur lui-même, son conjoint, ses proches parents et alliés, par toute personne qui démontre pour l'utilisateur un intérêt particulier, par un établissement, y compris le mandataire désigné par le majeur ou le Curateur public.

Demande d'évaluation de l'utilisateur pour un régime de protection

Une demande d'évaluation médicale et psychosociale aux fins d'un régime de protection est motivée par des circonstances particulières (perte d'une personne significative, aggravation de la maladie ou autre circonstance motivant la demande). Elle doit être formulée par écrit, au directeur de la DSPSM, par toute personne qui entend demander ou qui a demandé l'ouverture d'un tel régime pour un utilisateur. Cette demande écrite peut également être faite par le procureur (avocat ou notaire) du requérant.

Demande d'évaluation

L'inaptitude est établie par un médecin pour enclencher le processus d'une demande d'ouverture d'un régime de protection (évaluation de la capacité de la personne à répondre à ses besoins fondamentaux, exercer ses droits civils et à administrer ses biens).

À cet effet, le directeur de la DSPSM adresse une demande écrite au chef des programmes désigné pour que soit assigné un travailleur social pour l'évaluation psychosociale. Une demande écrite est également formulée au médecin, où il est mentionné que le travailleur social communiquera avec lui pour l'évaluation médicale du majeur (remise du formulaire requis et concertation de leurs actions) Le directeur de la DSPSM s'assure ainsi que le *Rapport du directeur général*, composé de l'*Évaluation médicale* et l'*Évaluation psychosociale*, soit rempli par les professionnels compétents.

Le travailleur social remplit également les parties renseignements généraux et proche informé de l'avis du directeur général (obligatoire dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection public).

La personne-ressource

Accompagne le professionnel qui réalise une évaluation psychosociale dans l'identification de mesures alternatives et doit confirmer les orientations et valider le contenu de l'évaluation. Cette fonction de soutien est un atout important pour l'amélioration continue de l'acte.

Cheminement du rapport

Les informations contenues dans le rapport (évaluation médicale, évaluation psychosociale, avis du directeur général) sont hautement confidentielles. La confidentialité doit être assurée à toutes les étapes (lors de la production des évaluations, de la transmission à l'intérieur de l'établissement et aux destinataires autorisés).¹¹

Cheminement des copies du rapport – régime de protection privé

Une photocopie est remise, de main en main, à l'utilisateur par le travailleur social qui a réalisé l'évaluation, et ce, au cours d'une rencontre informative. Une mention de cette transmission est notée à son dossier. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que le travailleur social pourrait ne pas remettre le rapport au majeur, notamment dans le cas où la teneur du rapport risquerait de lui causer préjudice. Dans ces situations, le travailleur social doit indiquer que le rapport psychosocial n'a pas été remis au majeur (sur l'*avis du directeur général*), en préciser la raison et s'assurer qu'une copie est versée à son dossier.

Dans le cas où l'évaluation **conclue à l'incapacité de l'utilisateur à prendre soin de lui-même et à administrer ses biens**, le chef des programmes désigné demande à l'agent administratif de la DSPSM d'expédier, sous pli confidentiel, un exemplaire de l'évaluation au requérant (au proche qui a manifesté l'intention de présenter la demande d'ouverture de régime de protection, ou au juriste qu'il a mandaté à cet effet), lorsqu'au moins cinq proches sont identifiés pour participer à l'assemblée de parents, d'alliés ou d'amis (APAA).

Il n'est pas nécessaire d'envoyer de copies des évaluations au Curateur public lorsqu'il s'agit d'une ouverture de régime de protection privé. Une seule exception prévoit l'envoi d'une demande d'ouverture de régime de protection privé au Curateur public : il s'agit de cas où il y a moins de cinq proches identifiés et donc le quorum pour tenir l'APAA n'est pas atteint. Dans ces quelques cas, c'est le Curateur qui demandera la dispense de l'APAA au tribunal.

Dans le cas où l'évaluation **ne conclue pas à l'incapacité de l'utilisateur**, l'évaluation ne peut être transmise au requérant sans autorisation de l'utilisateur.

Cheminement des copies du rapport – régime de protection public

Une photocopie est remise, de main en main, à l'utilisateur par le travailleur social qui a réalisé l'évaluation, et ce, au cours d'une rencontre informative. Une mention de cette transmission est notée à son dossier. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que le travailleur social pourrait ne pas remettre le rapport au majeur, notamment dans le cas où la teneur du rapport risquerait de lui causer préjudice. Dans ces situations, le travailleur social doit indiquer que le rapport psychosocial n'a pas été remis au majeur, le justifier dans une note jointe au rapport d'évaluation et s'assurer que le rapport est bien au dossier de la personne¹².

L'avis du directeur général confirme la transmission d'une copie du rapport ou explique la raison de non-transmission du rapport à la personne visée par l'évaluation. L'avis atteste également qu'un proche a été informé de la transmission du rapport au Curateur public du Québec et contient les coordonnées complètes de ce proche, s'il y a lieu.

¹¹ Formulaire *Avis du directeur général dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection au Curateur public*, section Instructions, page 2.

¹² Guide de pratique – *L'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'incapacité et des autres mesures de protection du majeur*, OTSTCFQ, p.32.

Bien que les évaluateurs aient droit à leur opinion professionnelle distincte, le tribunal prendra sa décision en fonction des preuves qui lui sont soumises. Considérant l'impact de l'appréciation du degré de l'incapacité sur les droits de la personne, il est important d'inciter les évaluateurs à échanger entre eux sur leurs conclusions, afin de favoriser une cohérence dans les informations du Rapport¹³.

La date de signature de l'avis du directeur général (avis du DG) doit être postérieure aux dates de signature des évaluations, à la date de transmission du Rapport DG à la personne visée par l'évaluation et à la date à laquelle le proche a été informé. L'agente administrative de la DSPSM transmet ensuite les trois documents originaux et complets (l'avis du DG, l'évaluation médicale, l'évaluation psychosociale), dûment signés à l'encre bleue et datés par les professionnels autorisés, au Curateur public.

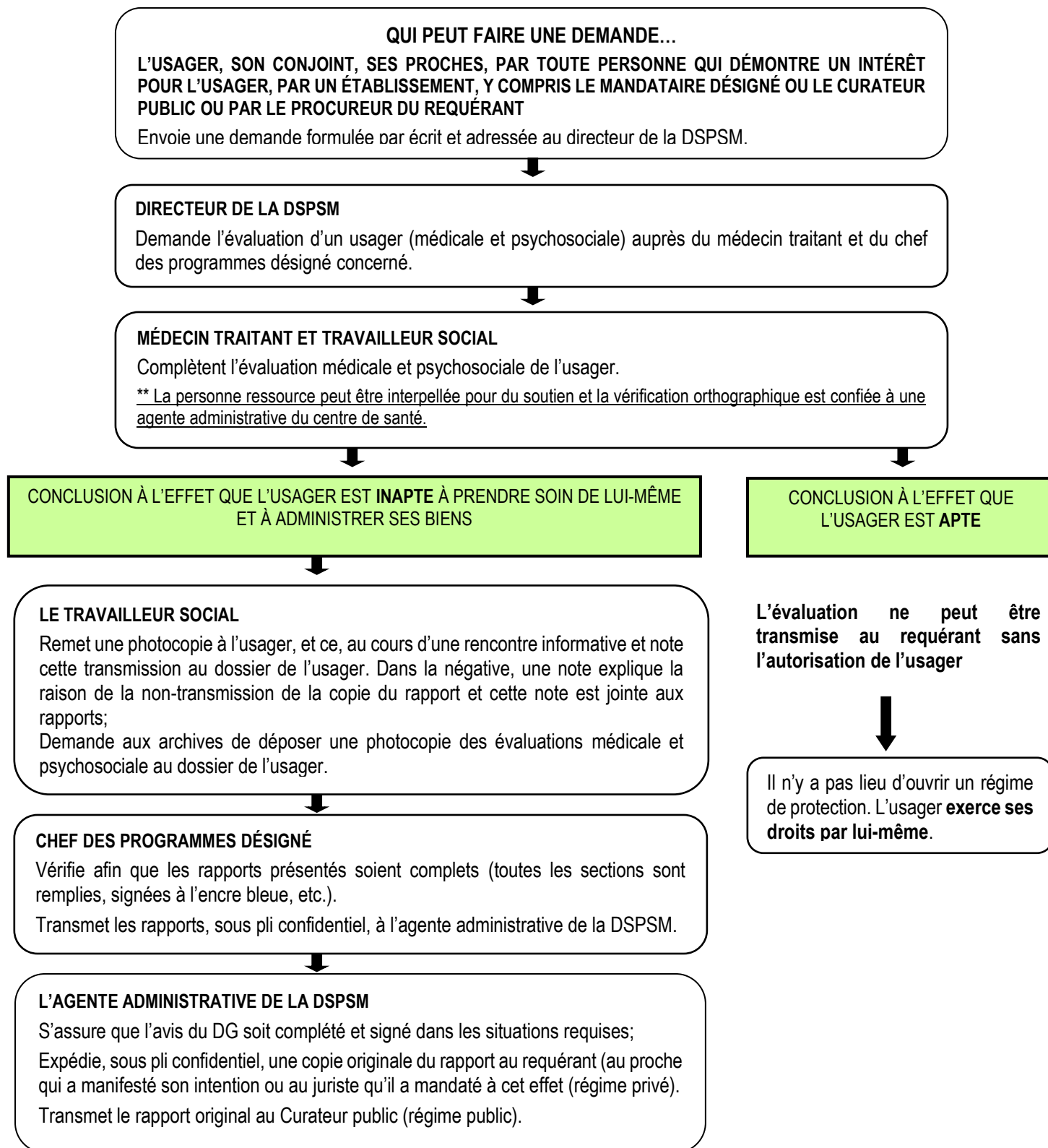
Avis à un proche

Le travailleur social informe un proche de l'utilisateur qu'une demande d'ouverture d'un régime de protection a été adressée au Curateur public.

Sous réserve du droit d'accès à l'évaluation médicale et psychosociale, aucune copie ou photocopie du rapport n'est alors remise à ce proche ou à un autre membre de la famille, eu égard au caractère confidentiel des renseignements nominatifs qui ont été recueillis.

¹³ Formulaire avis du directeur général dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection au Curateur public, section Instructions, page 2.

ALGORITHME D'INTERVENTION POUR UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UN RÉGIME DE PROTECTION ¹⁴



¹⁴ Ce schéma constitue un résumé vulgarisé des éléments explicités dans le cadre de référence. À cet effet, ce schéma ne doit, en aucun cas, se substituer à la lecture et la compréhension du contenu global de l'information.

RÉÉVALUATION DE L'INAPTITUDE DU MAJEUR

RÉÉVALUATION DE L'INAPTITUDE DU MAJEUR

Toute personne sous régime de protection ou sous mandat a droit à une mesure adaptée à sa situation. Toutefois, la condition de la personne pouvant changer, il importe qu'une réévaluation de son besoin de protection soit faite dans les délais prescrits par la loi¹⁵.

Réévaluation requise par le Curateur public

Chaque année, pour la période du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante, la Direction territoriale Nord du Curateur public transmet à la Direction générale du CRSSS de la Baie-James une liste des réévaluations des régimes de protections publics qui devront être réalisées par notre établissement. De plus, une lettre de demande de réévaluation est acheminée, au nom des personnes représentées, 80 jours ouvrables avant la date de réévaluation de leur régime.

Réévaluation requise par le représentant légal de l'usager

Le représentant légal d'un usager doit requérir une réévaluation médicale et psychosociale en adressant une demande écrite à la DSPSM. Il accompagne sa demande de la lettre émise par le Curateur, qui précise le délai dans lequel nous devons procéder. C'est le rôle du représentant légal de s'assurer que la réévaluation est faite à temps.

Advenant qu'un représentant légal s'adresse directement au centre de santé, le chef des programmes désigné doit être informé de l'arrivée de cette demande. Il pourra alors s'acquitter de la vigie qui lui est impartie, tout en informant l'agente administrative de la DSPSM de cette demande (qu'elle consignera au registre des demandes pour le suivi à en assurer).

Réévaluation requise en cas de cessation d'inaptitude de l'usager

Lorsqu'un professionnel de la santé et des services sociaux juge qu'un usager a cessé d'être inapte, il en informe le médecin traitant et consigne ce fait au dossier.

Le médecin traitant ayant reçu un avis évalue la situation et, s'il estime que le régime de protection de l'usager doit prendre fin, il en informe son représentant légal et l'usager lui-même. De plus, s'il y a lieu, il saisit le chef des programmes désigné de la situation.

Rapport de réévaluation

Le Curateur public a apporté des changements dans le cheminement des réévaluations. Le processus prévoit deux changements : les documents requis sont différents selon la recommandation des évaluateurs et le cheminement des documents est différent selon la recommandation des évaluateurs.

- Maintien du régime de protection

Lorsque les deux évaluateurs font cette recommandation, **seul** l'*avis dans le cadre d'une réévaluation* devra être rempli et signé par le médecin et le travailleur social (imprimé en mode recto seulement). La personne

¹⁵ Bulletin *Le Point*, Volume 15 – Numéro 1 – Avril 2016

visée par la réévaluation devra être informée par les évaluateurs de cette conclusion. Cet avis sera ensuite remis au chef des programmes désigné, pour être ensuite acheminé à la DSPSM. L'agente administrative transmettra à la personne ayant fait la demande de réévaluation (conseiller à la personne, tuteur, curateur ou Curateur public).

- Modification ou la fin du régime de protection

Lorsque les évaluateurs recommandent la modification ou la fin d'un régime de protection, un *avis dans le cadre d'une réévaluation* comprenant la conclusion et la signature des deux évaluateurs est obligatoire et devra être accompagné des formulaires *Réévaluation médicale* et *Réévaluation psychosociale* remplis et signés par les évaluateurs.

La marche à suivre est la suivante :

1. Le médecin envoie les formulaires *avis dans le cadre d'une réévaluation* et *Réévaluation médicale* au travailleur social (après concertation avec celui-ci);
2. Le travailleur social ajoute la portion psychosociale de ces deux documents et envoie les **originaux** (avis + réévaluation médicale et psychosociale) au chef des programmes désigné. Le travailleur social est également responsable de transmettre une **copie** des documents à la personne réévaluée. Une **copie** est également conservée au dossier de l'utilisateur;
3. Le chef des programmes désigné valide que les rapports sont complets (ex : toutes les sections sont complétées, signatures à l'encre bleue) puis achemine ces **originaux** à la DSPSM.
4. L'agente administrative de la DSPSM transmet une copie de ces documents au demandeur (conseiller à la personne, tuteur, curateur ou Curateur public).

De là, c'est dorénavant l'établissement qui fait le dépôt de la demande de changement au tribunal.

- La personne désignée par l'établissement, soit l'agent de planification, de programmation et de recherche, déposera les deux rapports originaux de réévaluation, l'avis dans le cadre d'une réévaluation, la lettre d'accompagnement ainsi que le paiement des timbres judiciaires au tribunal. Le greffier communiquera directement avec les évaluateurs, si un complément d'information est requis.
- Les frais du timbre judiciaire et du courrier recommandé seront ensuite remboursés à l'établissement par le représentant légal (régime privé) ou le Curateur public (régime public). Le majeur, assisté d'un conseiller, paiera lui-même l'établissement. C'est la comptabilité qui assurera le suivi de ces remboursements.

Conclusions divergentes des évaluateurs

S'ils n'arrivent pas à la même conclusion, le médecin et le travailleur social doivent en discuter pour tenter de trouver une entente. Si la divergence perdure, le travailleur social devra indiquer dans l'avis dans le cadre d'une réévaluation que « les conclusions des évaluateurs sur le degré d'incapacité sont non-concordantes, mais les évaluateurs, après discussion, maintiennent leurs conclusions professionnelles distinctes ». Les documents originaux seront acheminés au chef de programmes désigné.

L'agente administrative de la DSPSM acheminera les documents originaux au tuteur ou au curateur pour qu'il en assure le dépôt au tribunal. Ce dernier prononcera son jugement après avoir analysé le dossier et interrogé les personnes qu'il aura désignées.

L'intérêt de la personne d'abord

Le respect des droits et l'autonomie de la personne doivent toujours être pris en considération. Elle doit donc être informée par le médecin et le travailleur social de leurs conclusions.

ALGORITHME D'INTERVENTION POUR UNE RÉÉVALUATION DE L'INAPTITUDE DU MAJEUR ¹⁶

SITUATIONS QUI LÉGITIMISENT UNE RÉÉVALUATION

Demandes formulées par le Curateur public;
Demandes formulées par le représentant légal;
En cas de cessation d'incapacité de l'utilisateur.

Tutelle : tous les 3 ans

Curatelle : tous les 5 ans

À QUI ADRESSER LA DEMANDE

Demande de réévaluation médicale et psychosociale, formulée par écrit, et adressée au directeur de la DSPSM.

DIRECTEUR DE LA DSPSM

Demande la réévaluation de l'utilisateur auprès du médecin traitant et du chef des programmes désigné.

MÉDECIN TRAITANT ET TRAVAILLEUR SOCIAL

Procèdent à la réévaluation de l'utilisateur et complètent le ou les documents requis selon la recommandation en découlant.

CONCLUSION À L'EFFET DU MAINTIEN DU RÉGIME DE PROTECTION

L'avis dans le cadre d'une réévaluation est rempli et signé par le médecin et le travailleur social.

- La personne visée par la réévaluation est informée par les évaluateurs de leurs conclusions et une copie est déposée au dossier;
- Cet avis est transmis au chef des programmes désigné pour en valider la conformité. Il achemine ensuite à la DSPSM;
- L'agente administrative de la DSPSM transmet l'avis au demandeur (conseiller à la personne, tuteur, curateur ou Curateur public).

CONCLUSION RECOMMANDANT LA FIN OU LA MODIFICATION DU RÉGIME DE PROTECTION

L'avis dans le cadre d'une réévaluation, comprenant la conclusion et la signature du médecin et du travailleur social est obligatoire. Doit être accompagné des formulaires *Réévaluation médicale* et *Réévaluation psychosociale* remplis et signés par les évaluateurs.

- Le **médecin** transmettra l'avis et la réévaluation médicale au travailleur social;
- Le **travailleur social** joindra la portion psychosociale de ces deux documents et les transmettra au chef des programmes désigné;
- Le **travailleur social** est également responsable de transmettre une **copie** des documents à la personne réévaluée et d'en consigner une au dossier.

Chacun informe la personne réévaluée de ses conclusions et consigne une note au dossier à cet effet.

La personne désignée par l'établissement déposera au tribunal : les deux rapports originaux de réévaluation, l'avis dans le cadre d'une réévaluation, la lettre d'accompagnement et le paiement des timbres judiciaires.

- Une copie est transmise au demandeur (conseiller à la personne, tuteur, curateur ou Curateur public)

Ce schéma constitue un résumé vulgarisé des éléments explicités dans le cadre de référence. À cet effet, ce schéma ne doit, en aucun cas, se substituer à la lecture et la compréhension du contenu global de l'information.

ANNEXES

À QUOI SE RÉFÉRER, DANS LA PRATIQUE ?

Réaliser une évaluation psychosociale relative à l'incapacité d'un majeur est un acte professionnel qui revêt une grande importance. Pour soutenir les professionnels, diverses sources de référence sont accessibles.

La meilleure façon d'être à jour est de visiter régulièrement le site Web du Curateur public et de rester à l'affût des nouvelles annoncées dans *Le Point* ! Vous pouvez vous abonner à la version électronique du bulletin *Le Point*; deux clics dans la section *Réseau de la santé* au www.curateur.gouv.qc.ca, et vous y serez. De plus, vous y trouverez le *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*, version 2017, qui compte 9 modules. Il présente la mission, les rôles et les responsabilités du Curateur public et du réseau en matière de protection des personnes incapables. Il facilite ainsi la compréhension des orientations concernant la représentation des personnes et la gestion de leurs biens. Le lien pour y accéder :

Guide de référence - Réseau de la santé - Le Curateur public du Québec

À cela, s'ajoute le cartable intitulé «*Évaluation psychosociale*» en rapport avec les régimes de protection de la personne majeure, résultant du partenariat de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) et l'Université de Sherbrooke, remis lors de la formation offerte aux travailleurs sociaux en avril 2013. Il contient, entre autres, le *Guide de pratique – L'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'incapacité et des autres mesures de protection au majeur*, qui identifie les meilleures pratiques en la matière. L'évaluateur devrait se référer en tout temps à ce Guide de pratique produit par l'Ordre. Il est accessible par le lien suivant :

Guide de pratique - Évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection.pdf

Quant à elles, les annexes qui suivent contiennent des résumés, des liens hypertextes et des outils propres à notre organisation.

Vous voulez vérifier si une personne est représentée ?

Le Curateur public, tel que la loi le dicte, tient à jour trois registres sur les tutelles au mineur, les tutelles et les curatelles au majeur et, enfin, les mandats de protection homologués. La section des registres est une des perles cachées du site Web du Curateur public.

Registres des régimes de protection - Protection des majeurs incapables - Le Curateur public du Québec

ANNEXE 1

LE CONSENTEMENT AUX SOINS

ANNEXE 1

Le consentement aux soins

Le dépliant intitulé *Consentements aux soins et à l'hébergement*, produit par la DSPSM ainsi que par la DPS, contient diverses informations guidant les médecins et professionnels dans la démarche d'appréciation de l'aptitude à consentir à un soin.

- Une version imprimable est jointe à la fin de cette annexe.

De plus, le Curateur public a diverses publications sur le sujet. Pour vous assurer d'avoir la version la plus récente, il est recommandé d'y accéder par le biais du site Internet. Vous y trouverez, entre autres :

- *Le Curateur public du Québec et le consentement aux soins* (dépliant);

Le Curateur public du Québec et le consentement aux soins.pdf

- Le module 3 du *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*, intitulé *Aptitude et consentement aux soins*, contient des documents complémentaires, des formulaires et articles de loi.

Guide de référence à l'intention des personnes-ressources

En cas de refus catégorique

Il arrive, malgré le consentement du tuteur, curateur ou mandataire, que la personne déclarée inapte à consentir refuse catégoriquement le soin proposé. Que faire dans une telle circonstance ?

Dans ce cas, selon le Code civil et dans le seul intérêt de la personne, la cause doit être portée devant le tribunal pour obtenir l'autorisation de la traiter malgré son refus. Dans les pages qui suivent, vous trouverez des modèles de rapport médical et psychosocial.

- **Exemple 1**

**Rapport médical pour une requête
en autorisation judiciaire de soins : traitement et hébergement**

Nom	:	
Adresse	:	
Date de naissance	:	AAAA/MM/JJ
RAMQ	:	
Dossier	:	
État civil	:	

- Statut familial;
- Raison de l'admission;
- Antécédents psychiatriques;
- Antécédents médicaux chirurgicaux;
- Antécédents judiciaires;
- Médication prise avant son hospitalisation;
- Médication actuelle;
- Habitudes;
- Évolution depuis l'hospitalisation;
- Examen mental et opinion sur l'inaptitude;
- Diagnostic psychiatrique multiaxial;
- Opinion sur la nécessité d'un traitement et d'un hébergement avec indication de la durée;
- Signature du md, no. de permis de pratique et date.

- Exemple 2

POUR LA RÉDACTION DU RAPPORT MÉDICAL DU MÉDECIN «DEMANDEUR » EN SOUTIEN DE LA REQUÊTE POUR OBTENIR DU TRIBUNAL L'AUTORISATION DE SOIGNER UNE PERSONNE MAJEURE INAPTE MALGRÉ SON REFUS CATÉGORIQUE

Cet aide-mémoire¹⁷ vise à aider le médecin «demandeur » qui désire obtenir du tribunal l'autorisation de soigner un de ses patients majeurs malgré son refus catégorique et propose une démarche à suivre en ce cas.

Lorsqu'il statue sur la requête pour autorisation de soins, le tribunal doit agir dans le seul intérêt du patient, en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que le patient a manifestées. (article 12 C.c.Q.)

Le tribunal doit également s'assurer que:

- Les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la possibilité de la permanence de certains de leurs effets;
- Les soins sont opportuns dans les circonstances;
- Les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

ÉLÉMENTS À PROUVER

Pour obtenir une autorisation de soigner malgré le refus d'un patient majeur, nous devons principalement établir devant le tribunal les éléments suivants :

- a) Les faits qui servent à établir l'inaptitude de la personne à refuser ou à consentir aux soins proposés;
- b) Les faits qui démontrent le refus catégorique de la personne de recevoir les soins proposés ;
- c) Les conséquences du refus de traitement;
- d) Les soins requis par l'état de santé de la personne visée;
- e) L'intérêt de la personne et le caractère bénéfique des soins proposés;
- f) Les effets indésirables prévisibles;
- g) La durée de l'ordonnance.

¹⁷ Manuel de gestion, Procédure visant l'accélération des demandes d'autorisation de soins, annexe 4 : Aide-Mémoire pour le médecin demandeur, Institut universitaire en santé mentale de Québec, p. 36-42.

RÉDACTION DU RAPPORT ET DOCUMENTS À FOURNIR AUX FINS DE LA PRÉPARATION DE LA REQUÊTE

Lorsque le médecin estime que son patient est inapte à consentir à des soins, qu'il refuse catégoriquement de les recevoir, et que ces soins seront bénéfiques, il en fait part au directeur de la DSPSM pour solliciter son accord de principe à une demande judiciaire, pour obtenir du tribunal l'autorisation de soigner ce patient malgré son refus catégorique. Une fois cet accord de principe obtenu, il y aurait lieu de préparer un rapport d'évaluation de la personne visée démontrant son inaptitude à consentir à des soins et que ces soins lui seront bénéfiques.

L'élaboration du rapport d'évaluation du médecin doit comprendre les éléments suivants :

1. Identification de la personne visée

- Préciser son âge, son statut matrimonial, son milieu de vie et ses sources de revenus ;
- Préciser si elle est visée par un régime de protection (tutelle ou curatelle) ou si elle a donné en prévision de son inaptitude un mandat qui a été homologué par le tribunal ;
- Préciser la date d'hospitalisation et les motifs d'admission, le cas échéant, si la personne est en garde en établissement ;
- Préciser si la personne est sous la juridiction du tribunal administratif du Québec, Commission d'examen des troubles mentaux.

2. Description des antécédents psychiatriques personnels

3. Description des antécédents médicaux chirurgicaux personnels (le cas échéant)

4. Description des antécédents psychiatriques familiaux

5. Description des habitudes de consommation d'alcool et de substances psychoactives (le cas échéant)

6. Évolution clinique et maladie actuelle

7. Impression diagnostique

8. Inaptitude de la personne à consentir ou à refuser les soins requis par son état de santé

Le médecin doit, autant que possible, répondre aux questions suivantes :

La personne comprend-elle :

- La nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- La nature et le but du traitement ?
- Les risques et les avantages du traitement, si elle les subit ?
- Les risques de ne pas subir le traitement ?
- La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie ?

En particulier, il faut préciser les faits qui servent à établir l'inaptitude de la personne.

9. **Les faits qui démontrent le refus catégorique de la personne inapte à prendre sur une base continue et prolongée toute la médication qui lui est prescrite pour sa maladie psychiatrique et le cas échéant, d'aller vivre dans un milieu de vie approprié à sa condition**
10. **Description des conséquences du refus de traitement pour la personne visée**
11. **Description des soins requis par l'état de santé de la personne visée**

À titre d'illustration, voici les traitements qui ont été autorisés par les tribunaux, à savoir :

L'administration de médicaments antipsychotiques de nouvelle ou d'ancienne génération administrés par injection intramusculaire ou par la bouche, dont la dose et l'intervalle d'administration devront être ajustés en fonction de l'évolution de l'état de la partie défenderesse;

Notez que pour le tribunal, il est préférable de préciser dans votre rapport la médication proposée. Toutefois, le jugement demandé visera uniquement «l'administration de médicaments antipsychotiques».

L'administration de médicaments pour atténuer les effets indésirables des médicaments antipsychotiques sous forme orale ou en injection, dont la dose et l'intervalle d'administration devront être ajustés en fonction de l'évolution de l'état de la partie défenderesse ;

Il est préférable d'indiquer de quels médicaments il s'agit. Toutefois, le jugement demandé visera uniquement «l'administration de médicaments pour atténuer les effets indésirables des médicaments antipsychotiques ».

- L'administration de médicaments thymorégulateurs ;
- L'administration de médicaments antidépresseurs ;
- Des examens de laboratoire de routine comprenant les bilans, prises de sang, analyses d'urine, ainsi qu'électrocardiogrammes, électroencéphalogrammes, imageries cérébrales, nécessaires au suivi adéquat de patients recevant de tels médicaments, afin d'ajuster le dosage de la médication, d'en monitorer les effets indésirables, et afin de vérifier la concentration sanguine de la médication, si indiquée ;
- Le nombre prédéterminé de traitements de sismothérapie (par exemple 12) en phase aiguë à raison d'un maximum de 3 traitements par semaine (il faut préciser le nombre);
- Le nombre de traitements de sismothérapie en phase d'entretien (il faut préciser le nombre);
- Un suivi en toxicomanie comportant des recherches de toxiques dans les urines sur une base régulière ou au besoin selon l'évaluation de l'équipe traitante ;
- Une thérapie interne ou en externe en toxicomanie, pour traiter un problème d'abus de substance (en précisant le lieu et la durée);
- Un suivi intensif dans la communauté dans le cadre du programme PACT offert par le centre hospitalier de la partie demanderesse, sous forme de visites quotidiennes à domicile, afin de s'assurer que la partie défenderesse soit observante à son traitement médicamenteux;
- L'administration d'un contraceptif, tel le dépo-provera;
- Quant à sa condition physique, effectuer des examens physiques, des examens de laboratoire, dont des prises de sang, l'investigation radiologique et électrocardiogramme ;

- Traitement d'une pathologie physique (laquelle doit être précisée) par exemple, une biopsie chirurgicale sous anesthésie générale visant à déterminer la nature cancéreuse ou non d'une masse suspecte aux seins ;
- Il importe de préciser que le tribunal n'accordera pas d'ordonnance pour traiter « toute pathologie physique »
- Suivi dans un milieu de vie approuvé par la partie demanderesse, où la partie défenderesse bénéficiera d'un certain encadrement et où l'administration de sa médication antipsychotique, son alimentation et son hygiène seront supervisées ;
- Il importe de préciser les raisons soutenant la demande par exemple, incapacité de vivre seule de façon autonome, itinérance, évaluation en ergothérapie, etc. Il faut également mentionner le type d'hébergement demandé (RNI, pension, etc.);
- Un suivi en externe par son médecin traitant et par les membres de l'équipe externe du centre hospitalier.

12. Les effets bénéfiques escomptés

13. Description des effets indésirables et préciser que les soins sont opportuns dans les circonstances, qu'ils sont bénéfiques malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère

14. La durée de l'ordonnance

La durée des ordonnances émises par les tribunaux est généralement de 1, 2 ou 3 ans. Il importe de préciser les motifs justifiant la durée demandée par exemple, la sévérité des symptômes, l'absence d'autocritique, la lourdeur et la chronicité de la pathologie. La période nécessaire afin de trouver la bonne posologie et la période afin de s'assurer d'une stabilisation du médicament.

15. Urgence

- Indiquer et motiver les motifs à procéder en urgence;
- Obtenir une consultation auprès d'un de vos confrères afin d'obtenir son opinion, principalement sur l'aptitude du patient à refuser ou à consentir à des soins, sur les soins proposés et la durée des soins proposés. Cette seconde opinion sera également transmise au directeur de la DSPSM. Elle servira de preuve devant le tribunal;
- Fournir une copie des jugements ordonnant une garde en établissement, soit en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation psychiatrique, et les rapports de tout examen psychiatrique exécutés aux termes de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, s'il y a lieu;
- Si le patient est sous un régime de protection (tutelle ou curatelle) ou si le patient a donné en prévision de son inaptitude un mandat qui a été homologué par le tribunal, fournir les coordonnées du tuteur, du curateur ou du mandataire. Si le patient n'est pas ainsi représenté, fournir les coordonnées du conjoint, proche parent ou d'une personne qui démontre pour la personne visée un intérêt particulier (ceci comprend, le cas échéant, la personne à qui le patient a donné un mandat en cas d'inaptitude et dont le mandat n'a pas encore été homologué.);

- Si possible, obtenir une lettre d'appui eu égard aux soins proposés de l'une ou l'autre de ces personnes, selon le cas : tuteur, curateur ou mandataire, conjoint, proche parent, ami ou personne qui s'intéresse à cette personne et peut consentir à des soins. À tout événement, l'avis de ces personnes, favorable ou non, doit être obtenu et sera déposé et mis en preuve devant le tribunal;
- Faire part à l'adjoint au PDG (relations médias, communications et affaires juridiques) de vos dates de disponibilité pour la présentation de la requête devant le tribunal.

La requête et les rapports seront signifiés à la personne visée. Il peut être important que le médecin « demandeur » l'en informe, si cela est approprié, pour maintenir le lien thérapeutique malgré le recours au tribunal. De plus, la requête et les rapports seront signifiés à la personne intéressée au patient.

- Exemple 3

<u>Requête en autorisation judiciaire de soins : traitement et hébergement</u> <u>Rapport d'évaluation psychosociale</u>	
Nom	:
Adresse	:
Date de naissance	: AAAA/MM/JJ
RAMQ	:
Dossier	:
État civil	:

- Demande et contexte de l'évaluation;
- Sources de références;
- Identification et données factuelles;
- Autonomie et fonctionnement antérieurs;
- Autonomie et fonctionnement actuels;
- Démarches en service social;
- Analyse et opinion professionnelle;
- Recommandations.

- Exemple 4

7

NOM DE L'INSTITUTION

Requête en autorisation judiciaire de soins : traitement et hébergement
Rapport d'évaluation psychosociale
20XX-XX-XX

Nom : Madame P.
Adresse :
Date de naissance : 19XX-XX-XX
RAMQ : XXXX XXXX XXXX
État civil : Veuve

Demande et contexte de l'évaluation :

Évaluer la vulnérabilité et l'aptitude à consentir à l'hébergement d'une dame âgée de 93 ans vivant seule présentant une désorganisation. Admise à une unité d'évaluation gériatrique pour bénéficier de l'expertise d'une équipe interdisciplinaire.

Sources de références :

Consultation et lecture du dossier médical actuel et antérieur. Entrevues avec madame et sa famille : monsieur B. (neveu et filleul), sa conjointe et sa petite-fille S. Contact téléphonique avec l'infirmière du CLSC, soit madame S. Entretiens avec les membres de l'équipe de gériatrie : infirmières soignantes, médecins (Dr B. gériatrie et Dr G. cardiologue), D. ergothérapeute et les préposés aux bénéficiaires.

Identification et données factuelles :

Dame de 93 ans. Veuve et mère de 3 enfants qui sont décédés, dont l'un en bas âge. La mort de sa fille G. l'a beaucoup affecté. Madame a une petite-fille, S. qui demeure à V. Madame nous a déjà confié que cette petite-fille avait des problèmes de consommation. Madame vit au ..., dans la section HLM depuis plus de vingt ans. Suite à des vols d'autres résidents par la petite-fille, les responsables de l'immeuble lui ont interdit l'accès. Madame P. a longtemps travaillé comme vendeuse dans différents magasins. Elle aime le public et les gens ont beaucoup de plaisir à la côtoyer. Ses revenus se limitent aux pensions des deux paliers de gouvernement. Madame P. a un neveu et filleul, monsieur B., qu'elle a presque élevé. Elle lui est très attachée et en a bien confiance. Bien qu'il demeure à M., il vient régulièrement lui rendre visite. Ce dernier possède une procuration bancaire. Un mandat en cas d'incapacité fut fait devant témoins le xxx 1990. Ce mandat n'est pas homologué. Sur ce document sont nommés sa fille G. qui est décédée et son neveu B.. Ce dernier est également nommé liquidateur au testament.

77

Madame est connue et aidée par le CLSC R.... Elle est suivie par l'infirmière et reçoit l'aide à l'hygiène 1 fois par semaine. Une auxiliaire familiale prépare des repas 1 fois par semaine. L'infirmière du CLSC est inquiète, car madame téléphone plusieurs fois par jour à leurs bureaux, ainsi qu'à sa nièce et répète les mêmes informations.

Depuis septembre 2010, madame s'est rendue à trois reprises à l'urgence. Le 16 septembre, à notre salle d'urgence où elle reçoit son congé dès le lendemain. Fin septembre, prend un transport adapté, le chauffeur tellement inquiet, la voyant dyspnéique et ayant de la difficulté à marcher, la ramène chez elle et téléphone à l'urgence santé. Madame sera transportée à l'hôpital xxx. Elle reçoit son congé rapidement. Madame fait une chute devant l'auxiliaire familiale le 10 novembre. Elle implore l'employée du CLSC de se taire. L'auxiliaire familiale prévient madame qu'elle se doit d'aviser l'infirmière. Celle-ci communique avec la famille qui se rend au domicile de madame. Sa nièce prend sa tension et constate qu'elle est très élevée. Elle l'amène à notre salle d'urgence le 11 novembre 2010 en ambulance. Vue à la salle d'urgence par l'urgentologue, un neurologue, un médecin en gériatrie et une travailleuse sociale. Dans un premier temps, hospitalisée au service de neurologie car trouve madame à risque et inapte. Transférée dans un deuxième temps à l'unité gériatrique pour une évaluation globale. Madame est à notre unité depuis le 13 novembre.

Autonomie et fonctionnement antérieurs

Madame P. fut hospitalisée du 19 février au 17 mars et du 13 mai au 28 mai 2009 en gériatrie suite à des chutes. Évaluée en gériatrie. Elle doit avoir une diète sans texture mixte. Madame est continente. Elle circule avec l'aide d'une marchette. Nécessite de l'aide partielle pour son hygiène. Elle fait seule ses soins personnels. Elle s'habille seule. Elle est orientée. On observe une diminution de son attention et de sa concentration. La mémoire récente est meilleure que sa mémoire immédiate. Diminution au niveau du langage, du jugement, de la flexibilité cognitive et de l'abstraction. Madame a des automatismes et une bonne mémoire procédurale. Elle demeure à risque de retombée. Toutefois, reconnaît ces risques et les assume. Sa nièce se porte volontaire pour passer quelques jours auprès d'elle. Elle accepte qu'on informe son CLSC et augmente l'aide à la maison. Nous lui avons proposé de démarrer des démarches pour trouver un nouveau milieu de vie, mieux adapté à ses besoins actuels. Toutefois, une fois à domicile, Madame invoque ne pas en avoir besoin de services et elle est persuadée pouvoir faire ses activités seule. Une des recommandations de notre équipe était de cesser d'utiliser le quadriporteur. Madame ne la respecte pas. Elle fut revue par l'ergothérapeute du CLSC qui convient avec madame qu'elle peut continuer à l'utiliser avec un accompagnateur et à l'intérieur du HLM. Elle ne respecte pas cette recommandation et l'auxiliaire familiale la surprend circulant dans la rue se rendant chez son coiffeur aux Galeries D'Anjou à plusieurs kilomètres.

Autonomie et fonctionnement actuels

Dès son arrivée à notre hôpital, le 11 novembre, madame réclame son congé, nie toute difficulté et prétend que son milieu de vie est adéquat à ses besoins actuels. Elle rapporte vivre au HLM et recevoir tous les services du CLSC. Nie être anxieuse, téléphoné à multiples reprises au CLSC ou sa famille et avoir des problèmes de mémoire. La famille a retrouvé des comprimés par terre. Le CLSC nous apprend que la situation était de plus en plus précaire. Madame P. ne s'alimentait pas toujours adéquatement. La nourriture préparée par l'auxiliaire familiale demeurait au

réfrigérateur. Plusieurs erreurs ont été constatées avec la prise des médicaments. Elle refusait la livraison quotidienne par la pharmacie ou encore que l'auxiliaire s'assure d'une bonne administration. Une infirmière s'est rendue 1 fois par jour pendant un mois pour assurer une surveillance. Madame téléphonait très souvent et se plaignait que son téléviseur fonctionnait mal ou encore parce que préoccupée par ses pré-arrangements funéraires. Madame a hébergé une dame avec des troubles de mémoire en fugue de sa résidence. Cette dame couchait sur la causeuse. L'auxiliaire familiale remarquait que les deux dames mélangeaient leurs médicaments. 3 travailleuses sociales ont été assignées successivement, madame refusait de collaborer.

À l'unité de gériatrie, madame P. circule seule avec sa marchette. Devons lui rappeler de faire des pauses, car elle ne réalise pas toujours être dyspnéique à l'effort. Elle nécessite une supervision à l'hygiène et pour ses soins personnels. Elle présente des apraxies à l'hygiène. Le personnel l'a surpris à nettoyer sa brosse à dents avec un linge souillé de selles. Nous devons surveiller des rougeurs aux aines. Madame ne présente pas d'incontinence franche, mais plutôt des urgences mictionnelles pour lesquelles elle porte une protection. Le personnel doit s'assurer que cette protection est changée régulièrement. Nous devons lui rappeler de changer ses vêtements. Nous avons demandé aux infirmières de tenter l'auto-administration de la médication. Après 6 jours d'essai avec erreurs, le pilulier lui a été retiré.

Madame P. ne se souvient pas du contexte d'admission à l'hôpital. Elle dit regretter d'être venue de son propre chef. Madame présente une mémoire immédiate et récente défaillante. Elle pose les mêmes questions en peu de temps. Elle arpente le corridor entre sa chambre et le poste refaisant les mêmes demandes. Elle ne se souvient jamais avoir vu son médecin ou les autres intervenants et réclame leurs visites. Réévaluée par la même ergothérapeute, madame D., elle présente sensiblement les mêmes résultats aux tests MMSE et PECPA 2R, soit : 24/30 et 70,5/100. Ces difficultés sont indéniablement plus au plan fonctionnel, soit aux activités de la vie quotidienne et domestique. Sa compréhension et sa concentration sont réduites. Revue à la gestion financière, elle ne connaît pas ses revenus et dépenses. Elle fait des erreurs à la rédaction d'un chèque et est incapable de déceler les erreurs intentionnelles faites par l'évaluatrice. Selon l'infirmière du CLSC, madame a déjà confié sa carte débit et son NIP à sa femme de ménage. Par chance, son neveu lui assure un meilleur encadrement depuis sa dernière hospitalisation.

Démarches en service social

Depuis son admission à notre unité, je vois plusieurs fois par semaine madame P. À chaque rencontre, elle me demande si son congé est prévu pour bientôt. Nous devons lui répéter les raisons de son admission et la nature de ses difficultés. Nous l'avons rencontrée à plusieurs reprises avec les membres de sa famille, des gens en qui elle a confiance et malgré leur collaboration, madame refuse d'admettre ses difficultés de mémoire, de désorganisation et de dépendance à autrui. Nous avons rencontré sa petite-fille venue lui rendre visite. Cette dernière dit avoir cessé de consommer et prête à passer quelque temps avec sa grand-mère. Toutefois, après lui avoir expliqué les délais pour obtenir une place au réseau d'hébergement public, elle comprend que son engagement serait pour une longue période. Elle reconnaît que sa grand-mère ne peut plus vivre seule.

Nous avons rencontré madame, son neveu et sa nièce avec Dr B. La famille et nous, avons tenté de lui faire comprendre l'étendue de sa maladie et les répercussions fonctionnelles. La famille a exprimé ses inquiétudes. Malgré cela, madame nie les difficultés et garde sa position de vouloir retourner à son domicile.

À une période, madame s'étant montrée plus disposée à l'idée de vivre dans un milieu d'hébergement, nous avons enclenché le processus et fait venir un intervenant du CSSS. Madame a refusé de lire et signer tout document relatif à l'hébergement. Elle demande des périodes de réflexion ou veut aller visiter les différents milieux. Nous lui avons accordé plusieurs semaines de réflexion. Nous lui avons offert d'aller visiter les centres avec son neveu. Elle reportait le rendez-vous et finissait par dire que de toute façon elle n'y irait pas.

Nous avons redemandé l'intervention de notre ergothérapeute. Nous espérons que madame puisse cheminer en étant confrontée aux difficultés.

Nous avons donné une chemise comme aide-mémoire à madame. Nous y insérons un résumé de nos conversations.

Madame m'a demandé à plusieurs reprises de voir Dr G, son cardiologue. Médecin en qui elle voue une grande confiance. Celui-ci est venu à 2 reprises. Elle a continué à le réclamer ne se souvenant pas de ses visites.

J'ai eu l'occasion d'entendre et d'échanger à plusieurs reprises avec les membres de mon équipe interdisciplinaire. Tous constatent ses pertes de mémoire et son besoin de présence.

J'ai eu la chance de parler avec les intervenants du CLSC impliqués directement auprès de madame. Ils m'ont fait part des faits et événements constatés à domicile amenant à son hospitalisation.

Devant le refus catégorique de madame par rapport à l'hébergement. Décision qu'elle maintient dans le temps. Nous avons informé madame et sa famille de ses droits, soit de s'opposer, d'être présente au tribunal et d'être représentée. Nous leur avons remis le numéro de téléphone de l'Aide juridique pour apprendre qu'elle n'est pas admissible. Nous l'avons informé qu'elle pouvait se représenter seule. Nous avons contacté le contentieux de notre établissement et débuté les démarches pour la présente requête.

Analyse et opinion professionnelle

Elle est incapable de retenir assez d'information pour faire une analyse et se forger une opinion ou porter un jugement. Ceci la rend vulnérable. Lors de ses précédentes hospitalisations, nous avons acquiescé à sa requête de retourner vivre à son appartement, car madame avait la capacité de réaliser sa condition, reconnaissait ses difficultés et acceptait les risques de vivre seule malgré ses limites. Elle était plus flexible à recevoir de l'aide extérieure.

Son état cognitif et fonctionnel s'est détérioré. Les événements des derniers mois sont révélateurs d'une désorganisation à domicile. Elle ne comprend pas les risques liés à l'absence d'intervention et la maladie l'empêche de comprendre sa situation, donc de faire un choix éclairé.

En raison de l'état de santé et la situation des affaires de madame P., je considère celle-ci inapte totalement à sa personne et aux biens. En raison de la nature des difficultés, ces inaptitudes sont permanentes.

Madame est très sociable et apprécie la présence d'autrui. Elle fréquente le salon de l'étage et discute avec les gens. Je suis persuadée qu'une fois installée dans un milieu qui deviendra le sien, elle se recréera un milieu de vie. La famille rapporte qu'elle a été aussi rébarbative à déménager au HLM. Malheureusement, elle ne s'en souvient plus.

Recommandations

Nous aurions préféré que madame apprivoise l'idée d'aller vivre en ressource d'hébergement et que nous n'ayons pas besoin d'avoir recourt au tribunal. Nous sommes bien conscients que toute cette démarche est lourde et bien stressante pour madame P. Nous tenons à respecter ses droits de contester et d'être entendue.

Nous sommes d'avis que madame P. nécessite un milieu protecteur et habileté à s'occuper d'elle. Madame P. aurait avantage à vivre dans une résidence intermédiaire au réseau public ou toute autre ressource susceptible de correspondre à ses besoins. Nous demandons un hébergement d'une durée minimum de 3 ans, considérant la nature et les conditions de santé de madame.

Nous guiderons la famille sur la procédure à suivre pour l'ouverture du régime de protection ou l'homologation du mandat en cas d'inaptitude.

Myriam Jochems, TS JOCM84/12/070
Unité d'évaluation gériatrique



CONSENTEMENT AUX SOINS ET À L'HÉBERGEMENT

TABLE DES MATIÈRES

1. QU'EST-CE QU'UN SOIN ?	1
Le consentement en cas d'urgence	1
2. ÉVALUATION DE L'APTITUDE À CONSENTIR	2
Déni de la maladie	3
Le droit de refuser des soins	3
3. LE CONSENTEMENT SUBSTITUÉ	3
4. CONSENTEMENT À L'HÉBERGEMENT	4
5. VACCINATION	5
6. AUTORISATION DU TRIBUNAL	5
Comment procéder ?	5
5. LA DIRECTION MÉDICALE ET DU CONSENTEMENT AUX SOINS	6
Comment transmettre la demande à la DMCS	7



QUELQUES ÉLÉMENTS SUBJECTIFS...

Un diagnostic n'est pas l'élément déterminant de l'incapacité à consentir.

Tendance à juger **apte** une personne qui accepte les conseils de son thérapeute et **inapte**, la personne qui les refuse.

Tendance à inférer l'**incapacité** à partir d'une décision qui ne semble pas rationnelle.

En vertu du Code civil du Québec (C.c.Q.), une personne ne peut recevoir des soins sans son autorisation, sauf dans les cas prévus par la Loi. Le consentement donné doit être libre de toute contrainte, physique ou psychologique; il doit être éclairé, donné en toute connaissance de cause, les informations étant adaptées à la personne et comprises par la personne.

1. QU'EST-CE QU'UN SOIN?

Le terme soins englobe toutes espèces d'examen, de prélèvements, de traitements ou d'intervention, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non requis par l'état de santé, physique ou mentale. Il couvre également, comme acte préalable, l'hébergement en établissement de santé lorsque la situation l'exige.

Un soin requis: l'hospitalisation, la médication, l'hébergement, la chirurgie esthétique nécessaire à la suite d'une brûlure, d'une malformation ou d'un accident.

Un soin non requis: tatouage, chirurgie esthétique (sauf si elle est nécessaire à la suite d'une brûlure, d'une malformation ou d'un accident), la vaccination, l'hygiène, la contraception, l'alimentation, le don d'organes, l'expérimentation, la mode.

Le consentement en cas d'urgence (article 13, C.c.Q.)

En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire. Toutefois, une telle situation requiert deux conditions:

1. Les soins doivent être essentiels afin de pallier un danger pour la vie de la personne ou une menace pour son intégrité;

ET

2. Le consentement de la personne ou de celle qui peut donner un consentement substitué ne peut être obtenu en temps opportun.

Il s'agit d'une mesure d'exception. Notons que, même en cas d'urgence, un consentement est nécessaire lorsque les soins sont inusités, devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne. Dans ces situations, l'autorisation légale d'agir sans le consentement en cas d'urgence tombe, le but de ces exceptions étant, entre autres, d'éviter l'acharnement thérapeutique et l'outrage aux croyances de la personne concernée.

2. ÉVALUATION DE L'APTITUDE À CONSENTIR

Toute personne, y compris celle protégée par un régime de protection ou un mandat homologué, est présumée apte à consentir à des soins. Cette aptitude à consentir ou à refuser doit être évaluée à chaque soin, par celui qui donne le soin. **La personne doit donc obligatoirement être consultée.**

L'aptitude à consentir repose sur la capacité de comprendre, raisonner, apprécier ce qui est en jeu et exprimer des choix. La jurisprudence québécoise a retenu les critères établis par la législation de la Nouvelle-Écosse et prônés par l'Association des psychiatres du Canada. Le médecin ou le professionnel doit se demander si la personne est en mesure de comprendre:

- la nature de la maladie dont elle est atteinte ;
- la nature et le but du traitement ;
- les risques associés à ce traitement ;
- les risques encourus si elle ne subit pas le traitement ;
- est-ce que son état de santé nuit à sa capacité de consentir.

Ces critères ne sont pas cumulatifs et doivent être considérés dans leur ensemble. Toutefois, selon la jurisprudence, ce n'est pas parce que la personne n'est pas d'accord avec son médecin sur un diagnostic particulier, ni même avec les soins qui lui sont proposés, qu'on peut conclure à son inaptitude.

Un diagnostic de maladie mentale ou de maladie cérébrale organique n'est pas, en tant que tel, l'élément déterminant de l'inaptitude à consentir à un soin. Il est donc essentiel de nuancer les effets de ces maladies sur la capacité décisionnelle d'une personne. Par exemples: au début d'une atteinte cérébrale dégénérative, comme la démence d'Alzheimer, la personne est encore compétente, mais l'évolution de cette maladie la conduira à l'inaptitude. Quant aux maladies mentales, l'état d'inaptitude qui en résulte peut n'être que temporaire, durant les périodes où le patient perd tout contact avec la réalité.

Déni de la maladie

Le refus d'admettre l'existence de la maladie joue un rôle prépondérant. La personne ne sera pas apte à appliquer les renseignements pertinents à sa situation ni à évaluer les conséquences de sa décision. Il faut donc en tenir compte dans l'appréciation de la capacité de la personne à prendre une décision éclairée.

Le droit de refuser des soins

Le droit de consentir à des soins comporte nécessairement le droit de les refuser. Cela doit respecter les mêmes critères que le consentement, c'est-à-dire qu'il doit être libre et éclairé. Sauf dans des cas exceptionnels, les professionnels de la santé doivent obtenir le consentement libre et éclairé de leur patient. S'ils ne l'obtiennent pas et qu'ils donnent tout de même les soins proposés, le patient pourrait alors porter plainte contre ces professionnels.

3. LE CONSENTEMENT SUBSTITUÉ (article 15, C.c.Q)

Si une personne n'est pas en mesure de consentir seule aux soins qui lui sont proposés, un consentement substitué est donné par son **représentant légal** (son tuteur, son curateur ou son mandataire). Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.

Celui qui exprime un consentement doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

En cas d'incertitude sur la décision à prendre, il est recommandé au tuteur, curateur ou mandataire de consulter le conseil de tutelle et, selon le cas, des membres de la famille ou des proches, ou de demander conseil au Curateur public. Toutefois, seul le consentement du tuteur, curateur ou mandataire est valable aux yeux du professionnel de la santé.

- Si le représentant légal et l'usager **acceptent** les soins, le médecin ou le professionnel peut donner les soins.
- Si le représentant légal **refuse** ou si l'usager **refuse catégoriquement**, une conciliation doit être tentée entre les parties. Si le refus persiste, l'équipe traitante entame les démarches pour une ordonnance de soins.

Si la personne n'est pas ainsi représentée, son conjoint (marié, en union civile ou conjoint de fait), un proche parent ou une personne qui démontre un intérêt particulier envers elle peut donner ce consentement.

- Il arrive que malgré le consentement substitué, l'usager refuse catégoriquement le soin proposé. Dans ce cas, selon le Code civil et dans le seul intérêt de la personne, la cause peut être portée devant le tribunal pour obtenir l'autorisation de la traiter malgré son refus.

4. CONSENTEMENT À L'HÉBERGEMENT ¹

L'hébergement étant considéré comme un soin, la personne doit obligatoirement être consultée et son aptitude à y consentir devra être évaluée dans tous les cas. La professionnelle ou le professionnel qui propose l'hébergement doit s'assurer que cette évaluation a été faite. Lorsqu'elle n'est pas en mesure de donner son consentement, il revient au représentant légal de le faire à sa place (si elle est ainsi représentée).

- Si la personne sous régime de protection est jugée apte à consentir, elle peut accepter ou refuser la proposition d'hébergement offerte.
- Pour les personnes sous régime public de protection, le consentement substitué est donné par le Curateur public.

Tout comme le consentement à recevoir des soins, s'il y a **refus catégorique** de la personne inapte, l'établissement doit en saisir le tribunal, si nécessaire.

1. *Le Point*, vol.10, no.3, octobre 2011, Curateur public du Québec

Même si elle est jugée apte à consentir à l'hébergement proposé, la personne munie d'un régime de protection à la personne perd l'exercice de son droit civil de consentir à la transmission d'informations confidentielles la concernant et son représentant légal doit donner un consentement substitué pour l'accès à son dossier.

Formulaire

Le formulaire *Consentement à l'hébergement* est disponible sur demande ou sur le site Web du Curateur public : www.curateur.gouv.qc.ca, représentant du RSSS, formulaires. Il peut être rempli directement à l'écran. Vous devez ensuite l'imprimer et l'envoyer au Curateur public par la poste:

600, boulevard René-Lévesque Ouest,
Montréal (Québec) H3B 4W9

ou par télécopieur

5. VACCINATION

Le consentement du Curateur public est implicite pour chacune des personnes qu'il représente quant aux vaccins inclus dans le Protocole d'immunisation du Québec (ex: diphtérie, tétanos, hépatite B, rubéole, influenza, pneumocoque).

L'obligation d'informer la personne à vacciner, dans la mesure de sa compréhension, demeure. Tout refus catégorique d'une personne devra être respecté.

6. AUTORISATION DU TRIBUNAL

L'autorisation du tribunal est nécessaire dans trois circonstances :

1. **Refus catégorique** d'une personne inapte à consentir;
2. Celui qui est légalement autorisé à consentir ne peut être rejoint (impossibilité d'obtenir un consentement substitué);
3. Refus injustifié par celui qui est légalement autorisé à consentir.

Comment procéder ? Lorsque toutes les autres démarches ont été tentées (conciliation, recours à la personne-ressource, comité d'éthique clinique, etc.), c'est l'établissement qui soigne la personne qui dépose une requête pour autorisation des soins au tribunal. Le médecin traitant ou le professionnel informe, par courriel, le directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires ainsi que la Direction générale de la situation.

Afin de déposer une requête au tribunal, **l'établissement doit fournir un rapport psychosocial** fait par un travailleur social ou par une personne autorisée selon le Code des professions **et un rapport médical**, réalisé par le médecin traitant. Tout document d'évaluation jugé pertinent peut également être joint.

La Direction générale, par le biais de l'adjoint au PDG, Relations médias, communications et affaires juridiques, est responsable des liens avec les services juridiques et ce, tout au long du processus.

7. LA DIRECTION MÉDICALE ET DU CONSENTEMENT AUX SOINS (DMCS)

Pour demander au Curateur public de consentir à des soins pour une personne majeure sous régime de protection public ou qui, étant totalement isolée, a besoin d'être protégée, c'est la Direction médicale et du consentement aux soins qui peut consentir aux demandes suivantes :

- soins ;
- niveau de soins ;
- mesures de contrôle ;
- dons d'organes et de tissus après le décès ;
- expérimentation ;
- autopsie ;
- accès au dossier de l'utilisateur ;
- captation et utilisation de l'image ou de la voix.

Toutes les demandes doivent contenir les nom, prénom et date de naissance de la personne visée ainsi que le numéro de son dossier au Curateur public.

LE CONSENTEMENT AUX SOINS

EN TOUT TEMPS
514 873-5228
1 800 363-9020

Comment transmettre la demande à la DMCS

Pendant les heures de service

(du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30)

Par téléphone

514 873-5228
1 800 363-9020

Par télécopieur

514 873-0146

Les formulaires de demandes de consentement sont disponibles sur le site Web du Curateur public, section représentant RSSS, formulaires.

- ☞ *Demande de consentement à une mesure de contrôle—Contention et isolement*
- ☞ *Demande de consentement à un niveau de soins*
- ☞ *Demande de consentement à un soin*
- ☞ *Demande d'accès au dossier de l'utilisateur*
- ☞ *Demande de consentement à la captation et l'utilisation de l'image ou de la voix (réfère au droit du respect de la vie privée)*

Par la poste

Direction médicale et du consentement aux soins
Curateur public du Québec
600, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 4W9

En urgence

Par téléphone*
514 873-5228
1 800 363-9020

* Les demandes urgentes peuvent être transmises verbalement, mais doivent être confirmées par écrit le plus rapidement possible.

Source des images

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *À la rencontre de la personne: session d'information: À l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*, Québec, Curateur public du Québec, 2007, en couverture

Production

Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires ainsi que la Direction des programmes sociaux

Conception

Annick Leblanc, agente de planification, de programmation et de recherche, centre administratif
418 748-3575, poste 75117

Carolle Bouchard, travailleuse sociale professionnelle
Centre de santé René-Ricard

Suzie Potvin, travailleuse sociale professionnelle
Centre de santé de Chibougamau
418 748-6435 poste 24213

Version révisée : juin 2018

Parution originale : janvier 2015



ANNEXE 2

LE MANDAT DE PROTECTION – DEMANDE POUR HOMOLOGATION

Le mandat de protection – demande pour homologation

L'évaluateur devrait se référer en tout temps au Guide de pratique produit par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) :

Guide de pratique - Évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'incapacité et des autres mesures de protection au majeur.pdf

Le mandat de protection est un contrat que l'on rédige lorsqu'on est apte et qui a pour objet les actes destinés à assurer, en prévision de son incapacité à prendre soin de soi ou à administrer ses biens, la protection de sa personne, l'administration en tout ou en partie, de ses biens et, en général, son bien-être moral et matériel¹⁸

- Contrat notarié ou fait devant deux témoins qui n'ont aucun intérêt à l'acte;
- Peut être modifié ou révoqué en tout temps durant l'aptitude;
- Ne prend effet que lorsque la personne est incapable et qu'il est homologué par un tribunal;
- Seul le mandataire ou son substitut peut en demander l'homologation. Sa demande est appuyée d'évaluations médicale et psychosociale concluant à l'incapacité de la personne;
- Il n'y a pas d'assemblée de parents, d'alliés ou d'amis (APAA);
- Les objectifs de l'évaluation psychosociale varient selon la situation présentée. Pour l'homologation d'un mandat, se référer à la page 20 du Guide de pratique de l'OTSTCFQ;
- Est-ce que le mandat de protection assure une protection complète, tant pour la personne que pour ses biens ?
- La copie originale des évaluations médicale et psychosociale devra être envoyée au requérant ayant attesté sous serment qu'il entend demander l'homologation du mandat ou au juriste (avocat ou notaire) mandaté par la famille ou les proches. Ne pas transmettre au Curateur public car les documents lui seront signifiés par le Tribunal;
- Une copie des évaluations (médicale et psychosociale) est remise à la personne visée et une copie est conservée au dossier de l'établissement.

¹⁸ *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux, module 4*

De plus, le Curateur public a diverses publications sur le sujet. Pour vous assurer d'avoir la version la plus récente, il est recommandé d'y accéder par le biais du site Internet. Vous y trouverez, entre autres :

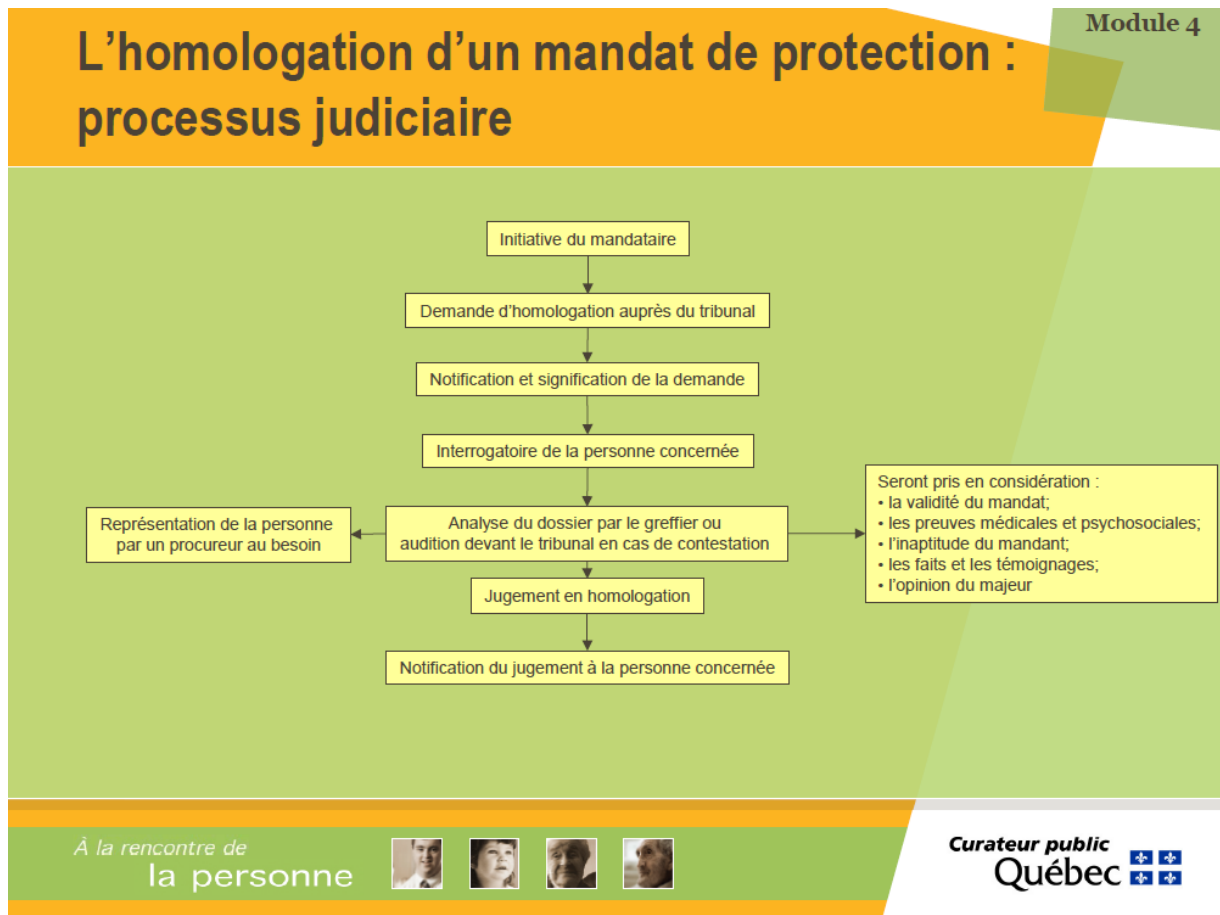
- *En prévision de l'incapacité : le mandat de protection* (brochure);

En prévision de l'incapacité : le mandat de protection.

- Le module 4 du *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*, intitulé « Le mandat de protection », apporte quelques précisions complémentaires.

Guide de référence à l'intention des personnes-ressources.

- Tiré de ce Guide, voici un schéma résumant le processus judiciaire :



ANNEXE 3

ÉVALUATION / RÉÉVALUATION DU MAJEUR

Évaluation / réévaluation du majeur

Le dépliant intitulé *Avant de conclure au besoin de l'ouverture d'un régime de protection : alternatives à vérifier*, produit par la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires ainsi que la Direction des programmes sociaux, contient diverses informations sur les moyens alternatifs permettant d'assurer le bien-être et la sécurité d'une personne devenue vulnérable.

- Une version imprimable est jointe à la fin de cette annexe.

Ouverture à l'initiative du réseau

En référence à l'article 270 du C.c.Q, « Lorsqu'un majeur, qui reçoit des soins ou des services d'un établissement de santé ou de services sociaux, a besoin d'être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils en raison de son isolement, de la durée prévisible de son inaptitude, de la nature ou de l'état de ses affaires ou en raison du fait qu'aucun mandataire désigné par lui n'assure déjà une assistance ou une représentation adéquate, le directeur général de l'établissement en fait rapport au Curateur public, transmet une copie de ce rapport au majeur et en informe un des proches de ce majeur.

Le rapport est constitué, entre autres, de l'évaluation médicale et psychosociale de celui qui a examiné le majeur; il porte sur la nature et le degré d'inaptitude du majeur, l'étendue de ses besoins et les autres circonstances de sa condition, ainsi que sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection. Il mentionne également, s'ils sont connus, les noms des personnes qui ont qualifié pour demander l'ouverture du régime de protection. »

Ouverture à l'initiative d'un proche

- Un proche qui demande l'ouverture d'un régime de protection privé peut obtenir de l'établissement une évaluation médicale et psychosociale. Il peut également confier ce mandat à un juriste (notaire ou avocat);
- Cette personne de l'entourage doit avoir déclaré sous serment qu'elle entend entamer les procédures d'ouverture d'un régime de protection (selon l'article 22 de la LSSS); cette déclaration soutient sa requête. Les personnes habilitées à recevoir le serment sont les commissaires à l'assermentation, les notaires, les avocats, etc. La demande d'évaluation doit ensuite être adressée, par écrit, à la DSPSM, accompagnée de la déclaration;
- Le Rapport du directeur général, composé de l'*Évaluation médicale* et de l'*Évaluation psychosociale*, est disponible en version électronique sur le site Internet du Curateur public. Le Curateur public propose l'utilisation de ce formulaire, qui couvre les éléments nécessaires pour permettre au tribunal de statuer sur la requête en ouverture d'un régime de protection.

*** Toujours se référer au site Internet du Curateur public, pour l'assurance d'utiliser les formulaires les plus récents. Des instructions y sont rattachées pour compléter adéquatement chacune des parties.

Voici le lien électronique :

Formulaires - Réseau de la santé et des services sociaux - Le Curateur public du Québec

Les formulaires portant la mention « dynamique » peuvent être complétés à l'écran; il importe d'en imprimer une copie (en mode recto seulement) et la signature doit être faite à l'encre bleue.

S'associer à d'autres professionnels dans les cas d'évaluations complexes

Évaluer l'ensemble des incapacités – et des capacités – d'une personne exige parfois de documenter plusieurs éléments, soit l'évaluation de son fonctionnement psychologique, de ses habiletés fonctionnelles et de ses processus mentaux. Cela peut donc impliquer la concertation de plusieurs professionnels, comme des psychologues, des ergothérapeutes ou des infirmières ou infirmiers.

- Considérant l'impact de l'appréciation du degré de l'inaptitude sur les droits de la personne, il est fortement recommandé à l'évaluateur médical d'échanger sur les conclusions de son évaluation avec l'évaluateur psychosocial, afin de favoriser une cohérence notamment une cohérence dans les informations du Rapport. Le tribunal prendra sa décision en fonction des preuves qui lui sont soumises.

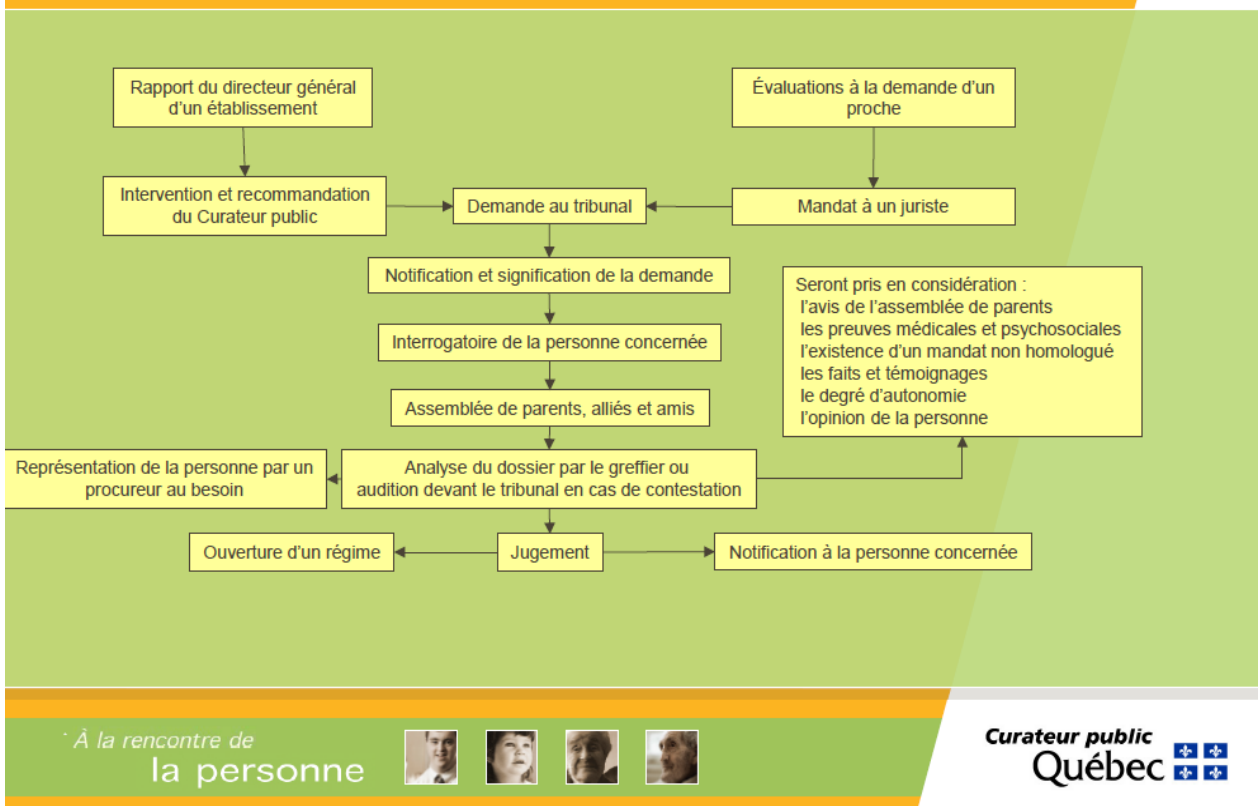
Il est possible d'annexer des expertises complémentaires, à condition qu'elles soient cohérentes.

- Lorsque le demandeur de l'évaluation est un proche ou un membre de la famille de la personne, en vue de l'ouverture d'un régime de protection privé, l'avis du directeur général n'est pas nécessaire;
- Une photocopie sera remise à la personne et une seconde sera conservée au dossier, par le biais des archives médicales;
- Par la suite, un suivi est réalisé par l'établissement pour s'assurer de l'ouverture du régime de protection. Cette étape permet de maintenir à jour le registre des clientèles sous régime.

Voici un schéma illustrant le processus judiciaire d'ouverture d'un régime de protection¹⁹

Module 2

Processus judiciaire d'ouverture d'un régime de protection



¹⁹ Provient du module 2 – Inaptitude à l'ouverture d'un régime de protection du *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*

Demande de réévaluation

La date de réévaluation est fixe et correspond, selon les régimes de protection, à trois ans de la date de la prise de juridiction dans les cas de tutelle et à cinq ans dans les cas de curatelle. Il s'agit donc de **délais prescrits par la loi**.

- Lorsque le Curateur public envoie une demande de réévaluation au président-directeur général ou au directeur des services professionnels d'un établissement, un délai de traitement de la demande nous est imparti.
- Nous pouvons également recevoir, d'un représentant légal privé, une demande de réévaluation. Elle doit être adressée au directeur des services professionnels pour suivre le processus défini dans notre établissement. Le délai de traitement doit également être respecté.
- Les documents pour une réévaluation sont disponibles sur Internet. Puisque des changements peuvent être apportés régulièrement, il faut se référer au site pour les informations les plus à jour. Chaque formulaire contient des instructions et une note avec mention « important » figurant sous l'entête; à lire avec soins avant de procéder.

Voici le lien électronique :

Formulaires - Réseau de la santé et des services sociaux - Le Curateur public du Québec

Le formulaire à utiliser varie selon la conclusion des évaluateurs :

Si vous recommandez **le maintien du régime de protection actuel**, vous complèterez l'*avis dans le cadre d'une réévaluation*.

Si vous recommandez **la fin ou la modification du régime de protection**, vous complèterez l'*avis dans le cadre d'une réévaluation*.

ET

Réévaluation médicale recommandant la fin ou la modification d'un régime de protection ou la cessation des effets du mandat de protection.

Réévaluation psychosociale recommandant la fin ou la modification d'un régime de protection ou la cessation des effets du mandat de protection.

Le Guide de référence du Curateur public du Québec à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux, module 5, porte sur la réévaluation de l'inaptitude et du besoin de protection.

Guide de référence - Réseau de la santé et des services sociaux - Le Curateur public du Québec.

TABLE DES MATIÈRES

1. DÉFINITION DE L'INAPTITUDE	1
2. DÉFINITION DU BESOIN DE PROTECTION	1
Le soutien de la famille	2
3. LES MESURES DE PROTECTION COURANTES	2
Le mandat domestique.....	2
La procuration	3
L'administration par un tiers	3
4. LES MESURES DE PROTECTION D'URGENCE	3
<u>Sans autorisation judiciaire</u>	
Le consentement substitué	3
Les soins urgents.....	4
La gestion d'affaires.....	4
La garde préventive	5
<u>Avec autorisation judiciaire</u>	
L'administration provisoire	5
Le mandat judiciaire.....	5
La requête pour autorisation de soins et d'hébergement.....	5
5. L'ÉVALUATION MÉDICALE ET PSYCHOSOCIALE	6
6. L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE DANS UNE DÉMARCHÉ D'HOMOLOGATION D'UN MANDAT DE PROTECTION	7
La démarche	8
L'évaluation psychosociale	8
L'opinion professionnelle et les recommandations.....	9
7. FONCTIONS DE PERSONNE RESSOURCE	9

**AVANT DE CONCLURE AU
BESOIN DE L'OUVERTURE
D'UN RÉGIME
DE PROTECTION :**

ALTERNATIVES À VÉRIFIER...

Une dame montre des symptômes de la maladie d'Alzheimer;

Un homme, victime d'un traumatisme crânien, n'est plus capable de s'occuper de ses biens;

Lorsqu'une personne ne peut plus s'occuper d'elle-même ou de ses biens à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une perte d'autonomie liée au vieillissement, il importe avant tout de penser à son bien-être et à la sécurité de la personne devenue vulnérable.

1. QU'EST-CE QUE L'INAPTITUDE?

L'inaptitude désigne l'incapacité à prendre une décision éclairée. Une personne est inapte lorsqu'elle est incapable de prendre soin d'elle-même ou d'administrer ses biens et qu'elle a besoin d'être assistée dans l'exercice de ses droits civils. Ce n'est pas une maladie, mais la conséquence d'un état dans lequel se trouve une personne, à la suite d'une perte partielle ou totale de son autonomie.

2. QU'EST-CE QUE LE BESOIN DE PROTECTION?

Au plan juridique, il y a besoin de protection lorsqu'un majeur inapte doit être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils. Ce besoin peut être causé par l'isolement de la personne inapte, par la durée anticipée de son inaptitude, par la nature ou l'état de ses affaires.

Toutefois, des moyens moins lourds de conséquences pour les droits et libertés de la personne permettent la prise en charge de la personne en perte d'autonomie et de son patrimoine.

LE SOUTIEN DE LA FAMILLE

Avant tout autre moyen, la prise en charge de la personne inapte par ses proches peut, dans de nombreux cas, combler son besoin de protection.

Dans le cas d'une personne qui reçoit régulièrement la visite de ses proches, qui ne risque pas d'être victime d'abus et qui a peu de biens à gérer (ses revenus se résument aux pensions gouvernementales, par exemple), il n'est pas nécessaire d'ouvrir un régime de protection. On pourra plutôt utiliser des moyens de protection courants.

Ses proches pourront s'entendre pour aider cette personne, si elle vit encore chez elle. À titre d'exemple, si elle ne peut plus y demeurer et qu'elle accepte de s'installer dans une résidence ou un centre d'hébergement, ils pourront l'aider à choisir un nouveau milieu de vie qui lui conviendra, en tenant compte de ses besoins et de ses revenus.

Si elle n'est pas en mesure de consentir aux soins que sa condition exige, son conjoint, un proche parent ou toute personne démontrant un intérêt particulier pour elle peut le faire à sa place, sans qu'un régime de protection ne soit nécessaire.

3. LES MESURES DE PROTECTION COURANTES

- *Le mandat domestique*

Le fait qu'un couple soit marié ou en union civile permet d'établir un mandat domestique entre les époux. Cela signifie qu'un conjoint a l'autorité et l'obligation morale d'assumer les charges de la vie quotidienne pour la famille, lorsque l'autre ne peut plus exprimer sa volonté.

Il ne s'agit pas d'un document validé par un tribunal, mais d'une responsabilité que chacun des conjoints endosse. Il permet à une personne dont le conjoint est inapte de se charger, en son nom, des besoins familiaux courants et des nécessités imprévues (aliments, soins médicaux, frais de logement, meubles, électricité, chauffage, etc.).

- *La procuration*

La procuration autorise une personne à accomplir pour une autre des actes administratifs courants (ex.: paiement de factures ou opérations bancaires) ou d'autres plus importants (ex.: signature du bail d'un logement, vente d'un immeuble). Elle concerne seulement l'administration des biens. La personne qui donne une procuration doit être en mesure de surveiller si les actes sont conformes à sa volonté.

En principe, la procuration n'est plus valide lorsque la personne devient inapte. Toutefois, elle continue à produire ses effets pendant l'instance en ouverture d'un régime de protection.

- *L'administration par un tiers*

Un membre de la famille peut recevoir les chèques de pension, autres indemnités ou prestations, au nom d'une personne qu'un médecin a évaluée comme étant inapte, pour les administrer à sa place. Ce proche doit alors prendre les arrangements nécessaires auprès des organismes gouvernementaux concernés.

* À la condition que la personne ne s'oppose pas à cette mesure.

4. LES MESURES DE PROTECTION D'URGENCE

Toutes les démarches pour valider un mandat ou pour ouvrir un régime de tutelle ou de curatelle peuvent nécessiter quelques mois entre la présentation de la demande au tribunal et le jugement de la cour.

Sans autorisation judiciaire

Interventions pouvant être faites par toute personne intéressée, incluant le Curateur public.

- *Le consentement substitué* (art.15, C. c. Q.) :

Si l'incapacité à consentir à un soin est constatée, le consentement doit être demandé, par ordre de priorité :

- Au Curateur public, s'il représente la personne;
- Au mandataire, au curateur ou tuteur de la personne;
- À son conjoint, marié, en union civile ou en union de fait;
- À un proche parent ou à une personne qui démontre un intérêt particulier pour le majeur.

- *Les soins urgents*

Un médecin peut procéder sans consentement, si celui de la personne ou d'un tiers qui peut consentir pour autrui ne peut être obtenu en temps utile. Cette situation est exceptionnelle, car habituellement, la personne inapte conserve le droit de consentir aux soins qu'on lui propose, si elle est évaluée apte à le faire.

Consentement en cas d'urgence (art 13, C.c.Q.)

En cas d'urgence, le consentement à des soins médicaux n'est pas nécessaire, lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

* Il s'agit d'une mesure d'exception.

- *La gestion d'affaires*

Utilisée seulement en cas d'urgence et dans des situations exceptionnelles, la gestion d'affaires n'est pas une autorisation accordée par une instance judiciaire ou gouvernementale. C'est plutôt un principe général de droit qui permet d'agir de manière ponctuelle pour préserver les biens d'une personne qui n'est pas en mesure d'intervenir. Les frais engagés par la gestion d'affaires doivent être remboursés à même le patrimoine du propriétaire des biens.

N'importe qui peut recourir à la gestion d'affaires, y compris le personnel du réseau de la santé et des services sociaux ou le Curateur public, si le réseau lui a signalé un besoin d'ouverture d'un régime de protection.

La gestion d'affaires peut, par exemple, être invoquée dans les situations suivantes :

- En hiver, un locataire paie pour le déblaiement des escaliers d'un triplex appartenant à une personne qu'il présume inapte pour éviter les risques d'accidents dus à la neige et à la glace;
- Prendre l'initiative de faire réparer le toit de la maison de la personne inapte s'il coule;
- De faire effectuer des travaux de plomberie urgents dans un immeuble qu'elle possède.

- *La garde préventive*

Face à une personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, un agent de la paix peut, sans autorisation du tribunal, l'amener contre son gré à un établissement de santé doté des aménagements nécessaires ou à un centre hospitalier pour une garde préventive. Ce type de mesure de protection est approprié lorsqu'une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Avec autorisation judiciaire

- *L'administration provisoire*

Au même moment de faire une demande au tribunal pour obtenir un régime de tutelle ou de curatelle ou pour homologuer un mandat, s'il y a urgence d'agir, une requête en administration provisoire peut être produite. Celle-ci donne certains pouvoirs en attendant que le tribunal se prononce sur le type de régime de protection approprié à la situation de la personne inapte. Une fois nommée administrateur provisoire, une personne peut percevoir des loyers ou engager quelqu'un pour prendre soin de la personne à son domicile. Ces frais seront payés à même son patrimoine.

- *Le mandat judiciaire*

Le tribunal peut autoriser un époux à passer seul un acte pour lequel le consentement du conjoint inapte serait normalement nécessaire (ex. : la vente d'une voiture ou d'un immeuble). Le mandat judiciaire est un recours spécial et temporaire. Seul un tribunal peut l'accorder pour sortir d'une impasse, le modifier ou le révoquer.

Le tribunal peut aussi confier à l'autre époux la gestion des biens dont le conjoint inapte a l'administration en vertu d'un régime matrimonial.

- *La requête pour autorisation de soins et d'hébergement*

Quand l'autorisation du tribunal est-elle requise? (art 16, C.c.Q.)

L'autorisation du tribunal est nécessaire :

- En cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement;

5

- Si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Si la personne représentée par le Curateur public refuse de consentir aux soins, l'établissement qui lui donne des services demande l'autorisation de procéder. Le Curateur public est mis en cause dans les procédures, c'est-à-dire qu'il est informé que l'établissement entreprend des démarches auprès des tribunaux.

5. L'ÉVALUATION MÉDICALE ET PSYCHOSOCIALE

Une personne vulnérable a des droits et en tant que professionnel, il faut veiller à ses intérêts. Le médecin de famille et un travailleur social de l'établissement feront les évaluations requises. Pour déterminer l'incapacité de la personne, des évaluations médicales et psychosociales sont obligatoires.

- *L'évaluation médicale*

Elle est faite par un médecin, spécialiste ou généraliste. Il examinera l'état de santé de la personne afin de déterminer la cause, le degré et la durée de son incapacité.

- *L'évaluation psychosociale*

Elle est réalisée par un travailleur social ou par une personne autorisée selon le Code des professions. Il rencontrera la personne inapte, les membres de sa famille et toute autre personne qui pourront lui permettre d'évaluer son autonomie et son besoin de protection. Il tiendra compte des mesures alternatives susceptibles de répondre à ses besoins, sans recourir à l'ouverture d'un régime de protection. La prise en charge par la famille et par les proches sera la mesure privilégiée. Ils sont en effet les mieux placés pour jouer ce rôle, puisqu'ils connaissent mieux que quiconque les besoins de la personne inapte.

**** L'évaluateur devrait se référer en tout temps au Guide de pratique produit par l'OTSTCFQ.**

Dans une évaluation psychosociale, il est important de démontrer la vulnérabilité d'une personne majeure et les dangers encourus, si elle est laissée à elle-même. Ainsi, même si le médecin a déclaré une personne « inapte », le travailleur social fera sa propre évaluation en considérant l'incapacité dans le contexte de vie de la personne. Pour prétendre qu'une personne est inapte et pour recommander un régime de protection, il faut se demander :

6

- ✦ Est-ce que la personne est apte à prendre soin d'elle-même?
- ✦ Qu'en est-il de sa médication, de ses rendez-vous médicaux?
- ✦ S'alimente-t-elle?
- ✦ A-t-elle besoin d'assistance ou de conseil?
- ✦ A-t-elle besoin d'être représentée?
- ✦ Quels sont le degré et la durée de son inaptitude?
- ✦ Est-elle soupçonnée de prodigalité (dépenser sans compter, irrationnellement, inconsidérément, dilapider ses biens)?

Une bonne collecte de données est nécessaire afin de mieux connaître la personne vulnérable, son historique de vie et son environnement, ainsi que pour cibler la personne la mieux placée pour la représenter. Autres questions importantes:

- ✦ En quoi la personne n'est-elle plus en mesure de prendre soin d'elle-même, ou de gérer ses affaires financières?
- ✦ Que fait-elle pour pallier ces manques?
- ✦ La personne disposée à la représenter maintient-elle de bons liens avec elle?
- ✦ Etc.

6. L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE DANS UNE DÉMARCHE D'HOMOLOGATION D'UN MANDAT DE PROTECTION

Alors qu'elle était apte à décider par elle-même, une personne peut avoir rédigé un mandat en prévision de son inaptitude, dans lequel elle a désigné celui ou celle qui veillera alors sur ses biens et sur sa personne. Au préalable, le mandataire aura pris soin de faire une déclaration sous serment à l'effet qu'il entend demander l'homologation du mandat. Il adressa sa demande d'évaluation médicale et psychosociale au directeur de la DSPSM ou confiera à un procureur (notaire ou avocat) de le faire en son nom.

Quand vient le moment de procéder à une évaluation psychosociale pour une requête d'homologation d'un mandat de protection, le travailleur social doit se poser un certain nombre de questions fort importantes. Par exemple:

- ✦ Au moment de la signature du mandat, la personne était-elle apte?
- ✦ Si la signature a été faite devant témoins, ceux-ci sont-ils également désignés comme mandataires ou mandataires substitués?
- ✦ Au moment de la signature, quels étaient les rapports entre le mandataire désigné et le mandant?
- ✦ Est-ce que le mandat de protection assure une protection complète, tant pour la personne que pour ses biens?

7

En prenant soin d'obtenir toutes les réponses à ces questions, avant d'amorcer son intervention, le travailleur social s'assure d'être bien positionné quant à l'orientation à donner à sa démarche: faut-il recommander l'homologation du mandat? Serait-il préférable d'opter pour l'ouverture d'un régime de protection privé? Public?

Les composantes de la démarche

Tout au long du processus, le client du travailleur social, c'est la personne qu'il s'apprête à évaluer. Lorsqu'une demande d'évaluation psychosociale est demandée, il faut:

1. Obtenir un certificat d'incapacité médical. C'est l'un des premiers documents qui permettent d'identifier la nature et le degré de l'incapacité. L'absence de ce document rend impossible la finalité du processus;
2. Obtenir une copie du mandat de protection afin d'étudier les données de base:
 - A. Si un des témoins à la signature du mandat y est identifié comme mandataire désigné, le mandat devient invalide;
 - B. Il en sera de même si le travailleur social estime qu'au moment de la signature, la personne visée par la demande était inapte.

L'évaluation psychosociale

Le travailleur social doit exercer son jugement professionnel en prenant en considération divers éléments:

- Les motifs présentés par le requérant et qui expliquent la situation justifient la demande;
- La situation légale du mandant et ses antécédents psychosociaux;
- L'évolution de la pathologie identifiée sur le certificat médical;
- La situation actuelle.

Au moment de procéder à la dernière partie de l'évaluation psychosociale, il importe de décrire les déficits observés ainsi que les moyens mis en place pour pallier ces difficultés, qu'elles se situent au niveau de la personne ou de la gestion de ses biens. Le réseau social, le type et la qualité de l'implication des proches doivent également peser dans la balance.

8

L'opinion professionnelle et les recommandations

L'évaluation sert à établir l'inaptitude, tout en décrivant les déficits observés. Avant d'aller plus loin, il faut être conscient qu'en s'engageant dans cette voie, le mandant renonce à certains droits civiques.

Bien que le travailleur social doive respecter la volonté du mandant dans son choix de mandataire, encore faut-il que ce dernier soit en mesure d'assumer cette responsabilité. En cas de doute (ex. : sur la capacité de la personne choisie à remplir une telle responsabilité, craindre qu'il y ait risque d'abus), il faut appuyer notre jugement sur des faits observables. Dans cette optique, en l'absence de mandataire substitut, il faut recommander l'ouverture d'un régime de protection.

7. Fonctions de personne-ressource

En octobre 2007, le Curateur public a lancé un *Programme de désignation et de formation des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*. Cela touche les questions relatives à la protection des personnes inaptes et sur les rôles et responsabilités de chacun quand survient l'inaptitude.

- Elle peut répondre aux questions et soutenir les intervenants dans des situations complexes;
- Elle est la référence régionale à qui s'adresser pour toute précision relative aux démarches à réaliser;
- Elle assure un soutien dans la rédaction des rapports d'évaluation et de réévaluation;
- Elle est le lien privilégié avec l'agent de planification, de programmation et de recherche ayant le dossier du Curateur public au centre administratif du CRSSS de la Baie-James et avec le répondant du Curateur public (Direction territoriale Nord);
- Elle assure la communication lors de cas particuliers ou de problématiques entre le Curateur public et notre établissement.

En bref...

Il s'agit d'une démarche délicate, étant donné la portée légale des documents, lesquels seront consultés par la personne visée, par le Curateur public et par le tribunal, le cas échéant. La rigueur et la qualité des écrits en découlant sont incontournables, dans l'intérêt de la personne évaluée.

Source des images

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *À la rencontre de la personne: session d'information: À l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*, Québec, Curateur public du Québec, 2007, en couverture

Production

Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires ainsi que la Direction des programmes sociaux

Conception

Annick Leblanc, agente de planification, de programmation et de recherche, centre administratif
418 748-3575, poste 75117

Carolle Bouchard, travailleuse sociale professionnelle
Centre de santé René-Ricard

Suzie Potvin, travailleuse sociale professionnelle
Centre de santé de Chibougamau
418 748-6435, poste 24213

Version révisée : juin 2018

Parution originale : janvier 2015

ANNEXE 4

LA REPRÉSENTATION PUBLIQUE ET LES INTERVENTIONS DU CURATEUR PUBLIC

La représentation publique et les interventions du Curateur public

Quand aucun proche n'est en mesure de le faire, le Curateur public veille à ce que les personnes inaptes, souvent seules et isolées soient protégées dans le respect de leurs droits et de leurs intérêts, pour la sauvegarde de leur autonomie.

Le module 7 du *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*, intitulé «La représentation publique et les interventions du Curateur public du Québec», apporte des précisions sur divers sujets, dont :

- Les **relations et services** dont visiter la personne au moins une fois l'an, consulter et maintenir un contact avec les proches, participer au PSI ou au PI ou, à défaut, au plan de soins ou à tout autre outil utilisé par le réseau de la santé et des services sociaux, donner des consentements, etc.;
- L'**administration des biens** dont faire l'inventaire des biens de la personne et gérer ses revenus et des legs, etc.;
- L'**administration déléguée des biens**, dont la gestion des allocations pour dépenses personnelles, etc.;
- L'**accompagnement juridique**;
- La **gestion du patrimoine** dont produire les déclarations fiscales, renouveler leurs assurances, etc.;
- La **protection de la personne** dont analyser les rapports d'accidents avec conséquences majeures et s'assurer que les correctifs ont été apportés, etc.;
- Les **voyages** et les **centres de vacances**;
- Les **déménagements** et les **décès**.

L'ensemble des informations est accessible par le lien suivant :

http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/reseau_de_la_sante/mod07.pdf

En tant qu'établissement de santé, **des responsabilités peuvent nous être confiées auprès des personnes hébergées**. Une collaboration de l'intervenant de la ressource d'hébergement ou de l'établissement est requise pour :

- Dresser la liste et la valeur des biens de la personne;
- Pour définir les besoins mensuels et spécifiques en prévision des allocations personnelles;
- La gestion de l'allocation pour dépenses personnelles des personnes représentées par le Curateur public peut être déléguée à l'établissement. Pour en savoir davantage :

Publications - Réseau de la santé et des services sociaux - Le Curateur public du Québec

- Les aides techniques - Une circulaire ministérielle, ayant pour sujet *Biens et services non couverts par la contribution des adultes hébergés, allocations pour dépenses personnelles et règles relatives aux besoins spéciaux*, 1995-010 (2^e version), aborde la question.
- Etc.

Le module 8 du *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux* apporte des précisions sur la gestion des biens de la personne. Les informations sont accessibles par le lien suivant :

Guide de référence à l'intention des personnes-ressources

ANNEXE 5

LES SIGNALEMENTS

Les signalements²⁰

Un travailleur social peut parfois être témoin d'une situation de maltraitance, de négligence ou d'abus sur une personne vulnérable. Quand cela doit-il être signalé au Curateur public?

Un signalement correspond à toute situation susceptible de compromettre la sécurité, la dignité ou l'intégrité d'une personne (notamment sa santé physique ou mentale) ou de ses biens et dont le Curateur public est informé. Ce dernier reçoit les signalements qui concernent :

- Une personne sous tutelle ou curatelle privée ou publique;
- Une personne sous la protection d'un mandataire;
- Une personne dont l'incapacité a été constatée par une évaluation médicale, mais qui ne bénéficie pas encore d'une mesure de protection.

Le module 9 du *Guide de référence du Curateur public à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux* apporte des précisions sur les signalements et le traitement des plaintes. Les interventions du Curateur sont décrites et accessibles par le lien suivant :

http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/reseau_de_la_sante/mod09.pdf

Renseignements à fournir lors d'un signalement

- Nom, date de naissance, adresse et numéro de téléphone de la victime présumée;
- Nom d'une personne de son entourage;
- Énumération des faits inquiétants (propos, gestes ou attitude de la victime présumée, blessures ou marques sur elle, dépense excessive de son argent, appropriation ou détournement de ses biens par une personne de son entourage, etc.);
- Précisions, si possible, sur le moment du début des actes dénoncés et sur leur fréquence.

²⁰ Les signalements au Curateur public du Québec, Bulletin de l'OTSTCFQ, N° 120, été 2013

Concernant les situations où la victime alléguée est apte (dont l'inaptitude n'a pas été constatée par l'évaluation médicale), le signalant est redirigé vers l'organisme ayant la compétence pour sa prise en charge. Les coordonnées de l'établissement sont alors transmises au signalant. Se référer au module 9, mentionné précédemment, pour les diverses options possibles.

D'autres organismes peuvent intervenir auprès des personnes aptes :

- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ);
- Aide Abus Aînés;
- Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du réseau de la santé et des services sociaux;
- Protecteur du citoyen;
- Les corps policiers;
- Etc.

ANNEXE 6

L'ADMINISTRATION PAR UN TIERS

L'administration par un tiers

Certaines lois particulières permettent la désignation d'un tiers, pour administrer une prestation ou une indemnité. Lorsqu'une personne est considérée comme étant incapable de gérer ses propres affaires, un membre de la famille peut recevoir les chèques de pension, autres indemnités ou prestations, au nom de cette personne qu'un médecin a évaluée comme étant inapte, pour les administrer à sa place. Ce proche doit alors prendre les arrangements nécessaires auprès des organismes gouvernementaux concernés. Mais comment soutenir les proches dans les démarches à réaliser ?

Il existe divers formulaires, en fonction des assureurs et organismes visés. Voici quelques exemples :

- **Emploi-Québec** : *Administration de l'aide financière par un tiers*

http://emploi.quebec.gouv.qc.ca/uploads/tx_fceqpubform/SR_f_sr0014.pdf

- **Le Régime de rentes du Québec (RRQ)** :

Selon le règlement sur les prestations (article 7) : « Lorsqu'un bénéficiaire doit, en raison de son incapacité à gérer ses affaires, être assisté ou représenté et qu'aucun administrateur n'a été désigné légalement pour gérer ses biens, la Régie peut désigner toute personne pour administrer les prestations auxquelles il a droit. Les règles prévues aux articles 1308 à 1323 du Code civil du Québec s'appliquent à la personne ainsi désignée par la Régie. »

- **Le régime de pensions du Canada** :

Certificat d'incapacité : Détail du formulaire

Ce formulaire, lorsqu'il est rempli par un professionnel de la santé, permet de déterminer si une personne est incapable de gérer ses propres affaires. La personne ou l'organisme qui soumet la demande peut recevoir et administrer les prestations au nom d'un client.

Convention relative à l'administration des prestations aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada par un administrateur privé (pour recevoir des prestations au nom d'une personne qui est incapable de gérer ses propres affaires) : Détail du formulaire

- **Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST);**
- **Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC);**
- **Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ);**
- **Etc.**

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT. *Modèle type - Politique de protection du majeur inapte*, Rimouski, l'Agence, [s.d.], 6 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT. *Modèle type – Procédure : Protection du majeur inapte*, Rimouski, l'Agence, [s.d.], 9 p. et 13 annexes.

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC. « Les signalements au Curateur public du Québec », Bulletin de l'OTSTCFQ, no 120, été 2013, p. 18-19.

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC. *Guide de référence du Curateur public du Québec à l'intention des personnes-ressources du réseau de la santé et des services sociaux*, Montréal, Curateur public du Québec, [s.d.], 10 modules.

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC. *La gestion de l'allocation pour dépenses personnelles des personnes représentées par le Curateur public*, Montréal, Curateur public du Québec, 2010, [13 p.].

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC. *Un de vos proches devient inapte – Comment le protéger ?*, Montréal, Curateur public du Québec, [s.d.], 15 p.

DIRECTION DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET DE LA RECHERCHE. *Évaluation du programme de désignation et de formation de personnes-ressources du RSSS dans le dossier curateur public – Études et recherches Cahier 1101*, Montréal, Curateur public du Québec, 2011, 108 p.

GAUTHIER, Lyse. *L'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'incapacité et des autres mesures de protection au majeur : Guide de pratique*, Montréal, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2011, 46 p.

Guide explicatif : Le projet de loi 21 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, Québec, L'Office des professions du Québec, 2012, 81 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Biens et services non couverts par la contribution des adultes hébergés, allocations pour dépenses personnelles et règles relatives aux besoins spéciaux*, Circulaire 1995-010 (2^e version), 03.01.41.03, Québec, MSSS, 1995, 7 p.

