

# Évaluation de l'aptitude en clinique spécialisée de gériatrie

---

Lise Laliberté, infirmière clinique, Clinique  
gériatrique de Québec

Dre Marie-Pierre Fortin, gériatre, Clinique  
gériatrique de Québec

RAM janvier 2023



# Conflits d'intérêts

---

Les conférencières n'ont pas de conflits d'intérêts en lien avec cette présentation.

# Objectifs

---

- Se familiariser avec les **étapes d'évaluation** de l'aptitude en clinique spécialisée.
- **Appliquer** les principes théoriques dans des **situations réelles**.
- Réviser les **indications de référence** en **spécialité** pour l'évaluation de l'aptitude.



« Si l'on veut que le vieillissement soit quelque chose de positif, il faut aussi, que la vie plus longue s'accompagne de possibilités d'être en **bonne santé, de participer et d'être en sécurité.** »

Organisation mondiale de la santé, 2002

# 7 rôles de l'infirmière à l'égard d'une personne en perte d'autonomie et atteinte d'un TNC

<u>1</u>	<b>Promotion de la dignité humaine</b>
<u>2</u>	Satisfaction des besoins de base et <b>des besoins complexes</b> , y compris la <b>préservation de la sécurité</b>
3	Surveillance clinique de l'état de santé
4	Communication
5	Gestion optimale des SCPD
6	Prévention de la détérioration précipitée des capacités cognitives
7	Accompagnement des proches

Nursing Midwifery et Allied Health Professions Policy Unit, 2016

# Différents types d'aptitude



Consentement à un soin  
(Critères de la Nouvelle  
Écosse)

Assurer la  
représentation/ protection de sa  
personne

Gérer ses  
biens

Rédiger une  
procuration  
bancaire

Rédiger un  
mandat en cas  
d'inaptitude

Rédiger un  
testament ou le  
modifier

# RAPPEL: PRÉMISSSES À L'ÉVALUATION DE L'APTITUDE (MÉDECIN DE FAMILLE ET SPÉCIALISTES)

## 1. Mon patient a-t-il besoin de protection ?

- Vente d'un bien important
- Nature et états des affaires du patient
- Suspicion d'abus, maltraitance ou risque de dilapidation du patrimoine
- Isolement social
- Non accès aux comptes, à l'argent, placements
- Volonté de la famille ou conflits familiaux

## 2. Mon patient est-il inapte ?

- À assurer la protection de sa personne
- À gérer ses biens

## 3. De quoi découle l'inaptitude de mon patient ? (diagnostic)



# ÉTAPES DE LA DÉMARCHE

## Évaluation infirmière

Dépistage : vulnérabilité, abus, besoin de protection  
Situation psychosociale  
Questionnaire fonctionnel (validé avec les proches)  
Examen clinique de l'état mental (TNC)

## Évaluation médicale

Révision comorbidités  
Révision habitus  
Révision des médicaments  
Histoire cognitive et examen physique  
Examens complémentaires : PV, imagerie cérébrale

## Évaluation cognitive

Questionnaire collatéral (proches)

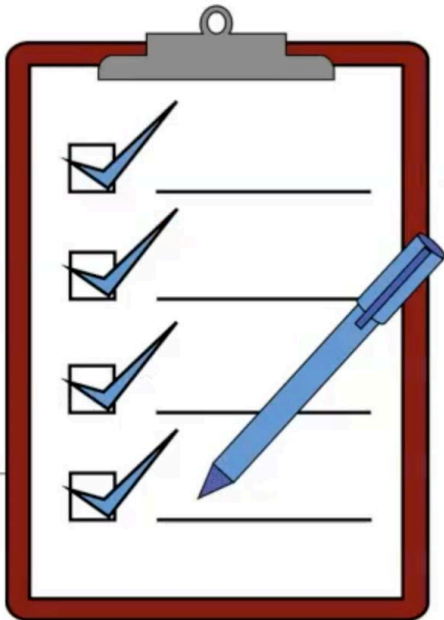
**QUESTIONNAIRE APTITUDE**

## Évaluations complémentaires au besoin

Ergothérapie

Neuropsychologie

Psychiatrie





# Aptitude à assurer la protection/représentation de sa personne

Processus décisionnel



## Comprendre

- Ses problèmes de santé et ses traitements
- Son autonomie

## Apprécier les conséquences

- Quels sont ses besoins, les identifie-t-il ?
- Si besoin d'aide, comment va-t-il le chercher ?

## Raisonner

- Nécessite de l'autocritique et du jugement
- Mises en situation

## Exprimer un choix

# Questionnaire :

## Aptitude à assurer la protection de sa personne

### 1. Compréhension de son état de santé

Quel est votre âge, adresse, numéro de téléphone services d'urgence ?

Avez-vous des problèmes de santé ? Quels sont les plus graves et qui nécessitent le plus de soins ?

Prenez-vous des médicaments ? Pourquoi vous les prenez ?

### 2. Capacité à apprécier son autonomie et les conséquences (à valider avec histoire collatérale)

Avez-vous besoin d'aide au quotidien ?

Comment faites-vous pour obtenir de l'aide ?

### 3. Capacité de raisonnement (autocritique et jugement)

Mises en situation :

- Que faites-vous si vous avez une douleur dans la poitrine ?
- Que faire si vous tombez par terre, êtes blessés et incapable de vous relever ?
- Que faites-vous s'il y a de la fumée dans votre chambre ?
- Que faites-vous si le tuyau du lavabo est brisé et coule ?

### 4. Exprimer son choix, ses volontés

# Aptitude à gérer des biens

Processus décisionnel



## Connaître

- Son patrimoine
- Coût de la vie
- Source de dépenses

## Être capable

- Reconnaître chèque vs relevé comptes
- Faire des transactions simples et complexes
- Faire des calculs simples

## Raisonner

- Capacité à aller chercher de l'aide au besoin

## Exprimer un choix

# Questionnaire : Aptitude à gérer ses biens

## 1. Connaissance de sa situation financière

Quelles sont vos avoirs et leurs valeurs (maisons, auto) ? Avez-vous des placements ?

Quels sont vos revenus et dépenses ?

Quelle est votre institution bancaire ?

Comment vaut une pinte de lait, un plein d'essence, une épicerie ?

## 2. Apprécier le besoin d'aide et les conséquences si non présente

- Avez-vous des cartes bancaires ? Oubliez-vous le NIP ?
- Avez-vous à faire des chèques ? Est-ce plus difficile ?
- Comment vous payez vos factures ?
- Recevez-vous des relevés de compte ? Si oui, de quelles compagnies ?
- Êtes-vous capable de faire des transactions simples (paiement épicerie) et complexes ?
- Avez-vous de la difficulté à faire des calculs ? (À tester PRN)

## 3. Capacité de raisonnement (autocritique et jugement)

- Avez-vous besoin d'aide pour la gestion de vos biens ?
- Comment faites-vous pour obtenir de l'aide ?

## 4. Exprimer ses choix

Source:  
Précis  
Pratique de  
Gériatrie,  
Outil GEMA  
et celui de  
Dominique  
Giroux

## Information financières

(Inspiré HGM division Gériatrie)

Dossier

Nom

Prénom

Revenus (mensuels)	\$\$	Dépenses (mensuelles)	\$\$
Aide sociale :		Médicaments	
Pension et supplément		Loyer	
RRQ ou RPC		Taxes	
Régime de retraite privé		foncières/scolaires	
Logi-rente (allocation de		Électricité	
logement		Téléphone (fixe et cell)	
Autres : REER		Gaz	
Revenu		Cable télé	
d'investissement		Internet	
<b>Total :</b>		Chauffage (huile)	
		Épicerie	
Épargne :		Soins personnels	
Valeur des		(coiffeuse/esthétique)	
investissements :		Soins de santé	
Valeurs des		<b>Total</b>	
immobiliers :		Dettes	

Nom / adresse des institutions bancaires/ de placements :

Comment les factures sont payées (chèques, téléphone, Accès D, à la banque, préautorisés), spécifier autres moyens de gérer les finances?

Est-ce qu'il y a mandat ?

Qui a été nommé ?

Est-ce qu'il y a une procuration ?

Qui a été nommé ?

Est-ce qu'il y a un testament ?

Date :

Préparé par :

Lien avec le patient

# Déterminer l'aptitude – pas si difficile avec une approche structurée

- 80% évaluation infirmière et médecin
- 20% avec aide de consultants supplémentaires :
  - ERGOTHÉRAPIE:
    - Évaluation fonctionnelle
      - Autonomie à prendre soins de sa personne
      - ILS
      - ÉMAF
  - NEUROPSYCHOLOGIE:
    - Patient hautement scolarisé
    - Patient intelligence limite
    - Diagnostic atypique
    - Atteinte langagière
  - PSYCHIATRIE:
    - Comorbidité avec des problèmes de santé mentale



# MONSIEUR TREMBLAY

I Stock : Image libre de droit





DT9427

Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_

Monsieur Tremblay

N° téléphone: \_\_\_\_\_ Ind. rég. N° téléphone (autre): \_\_\_\_\_

### CONSULTATION DIRIGÉE AU MÉDECIN GÉRIATRE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et continuer d'utiliser les corridors de consultation déjà existants : Accueil clinique, cliniques ambulatoires spécialisées de 3<sup>e</sup> ligne, cliniques de mémoire, hôpitaux de jour, équipes ambulatoires de gériatrie et psychogériatrie, services externes gériatriques, cliniques de la douleur, les cliniques de chute, équipe SCPD<sup>1</sup>, etc.

Tout usager devra être accompagné d'un proche aidant (Nom, lien et n° de téléphone obligatoires)

Nom et lien avec l'usager

Michel Tremblay, Fils

Ind. rég. N° de téléphone

514 1269-3829

Ce formulaire s'adresse à une clientèle de 65 ans et plus (principalement âgée de 75 ans et plus)

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique : C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois			
<input checked="" type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur atypique (Prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)	D	<input type="checkbox"/> Maltraitance <sup>3-4</sup> : situation d'abus, négligence, etc. (Prérequis : rapport d'évaluation psychosociale, rapport d'imagerie cérébrale ou à prescrire si non réalisé) Nom et téléphone du travailleur social requis à inscrire dans renseignements cliniques	C	
<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur typique : préciser la problématique à évaluer (Prérequis : MOCA ou MMSE, Souhaitable : imagerie cérébrale)	E	<input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée chez usager > 75 ans après investigation appropriée (Prérequis : rapports pertinents)	D	
« Trouble du comportement » SCPD <sup>1</sup> sans antécédent de maladies psychiatriques (réfractaire aux interventions de l'équipe SCPD de première ligne si disponible) (Prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)	<input type="checkbox"/> MAD <sup>2</sup> potentiellement compromis à court terme	C		
	<input type="checkbox"/> MAD <sup>2</sup> non compromis à court terme	D	<input type="checkbox"/> Polypharmacie potentiellement néfaste/Déprescription (Prérequis : profil pharmacologique à jour) Indiquer si plus d'une pharmacie : _____	D
<input type="checkbox"/> Chutes récurrentes non syncopales inexpliquées (Souhaitable : rapport d'évaluation en physiothérapie)	C	<input type="checkbox"/> Trouble de la marche et de l'équilibre (Souhaitable : rapport d'imagerie cérébrale, rapport d'évaluation en physiothérapie)	D	

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :

Priorité clinique

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires  
Joindre ATCD, médication, investigation, autre(s) consultation(s)

Si prérequis exigé(s) :

MMSE : \_\_\_\_\_ ou MOCA : \_\_\_\_\_

Disponible(s) dans DSQ

Annexé(s) à la présente demande

Examen(s) prescrit(s)

Diagnostic d'APP non fluante posé x 2 ANS. Détérioration du langage. Propriétaire de nombreux immeubles. Apté à gérer ses finances?  
Fils inquiet

Milieu de vie de l'usager (détails) : Vita domiciliale

Intervenant principal au CLSC

Nom

Ind. rég. N° de téléphone

Identification du médecin référent et du point de service

Estampe

Nom du médecin référent : Dre Andréanne Turcotte N° de permis

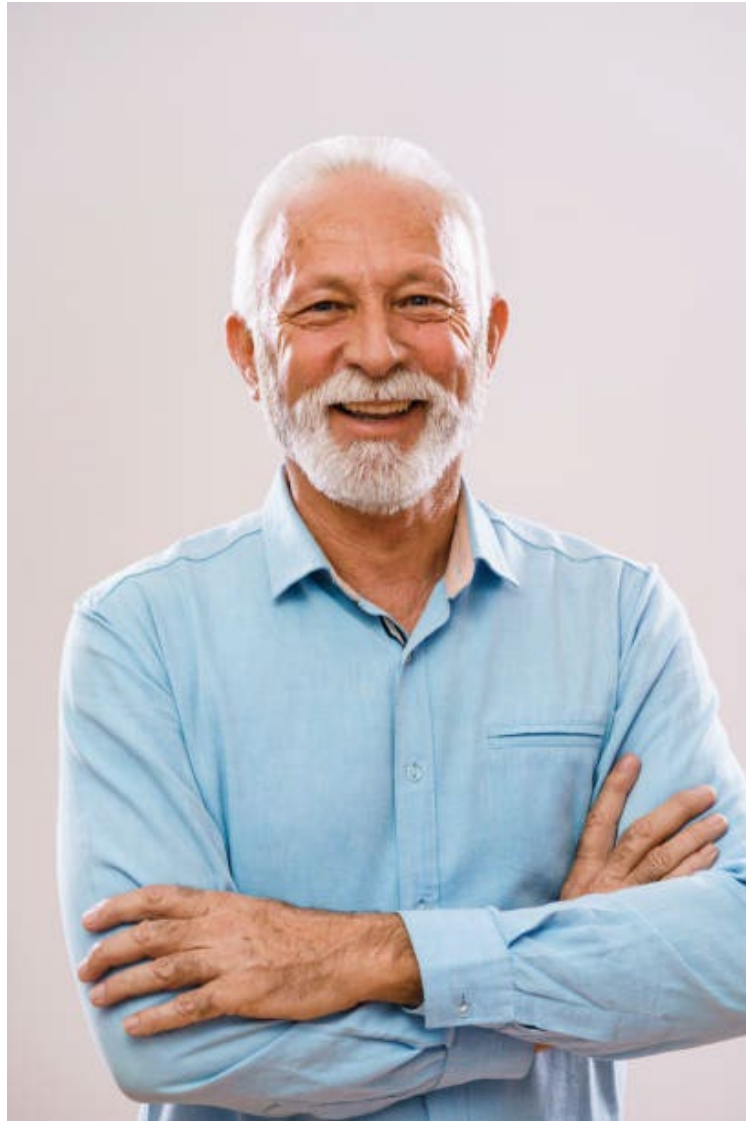
Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur

Nom du point de service

Signature

Date (année, mois, jour)

2023 10 123



# MONSIEUR TREMBLAY

## Évaluation infirmière

74 ans divorcé 2 enfants Ontario  
Ancien entrepreneur dans la construction  
Atteinte **langagière** évolutive  
Fonctionnel par ailleurs, Mandat rédigé et fils mandataire  
**Patrimoine financier complexe à gérer**

## Évaluation médicale

HTA stable  
Habitus négatif  
Avapro  
**APP non fluente diagnostiquée depuis 2 ans**  
Pas de nécessité d'examen complémentaire

**Évaluation cognitive : 2MS 15/30 et MOCA 11/30**

**Questionnaire collatéral : **Fils inquiet** que père puisse être abusé financièrement**

**QUESTIONNAIRE APTITUDE Difficile ++ vu l'atteinte du langage**

## Évaluations complémentaires au besoin

Ergothérapie

**Neuropsychologie**

Psychiatrie

# MONSIEUR TREMBLAY

- **Évaluation en neuropsychologie:**
  - Évaluation des fonctions cognitives par d'autres modalités que le langage oral.
  - Mise en évidence d'une préservation des fonctions exécutives, de l'autocritique, du jugement, de la mémoire.
  - Patient identifie très bien ses avoirs et ses dépenses.
  - Connait le coût de la vie, capable de faire des calculs complexes.

**Besoin de soutien-assistance et non de protection**

**Diagnostic : APP non fluente**

**APTE À ASSURER PROTECTION DE SA PERSONNE ET À GÉRER SES BIENS AVEC ASSISTANCE**

# Assistant au majeur

- Mesure pour les personnes aptes qui ont besoin d'être assistées

## Mesure d'assistance

---

La mesure d'assistance permet à une personne qui vit une difficulté d'être assistée par une ou deux autres personnes dans ses prises de décisions, l'exercice de ses droits et la gestion de ses biens.



**MADAME ASSELIN**





DT9427

### CONSULTATION DIRIGÉE AU MÉDECIN GÉRIATRE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et continuer d'utiliser les corridors de consultation déjà existants : Accueil clinique, cliniques ambulatoires spécialisées de 3<sup>e</sup> ligne, cliniques de mémoire, hôpitaux de jour, équipes ambulatoires de gériatrie et psychogériatrie, services externes gériatriques, cliniques de la douleur, les cliniques de chute, équipe SCPD<sup>1</sup>, etc.

Nom et prénom de l'usager  
 1. Nom et prénom (prénoms) : Madame Arselin Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom du parent : \_\_\_\_\_  
 Ind. rég. N° téléphone : \_\_\_\_\_ Ind. rég. N° téléphone (autre) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_

Tout usager devra être accompagné d'un proche aidant (Nom, lien et n° de téléphone obligatoires) Nom et lien avec l'usager : Aurun Ind. rég. N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Ce formulaire s'adresse à une clientèle de 65 ans et plus (principalement âgée de 75 ans et plus)**

**Raison de consultation** Échelle de priorité clinique : C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois

Trouble neurocognitif	<input checked="" type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur atypique (Prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)	D	<input type="checkbox"/> Maltraitance <sup>3-4</sup> : situation d'abus, négligence, etc. (Prérequis : rapport d'évaluation psychosociale, rapport d'imagerie cérébrale ou à prescrire si non réalisé) Nom et téléphone du travailleur social requis à inscrire dans renseignements cliniques	C	
	<input type="checkbox"/> Trouble neurocognitif majeur typique : préciser la problématique à évaluer (Prérequis : MOCA ou MMSE, Souhaitable : imagerie cérébrale)	E			
	« Trouble du comportement » SCPD <sup>1</sup> sans antécédent de maladies psychiatriques (réfractaire aux interventions de l'équipe SCPD de première ligne si disponible) (Prérequis : imagerie cérébrale 6 mois et moins, MOCA ou MMSE)	<input type="checkbox"/> MAD <sup>2</sup> potentiellement compromis à court terme	C	<input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée chez usager > 75 ans après investigation appropriée (Prérequis : rapports pertinents)	D
		<input type="checkbox"/> MAD <sup>2</sup> non compromis à court terme	D	<input type="checkbox"/> Polypharmacie potentiellement néfaste/Déprescription (Prérequis : profil pharmacologique à jour) Indiquer si plus d'une pharmacie : _____	D
	<input type="checkbox"/> Chutes récurrentes non syncopales inexpliquées (Souhaitable : rapport d'évaluation en physiothérapie)	C		<input type="checkbox"/> Trouble de la marche et de l'équilibre (Souhaitable : rapport d'imagerie cérébrale, rapport d'évaluation en physiothérapie)	D

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) : \_\_\_\_\_

Priorité clinique : \_\_\_\_\_

**Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires** Joindre ATCD, médication, investigation, autre(s) consultation(s) **Si prérequis exigé(s) :**

MMSE : 16 ou MOCA : fait  
TNC? Intelligence limite probable. Mode de vie marginale de toujours. Interventions ressources communautaires inquiètes par rapport à l'aptitude. Diagnostic? Inapte!

Disponible(s) dans DSQ   
 Annexé(s) à la présente demande   
 Examen(s) prescrit(s)

Milieu de vie de l'usager (détails) : Vit à domicile

Intervenant principal au CLSC Nom : RONNVE TJ+ INF CLIN. GME (rapports annexés) Ind. rég. N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Identification du médecin référent et du point de service**

Nom du médecin référent : Dr Jean Rancourt N° de permis : \_\_\_\_\_  
 Ind. rég. N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de poste : \_\_\_\_\_ Ind. rég. N° de télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Nom du point de service : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date (année, mois, jour) : 2023 01 25

# Évaluations transmises par GMF

- Infirmière clinicienne GMF :

- 82 ans
- Isolement social
- Peu scolarisée (sait à peine lire)
- Pas de plainte cognitive de la patiente sauf léger manque du mot
- Fréquente les banques alimentaires depuis de nombreuses années, Aucune info sur mandat ?

- Travailleuse sociale CLSC :

Intervenants des milieux communautaires inquiets de son jugement et de sa capacité à s'occuper de sa santé : vêtements inappropriés pour la saison, perte de poids de 50 livres en 6 mois, oublis de rendez-vous, désorganisation pour ses demandes d'aides



# MADAME ASSELIN

## Évaluation infirmière

Anxiété: Inventaire anxiété gériatrique 6/20  
Tristesse: EDG 3/15  
Légère méfiance envers l'entourage sans idée délirante  
Présence d'hallucinations hypnopompiques: à son réveil, la nuit, sous forme une dame qui disparaît lorsqu'elle tente de lui toucher  
Dormirait 8hrs par nuit et s'en dit satisfaite  
Rapporte ne pas manger à sa faim à tous les jours et ne boit pas d'eau puisqu'elle ne ressent pas la soif

## Évaluation médicale

Problème ancien ROH  
Aucun médicament  
Questionnaire psychiatrique négatif  
PV B12 120, Créatinine 110  
TDM cérébral Atrophie médiale temporale, AVC ancien frontal gauche

**Évaluation cognitive:** 2MS : 16/30 et MOCA non fait

**Questionnaire collatéral:** Intervenants des milieux communautaires nomment un changement dans le fonctionnement de Mme Asselin depuis 2 ans. Elle est plus désorganisée. Se réfère à eux plus souvent. Semble plus anxieuse lors de situations imprévues. À de la difficulté à comprendre les consignes simples et à les retenir.

**QUESTIONNAIRE APTITUDE**

<b>1. Compréhension de son état de santé</b>	
Quel est votre âge, adresse, numéro de téléphone services d'urgence ?	Connait son âge, adresse et numéro de téléphone, mais ne connait pas le 911.
Avez-vous des problèmes de santé ? Quels sont les plus graves et qui nécessitent le plus de soins ?	Dit ne pas avoir consulté de médecin depuis 5 ans. A remarqué une perte de poids, ne s'en préoccupe peu; ne souhaite pas être évaluée pour cela.
Prenez-vous des médicaments ? Pourquoi vous les prenez ?	Ne prend aucun médicament. Se dit contre tout médicament !
<b>2. Capacité (à valider avec histoire collatérale)</b>	
Avez-vous besoin d'aide au quotidien ?	Dit être autonome à 100% sans besoin d'aucune aide externe.
<b>3. Capacité de raisonnement (autocritique et jugement)</b>	
Mises en situation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que faites-vous si vous avez une douleur dans la poitrine ?</li> <li>- Que faire si vous tombez par terre, êtes blessés et incapable de vous relever ?</li> <li>- Que faites-vous s'il y a de la fumée dans votre chambre ?</li> <li>- Que faites-vous si le tuyau du lavabo est brisé et coule ?</li> </ul>	<p>Elle sonne chez le voisin. Elle crie.</p> <p>Elle appelle son voisin. Aucune idée. N'est jamais arrivé.</p>
<b>4. Exprimer ses volontés</b>	

## 1. Connaissance de sa situation financière

Quelles sont vos avoirs et leurs valeurs (maisons, auto) ? Avez-vous des placements ?

Aucun avoir.

Quels sont vos revenus et dépenses ?

Aucune idée de ses revenus, ne connaît pas le coût de son appartement.

Quelle est votre institution bancaire ?

Desjardins.

Comment vaut une pinte de lait, un plein d'essence, une épicerie ?

2\$/20\$/30-40\$

## 2. Apprécier le besoin d'aide et les conséquences si non présente

- Avez-vous des cartes bancaires ? Oubliez-vous le NIP ?
- Avez-vous à faire des chèques ? Est-ce plus difficile ?
- Comment vous payez vos factures ?
- Recevez-vous des relevés de compte ? Si oui de quelles compagnies ?
- Êtes-vous capable de faire des transactions simples (paiement épicerie) et complexes ?
- Avez-vous de la difficulté à faire des calculs ? (À tester PRN)

Pas de carte.

Aide propriétaire du bloc pour faire chèques.

À la banque.

Aucune idée.

Caissière l'aide.

Difficultés notées aux calculs du 2MS.

## 3. Capacité de raisonnement (autocritique et jugement)

Avez-vous besoin d'aide pour la gestion de vos biens ?  
Comment faites-vous pour obtenir de l'aide ?

Estime que non.

En n'a pas besoin.

## 4. Exprimer ses choix

## Registres des régimes de protection

Pour savoir si une personne, majeure ou mineure, est placée sous mesure de protection légale, ou pour connaître le nom de son représentant, remplissez les champs ci-dessous.

Nom*	Prénom*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance* aaaa-mm-jj	Numéro d'assurance sociale 999 999 999
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Ces champs sont obligatoires.

### Instructions

- \* Vous pouvez inscrire seulement les trois premières lettres du nom et du prénom ou une partie de ceux-ci.
- \* Si la personne a deux prénoms ou deux noms, vous pouvez n'inscrire qu'un seul des deux.
- \* Vous devez obligatoirement inscrire la date de naissance de la personne recherchée. Nous vous suggérons d'inscrire aussi son numéro d'assurance sociale afin de rendre votre recherche plus précise.

Dans la mesure du possible, le Curateur public du Québec s'assure que les résultats s'affichant lors de la consultation des registres sont exacts, à jour, et reflètent les données contenues dans sa base de données.

# Ergothérapie : ÉMAF



Les ergothérapeutes peuvent nous aider si un doute reste pour gestion financière

ÉMAF – : Échelle de Montréal pour l'évaluation des activités financières (ÉMAF)

- 20 épreuves – validée au Qc et en Ontario
- Mises en situation où patient doit payer comptant, doit interpréter chèque vs relevé de compte.

# MADAME ASSELIN

- Évaluation en ergothérapie :
  - Plusieurs comptes impayés à domicile ce qui est nouveau pour cette patiente.
  - Confusion importante dans ses papiers.
  - ÉMAF - Difficultés importantes observées :
    - Ne connaît pas des avoirs, ses revenus et ses dépenses
    - Ne connaît pas le coût de la vie
    - Incapable de faire calculs
    - Incapable de compléter un chèque
    - Difficulté à lire un état de compte

**Besoin de protection** : isolement, à risque d'abus

**Diagnostic** = TNCM mixte (ROH, Alzheimer, vasculaire) modéré

**PATIENTE INAPTE À ASSURER LA PROTECTION DE SA PERSONNE ET À GÉRER SES BIENS**

**TUTELLE PUBLIQUE**

# Autres types de demandes (famille ou notaire)

- **Évaluation d'aptitudes spécifiques:**
  - Capacité à rédiger ou modifier un testament
  - Capacité à faire son mandat en cas d'inaptitude
  - Capacité à faire une procuration bancaire



# Capacité à faire ou modifier testament

1. Connaissance/Compréhension d'un testament
  1. Qu'est-ce qu'un testament ?
  2. Comment fait-on un testament ?
  3. Avez-vous déjà fait un testament ?
    1. **OUI**: Que contient-il ? Que voulez-vous changer ?
    2. **NON**: Pourquoi vous voulez le faire ?
2. Compréhension des actifs.
3. Appréciation concernant les bénéficiaires.
4. Appréciation de l'impact de la distribution.

# Exemples fictifs de documents produits à la demande de la famille ou du notaire

Peut aussi être fait par le médecin du GMF

**CHU de Québec**  
Université Laval

Hôpital de l'Enfant-Jésus  
1401, 18<sup>e</sup> Rue  
Québec (Québec) G1J 1Z4  
Tél.: 418 649-0252

Hôpital du Saint-Sacrement  
1050, chemin Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1S 4L8  
Tél.: 418 682-7511

ANNÉE / MM / JJ

MONSIEUR X

ORDONNANCE MÉDICALE

Date : 2023/01/20

Pour médicaments : Indiquer : nom, dose, posologie, voie d'administration  
Pour traitement : Indiquer : nature du traitement, fréquence et durée

R Monsieur X (ANNÉE-MM-JJ)  
est en mesure de faire des modifications testamentaires et ce, après avoir eu une évaluation médicale/cognitive à la CGQ le 20/01/2023

Signature \_\_\_\_\_  
Numéro de permis d'exercice \_\_\_\_\_  
Renouvellement autorisé \_\_\_\_\_ (nombre de fois)  
Durée du traitement \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ semaines \_\_\_\_\_ mois

752153 (2009-10-07) DSI-HEJ/lt

**CHU de Québec**  
Université Laval

Hôpital de l'Enfant-Jésus  
1401, 18<sup>e</sup> Rue  
Québec (Québec) G1J 1Z4  
Tél.: 418 649-0252

Hôpital du Saint-Sacrement  
1050, chemin Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1S 4L8  
Tél.: 418 682-7511

ANNÉE / MM / JJ

MADAME Y

ORDONNANCE MÉDICALE

Date : 2023/01/20

Pour médicaments : Indiquer : nom, dose, posologie, voie d'administration  
Pour traitement : Indiquer : nature du traitement, fréquence et durée

R Madame Y (ANNÉE-MM-JJ)  
est en mesure de rédiger une procuration bancaire et ce, après l'avoir évaluée à la CGQ le 15/01/2023.

Signature \_\_\_\_\_  
Numéro de permis d'exercice \_\_\_\_\_  
Renouvellement autorisé \_\_\_\_\_ (nombre de fois)  
Durée du traitement \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ semaines \_\_\_\_\_ mois

752153 (2009-10-07) DSI-HEJ/lt

# Indications de référence en clinique spécialisée



IL Y A PERTINENCE DE RÉFÉRER VERS UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DANS LES CIRCONSTANCES SUIVANTES :

- Diagnostic imprécis
- Comorbidité d'une maladie cognitive et d'une maladie psychiatrique
- Polymédication
- Usagers avec atteintes du langage
- Usagers très peu scolarisés ou qui ont des niveaux de fonctionnement limites

# En résumé

- La **nouvelle loi** mise sur les facultés de la personne plutôt que sur les limitations
- Le **but** de la loi est de trouver l'équilibre entre deux obligations fondamentales
  - Le respect de la liberté
  - La protection des vulnérables
- **Abolition** de la **curatelle**
- Les tutelles sont davantage adaptées à la personne (**modulation**)
- Le **travail interdisciplinaire** est essentiel dans l'intérêt du patient
- D'autres **nouveautés** de la **loi 18** : la représentation temporaire (inapte) et la mesure d'assistance (apte)