

# Examen du mandat d'un subrogé avant le renouvellement

## Document d'examen

L'article 140 de la Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle (la Loi) indique que le mandat d'un subrogé ne peut être renouvelé à moins qu'il n'ait fait l'objet d'un examen. L'objectif de l'examen consiste à :

- déterminer si les exigences pour la nomination d'un subrogé sont encore satisfaites [par. 53(1) et 88(1) de la Loi];
- décider s'il faut renouveler le mandat des subrogés actuels (et des subrogés suppléants, le cas échéant) ou s'il faut faire des changements;
- décider si les pouvoirs accordés ou si les conditions générales de la nomination doivent être modifiés et si oui, de quelle manière.

**En d'autres mots, l'examen consiste à demander à toutes les parties d'évaluer encore une fois si l'adulte ayant une déficience intellectuelle a besoin d'un subrogé et si elles jugent que c'est le cas, de déterminer le type de nomination adéquat en se basant sur les renseignements et les preuves présentées et sur les circonstances particulières auxquelles l'adulte ayant une déficience intellectuelle est confrontée actuellement ou auxquelles elle devra faire face dans un avenir prévisible.**

Vos commentaires et ce que vous savez de l'adulte ayant une déficience intellectuelle et de sa situation actuelle sont des données importantes. Faites votre propre examen en répondant aux questions suivantes. Toutes les questions du document d'examen sont importantes et vous devriez y répondre de manière exhaustive.

Veuillez consulter le *Guide pour remplir une demande de nomination d'un subrogé* (le guide) pour plus de renseignements sur certains termes utilisés dans ce document.

Si vous avez besoin de plus de place pour inscrire vos réponses, veuillez joindre une autre feuille et indiquer le numéro de la section concernée (1.2, par ex.)

This document is also available in English. To obtain a copy, call 945-5039 or 1-800-757-9857.

### **PARTIE 1 RENSEIGNMENTS À PROPOS DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

#### **1.1 L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

<b>Nom de famille</b>	<b>Prénom</b>	<b>Deuxième prénom</b>
_____	_____	_____
<b>Adresse</b> (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)		<b>Date de naissance</b> (mm/jj/aaaa)
_____		_____
<b>Adresse postale, si différente de ci-dessus</b> (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)		
_____		

**Type de résidence** (maison familiale, résidence communautaire, foyer d'accueil, vie autonome avec soutien, foyer de soins personnels, centre de développement, etc.)

**Vit à cet endroit depuis :**

\_\_\_\_\_

**Qui est la personne-ressource principale dans le lieu de résidence?**

Nom

Titre

No de téléphone

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

**Faites l'inventaire des manières dont l'adulte ayant une déficience intellectuelle participe à la vie de la collectivité**

(programmes de jour, travail, école)

1. Nom du programme, du travail, de l'école : \_\_\_\_\_

Principale personne-ressource du programme, du lieu travail, de l'école (nom, titre, numéro de téléphone)

\_\_\_\_\_

Participe à cette activité depuis? \_\_\_\_\_

2. Nom du programme, du travail, de l'école : \_\_\_\_\_

Principale personne-ressource du programme, du lieu travail, de l'école (nom, titre, numéro de téléphone)

\_\_\_\_\_

Participe à cette activité depuis? \_\_\_\_\_

3. Nom du programme, du travail, de l'école : \_\_\_\_\_

Principale personne-ressource du programme, du lieu travail, de l'école (nom, titre, numéro de téléphone)

\_\_\_\_\_

Participe à cette activité depuis? \_\_\_\_\_

**1.2 Décrivez en quoi la situation de l'adulte ayant une déficience intellectuelle a changé depuis la demande de subrogé initiale ou depuis le dernier processus d'examen. Il peut s'agir notamment de changements liés à sa santé, son réseau de soutien, son comportement, ses capacités, sa participation à la vie communautaire, etc.**

\_\_\_\_\_

### 1.3 PLUS PROCHE PARENT DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

(Voir partie 1, paragraphe 1.5 du guide)

Nom _____	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle _____
Adresse postale _____	
No de téléphone (      ) _____	

## PARTIE 2 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

(Voir partie 4 du guide)

### 2.1 PERSONNES QUI FOURNISSENT DES CONSEILS OU UN SOUTIEN À L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

**a) Membres de la famille**

1. Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

No de téléphone (      ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

No de téléphone (      ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

No de téléphone (      ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

No de téléphone (      ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b) Autres personnes choisies par l'adulte ayant une déficience intellectuelle**

(amis, fournisseurs de services ou de soins rémunérés, porte-parole, etc.)

1. Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

No de téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

No de téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

No de téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle \_\_\_\_\_

Nature et fréquence du soutien offert \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**c) Si la personne n'a pas de réseau de soutien, expliquer quels sont les efforts additionnel qui ont été déployés ou qui le seront afin d'établir un tel réseau.**

**d) Quelle est la nature de l'aide qu'apporte le subrogé actuel à l'adulte ayant une déficience intellectuelle et quelle est la fréquence de ses interventions?**

## 2.2 FOURNISSEURS DE SOINS OU DE SERVICES (S'ILS NE SONT PAS MENTIONNÉS CI-DESSUS)

1. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle	No de téléphone (    )
_____	_____	_____
Adresse postale		
_____		
2. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle	No de téléphone (    )
_____	_____	_____
Adresse postale		
_____		

## PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DES SUBROGÉS ACTUELS

(Voir partie 5 du guide)

**3.1 Est-ce que vous proposez des changements de subrogés ou de suppléants ou la nomination de personnes additionnelles?**

Oui  Non  → (Si vous avez répondu « Non », passez à la partie 4.)

**3.2 Si vous avez répondu « Oui », décrivez les changements ou les nominations additionnelles proposés et donnez-en la raison. Remplissez aussi les paragraphes 3.3 et 3.4 ci-dessous.**

### 3.3 REMPLACEMENTS OU AJOUTS PROPOSÉS – SUBROGÉS

1. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	_____
Adresse postale	No de téléphone (    )
_____	_____
_____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/> Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>
2. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	_____
Adresse postale	No de téléphone (    )
_____	_____
_____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/> Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>

3. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	_____
Adresse postale	No de téléphone
_____	(      )
_____	Subrogé à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/> Subrogé à l'égard des biens <input type="checkbox"/>

### 3.4 REMPLACEMENTS OU AJOUTS PROPOSÉS – SUBROGÉS SUPPLÉANTS

1. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	_____
Adresse postale	No de téléphone
_____	(      )
_____	Subrogé suppléant à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/> Subrogé suppléant à l'égard des biens <input type="checkbox"/>
2. Nom	Lien avec l'adulte ayant une déficience intellectuelle
_____	_____
Adresse postale	No de téléphone
_____	(      )
_____	Subrogé suppléant à l'égard des soins personnels <input type="checkbox"/> Subrogé suppléant à l'égard des biens <input type="checkbox"/>

#### Notes :

- L'Annexe B doit être remplie par tous les nouveaux subrogés proposés.
- Annexe C – Une vérification du casier judiciaire, du registre concernant les mauvais traitements et du registre des mauvais traitements infligés aux adultes est exigée pour tous les nouveaux subrogés proposés.

---

## PARTIE 4 DÉCISIONS À PRENDRE

---

*(Voir partie 6 du guide)*

Les pouvoirs accordés à un subrogés ne peuvent être renouvelés à moins qu'il y ait des décisions à prendre maintenant ou dans un avenir prévisible et que l'adulte ayant une déficience intellectuelle ne soit pas capable de les prendre, même avec l'aide de son réseau de soutien.

Une personne est jugée incapable de prendre une décision si elle n'est pas en mesure de comprendre les renseignements lui permettant de prendre une décision à propos de soins personnels ou de la gestion de biens ou si elle n'est pas en mesure d'apprécier les conséquences normalement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision.

Vous référer aux pouvoirs qui sont décrits dans la plus récente nomination et réfléchir aux décisions qui ont été prises au nom de l'adulte ayant une déficience intellectuelle et à leur relation avec ces pouvoirs. Veuillez aussi tenir compte de la question 1.2.

**4.1 Décrivez brièvement les décisions à prendre maintenant ou dans un avenir prévisible qui permettent de démontrer que les pouvoirs conférés au subrogés sont encore requis ou doivent être changés (ou accrus).**

**a) Décisions à prendre dans le domaine des soins personnels : (veuillez décrire les décisions sans préciser les pouvoirs)**

**i) Indiquer quels pouvoirs à l'égard des soins personnels devraient expirer, le cas échéant, et décrivez brièvement pourquoi.**

**ii) Est-ce qu'il y a consentement à un plan qui autorise l'utilisation de moyens de contention physique ou chimique?**

Oui  Non

Si « Oui », joindre un plan de gestion du comportement en vigueur ou tout autre document pertinent indiquant que ces moyens doivent être utilisés.

**b) Décisions à prendre dans le domaine des biens :**

- i) Indiquer quels pouvoirs à l'égard des biens devraient expirer, le cas échéant, et décrivez brièvement pourquoi.

- 4.2 Est-ce que les conditions générales du mandat devraient être changées?

Oui  Non

Si « Oui », expliquer pourquoi.

---

## PARTIE 5 AUTRES RENSEIGNEMENTS REQUIS

---

- 5.1 Quelle devrait être la durée du nouveau mandat du subrogé? Tenez compte des décisions à prendre décrites dans la partie 4 ci-dessus. (Voir Section C, partie 7, paragraphe 7.1 du guide)

---

- 5.2 Avez-vous d'autres commentaires qui pourraient être utiles au commissaire lorsqu'il se penchera sur cet examen de mandat?

---

**PARTIE 6 ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE VIVANT DANS UN CENTRE DE DÉVELOPPEMENT**

---

Si l'adulte ayant une déficience intellectuelle habite dans un centre de développement (Centre manitobain de développement ou River Road Place, au Centre Saint-Amant), fournir les renseignements suivant.

**6.1 Décrivez les efforts qui ont été faits afin de trouver une alternative convenable au placement en centre de développement pour l'adulte ayant une déficience intellectuelle.**

**6.2 Si vous croyez que le centre de développement est le placement le plus adéquat pour l'adulte ayant une déficience intellectuelle, expliquer pourquoi.**

---

**DOCUMENT D'EXAMEN REMPLI/SIGNATURE REQUISE**

---

Ce document d'examen a été rempli par : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature**

**Date**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Veillez joindre :**

- Un plan individuel actuel
- Toutes les pièces justificatives qui actualisent les renseignements fournis lors de la demande de nomination originale ou du dernier examen.
- Un plan financier actuel (si nécessaire)
- Un plan de gestion du comportement en vigueur ou tout autre document pertinent [si nécessaire – voir question 4.1a)ii)]
- L'Annexe B doit être remplie si des subrogés additionnels sont proposés.
- Annexe C - Une vérification du casier judiciaire, du registre concernant les mauvais traitements et du registre des mauvais traitements infligés aux adultes est exigée si des subrogés additionnels

**Envoyez les demandes dûment remplies et les pièces justificatives à l'adresse suivante :**

**Bureau du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle**

258, avenue Portage, bureau 315  
Winnipeg (Manitoba) R3C 0B6

Téléphone : 204 945-5039  
Sans frais : 1 800 757-9857  
Télécopieur : 204 948-3713