

Pourquoi la planification préalable des soins?

Il n'est pas toujours facile de prendre des décisions au sujet de soins médicaux—surtout maintenant que les machines peuvent garder les patients en vie même lorsqu'il n'y a aucun espoir de récupération. C'est votre droit de participer à la planification de vos soins. Mais à un moment donné, vous pourriez devenir incapable de prendre vos propres décisions au sujet de vos soins de santé. Pour cette raison, il est important de songer dès maintenant à vos sentiments et à vos croyances et d'en parler avec ceux qui vous sont chers bien avant que ces décisions critiques devront être prises.

Ce guide vous fournit les renseignements nécessaires pour la création d'un « document de directives préalables »—un document légal qui exprime vos préférences au sujet de soins médicaux. Nous vous prions de le lire attentivement et de le discuter avec votre famille, votre médecin, votre infirmière ou infirmier praticien, le représentant du patient, l'aumônier ou un autre soignant.

Il n'est pas nécessaire d'avoir une directive préalable si vous n'en voulez pas. Aucune personne ou institution—hôpital, maison de soins infirmiers, médecin, infirmier ou infirmière ou société d'assurance—ne peut exiger que vous ayez un document de directives préalables pour vous fournir des services. Il est, cependant, une bonne idée d'avoir en place un document de directives préalables si vous voulez vous assurer que votre famille et que vos fournisseurs de soins suivent vos désirs au sujet de soins médicaux. Ce sera aussi beaucoup plus facile pour votre famille dans le cas où vous ne seriez pas capable de participer aux décisions à propos de vos soins. Ils n'auront pas à agoniser sous le poids de décisions difficiles dans l'incertitude de votre véritable volonté. Et si les membres de votre famille ou vos fournisseurs de soins ne s'entendent pas sur la meilleure conduite à votre égard, un document de directives préalables vous aidera à éviter les décisions prises par la cour—ce qui peut être très difficile et coûteux et qui peut prendre beaucoup de temps.

NOTE: La première utilisation d'une expression qui pourrait être difficile à comprendre est indiquée en italiques, puis elle est définie dans la section "Définitions" à la fin de ce livret.

Prière de noter que ces formulaires ne sont pas identiques aux lois du New Hampshire. Vous pouvez vous procurer les formulaires légaux de la source suivante: NH Revised Statutes Annotated 137-J. Les formulaires ci-inclus sont substantiellement similaires aux lois du New Hampshire mais écrits dans un langage plus simple. Ce guide a été préparé à base de la loi du New Hampshire telle qu'elle existait en janvier 2007 et a été imprimé pour informer, non pour conseiller. Il n'est pas proposé comme substitut aux avis légaux, médicaux ou d'autres professionnels. Veuillez consulter un expert pour l'interprétation et l'application de la loi courante du New Hampshire. Vous pouvez reproduire ou citer tout ce qui se trouve dans le présent livret, en y apposant l'attribution suivante: "Réimprimé avec permission de la Foundation for Healthy Communities (Fondation pour communautés en bonne santé) © 2006. Tout droit réservé." Ces documents ne peuvent pas être reproduits pour vente.

Les idées et les réponses que vous donnerez à ces questions pourront vous aider ainsi que vos fournisseurs de soins à atteindre une paix d'esprit.

LES VALEURS

- Qu'est-ce qui donne à votre vie sa valeur et son sens?
- À quoi, de votre bien-être physique ou mental, tenez-vous le plus? Par exemple, aimez-vous la nature, la lecture ou la musique? Aimez-vous être conscient de ceux qui sont avec vous, de votre capacité de voir, d'écouter, de goûter ou de toucher?

LA FAMILLE et LES RELATIONS AMICALES

- Qui, dans votre famille et parmi vos amis et amies, vous est important?
- Avez-vous discuté vos choix avec ceux que vous aimez ou qui seront là lorsqu'il y aura des problèmes ou que la mort sera proche?

CROYANCES SPIRITUELLES ET RELIGIEUSES

- Comment est-ce que vous décririez votre vie spirituelle ou religieuse?
- Comment est-ce que votre communauté de foi, votre église ou votre synagogue vous appuie?
- Avez-vous des croyances religieuses qui portent sur le traitement médical?

LES QUESTIONS MÉDICALES

- Quels problèmes de santé sont pour vous une préoccupation pour l'avenir?
- Sous quelles conditions voudriez-vous que les objectifs du traitement médical passent de l'effort à maintenir votre vie à l'attention qu'on donnera à votre confort?
- Voudriez-vous qu'on vous offre les services d'une équipe de *soins d'hospice* ou autre forme de *soins palliatifs*?
- Jusqu'à quel point est-ce que le coût influence vos décisions au sujet des soins médicaux?
- Quels sont vos sentiments sur *la thérapie essentielle au maintien de la vie* tel que la dialyse rénale? Voulez-vous qu'on se serve de la RCP (réanimation cardio-respiratoire)? Où préférez-vous recevoir la thérapie médicale?

LA PLANIFICATION

- Si vous pouviez la planifier aujourd'hui, comment se passerait la dernière journée de votre vie? Où aimeriez-vous être? Qui serait avec vous? Qu'est-ce que vous seriez en train de faire?
- Quels commentaires généraux aimeriez-vous faire sur la mort?
- Qu'est-ce qui vous sera important lorsque vous serez mourant? (Par exemple, le confort, l'absence de douleur, la présence de votre famille, la musique, la prière, qu'on vous touche, qu'on vous étreigne, etc.?)
- Est-ce que le *don d'organes ou de tissus* vous intéresse?
- Est-ce qu'il y a des personnes auxquelles vous voudriez écrire une lettre ou pour qui vous voudriez préparer un message enregistré, peut-être pour ouverture à l'avenir?
- Quelles sont vos désirs funéraires? Par exemple, des chants ou des lectures que vous aimeriez ou les gens que vous espérez pourront participer?
- Préférez-vous l'enterrement ou l'incinération? Ou n'avez-vous aucune préférence? Avez-vous contacté un salon funéraire?

Questions au sujet des directives préalables

Qu'est-ce qu'on entend par directives préalables?

Les directives préalables sont des instructions que vous donnez au sujet de votre soin futur. Elles peuvent être orales ou écrites. Elles ont pu s'être partagées avec votre famille, vos amis ou vos pourvoyeurs de santé. La famille, les amis et les pourvoyeurs de santé essaient de comprendre et de satisfaire à vos instructions, en quelque forme qu'elles soient exprimées. Cependant, afin d'assurer que tous comprennent vos instructions, l'état du New Hampshire reconnaît un document de directive préalable écrit. Ce document a deux parties : : la Procuration écrite durable pour soins de santé et le Testament biologique.

Qu'est-ce que la Procuration écrite durable pour soins de santé?

La Procuration écrite durable pour soins de santé (« DPOAH » en anglais) est une partie du document de directives préalables dans laquelle vous nommez une autre personne qui agira comme votre *agent de soins de santé* pour prendre des décisions pour vous si vous êtes frappé d'invalidité. Vous pouvez inclure des instructions sur les thérapies que vous voulez et que vous ne voulez pas ou préciser la longueur de temps que vous voulez essayer diverses thérapies. Si vous ne voulez pas d'alimentation ou d'hydratation administrée médicalement, la loi du New Hampshire exige que vous le disiez dans votre document.

Qu'est-ce qu'un Testament biologique?

Un Testament biologique mandate votre pourvoyeur de santé de ne donner aucune thérapie de maintien des fonctions vitales si votre *mort est imminente* ou si vous êtes *définitivement sans connaissance*, sans espoir de guérison. Si vous ne voulez pas d'alimentation ou d'hydratation administrée médicalement, la loi du New Hampshire exige que vous le disiez dans votre document.

Est-ce qu'il me faut et la Procuration écrite durable pour soins de santé et le Testament biologique?

C'est une bonne idée de compléter les deux parties du document de directives préalables puisqu'elles servent à deux buts différents. Une Procuration écrite durable pour soins de santé entre en vigueur chaque fois que vous devenez incapable de prendre des décisions, par exemple, pendant la chirurgie ou même lorsque vous tombez temporairement sans connaissance. Un Testament biologique n'entre en vigueur que lorsqu'il n'y a aucun espoir de guérison. D'après les lois du New Hampshire, s'il y a conflit entre les modalités de votre directive préalable, la Procuration écrite durable pour soins de santé l'emportera sur le Testament biologique.

Quelle est la différence entre une ordonnance de non ressuscitation et une directive préalable?

Dans l'éventualité que votre cœur cesse de battre et que vous cessez de respirer, un pourvoyeur de soins de santé exécutera la *réanimation cardio-respiratoire (RCR)* afin d'essayer de faire repartir votre respiration et votre battement de cœur. Cependant, si vous êtes près de la mort, vous pouvez décider que vous ne voulez pas l'exécution de RCR. Dans ce cas, vous pouvez demander la préparation d'une *ordonnance de non ressuscitation* écrite (« DNR en anglais»). Parmi les différences entre une ordonnance de non ressuscitation et une directive préalable, on note qu'une directive préalable n'est pas une ordonnance médicale bien qu'elle soit un document légalement reconnu par la loi, tandis qu'une ordonnance de non ressuscitation est une ordonnance médicale; une ordonnance de non ressuscitation n'a d'effet que si votre cœur cesse de battre et si vous cessez de respirer, tandis qu'une directive préalable a trait à beaucoup d'autres questions et décisions médicales, à savoir, par exemple, si l'on doit fournir une alimentation ou une hydratation médicalement assistée. Vous pouvez, si vous le voulez, inclure vos désirs au sujet des ordonnances de non ressuscitation dans votre directive préalable dans le cas où vous ne seriez pas capable de faire connaître votre préférence à l'avenir.

Est-ce que je peux nommer plus d'une personne pour prendre mes décisions de soins de santé?

De nombreuses personnes veulent désigner plus d'un individu comme agent de soins de santé. Par exemple, on peut vouloir que tous ses trois enfants soient responsables de ses décisions médicales. Si vous nommez plus d'un individu comme *agent de soins de santé*, il est important de savoir que c'est le premier d'entre eux qui sera le décideur, suivi du prochain individu et ainsi de suite. Si vous désirez un autre processus décisionnel (par exemple, l'assurance que tous vos agents sont en accord avant qu'une décision soit prise), vous devez le dire clairement dans votre directive préalable.

Comment va-t-on décider si je suis incapable de prendre des décisions au sujet de mon soin médical?

Si le *médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien autorisé avancé (ARNP en anglais)* responsable de votre soin conclut que vous êtes incapable de comprendre les risques et bienfaits significatifs de vos décisions de soins de santé, ils peuvent documenter que vous n'avez pas de « capacité ». Dans ce cas, votre agent de soins de santé, si vous en avez désigné un, fera les décisions pour vous. Il ne s'agit pas d'une désignation durable; si votre médecin ou votre infirmière ou infirmier praticien autorisé avancé conclut que vous avez recouvré capacité, vous pourrez de nouveau faire vos propres décisions de soins de santé. Si, tandis que vous n'avez pas la capacité de faire des décisions médicales, vous voulez que les décisions de votre agent de soins de santé soient suivies même si vous faites objection, il vous faut le dire clairement dans votre directive préalable.

Qu'est-ce qu'une directive préalable ne peut pas accomplir?

Une directive préalable couvre seulement certaines questions importantes de soins de santé. Elle ne prévoit pas de nombreuses autres questions importantes de planification ou de finances personnelles. Une « Procuration écrite générale durable » est recommandée pour les questions financières ou autre planification personnelle. C'est avec un avocat que vous devriez discuter de ceci et d'autres sujets importants sans trait aux questions de santé.

Est-ce que mes vieux documents de directives préalables sont encore valides?

Oui. Une directive préalable n'a aucun besoin d'être renouvelée. Si vous voulez, cependant, changer quelque chose dans votre document de directive préalable, vous devez en compléter un nouveau. Vous pourrez vouloir réexaminer de temps à autre vos désirs de soins de santé. La loi du New Hampshire sur la Directive préalable a changée le 1^{er} janvier 2007. Cependant, si vous avez un document de directive préalable créé avant cette date, il sera encore honoré sous la loi du New Hampshire.

Est-ce que je peux révoquer ma directive préalable?

Vous pouvez révoquer ou annuler votre directive préalable oralement ou par écrit à n'importe quel moment. Une séparation, un divorce ou un mariage révoquera automatiquement votre Procuration écrite durable pour soins de santé si votre conjoint ou votre partenaire est votre agent de soins de santé et si vous n'avez pas nommé d'agent alternatif dans votre document. En plus si une ordonnance de protection est déposée entre vous et votre agent de soins de santé, votre Procuration écrite durable pour soins de santé sera automatiquement révoquée si vous n'avez pas nommé un agent alternatif.

Et si mon document de directive préalable a été exécuté dans un autre état?

Votre directive préalable est valide au New Hampshire pourvu qu'elle ait été légalement exécutée dans l'autre état et elle est valide seulement dans la mesure qu'elle se conforme à la loi du New Hampshire.

Qui devrait avoir une copie de mon document de directive préalable?

Des copies de vos documents devraient se trouver chez les suivants : votre médecin, votre hôpital, la personne que vous choisissez comme agent de soins de santé ou l'établissement de santé à long terme et votre famille. Idéalement, les documents originaux devraient être conservés là où vous gardez vos autres documents légaux importants tels que les testaments, les extraits de naissance et les cartes de sécurité sociale. De cette façon, vous aurez toujours accès facile à ces directives importantes.

Comment est-ce que mes pourvoyeurs de santé sauront que j'ai une directive préalable?

Vous devriez dire à votre médecin et à vos infirmiers et infirmières et autres pourvoyeurs de santé que vous avez une directive préalable et leur fournir une copie pour insertion dans votre dossier médical. À chaque fois que vous êtes admis à l'hôpital, on vous demandera si vous avez une directive préalable. Si vous savez que vous serez admis à l'hôpital, vous devriez apporter avec vous une copie de ce document.

Est-ce qu'il me faut un avocat?

Il ne vous faut pas d'avocat pour créer une directive préalable. Vous pouvez tout simplement utiliser le formulaire dans ce livret; il est imprimé substantiellement selon les lois du New Hampshire. Cependant, si vous avez des questions, vous pouvez parler avec un avocat ou avec une personne entraînée de votre centre médical communautaire ou de votre hospice. Vous pouvez vous procurer les formulaires statutaires en consultant les NH Revised Annotated Statutes 137-J.

Qui peut servir de témoin lorsque je signerai mon document de directive préalable?

Afin qu'il soit valide, votre document de directive préalable peut être signé soit dans la présence de deux témoins, soit devant un notaire. Les personnes suivantes ne peuvent pas servir de témoin : votre agent de soins de santé nommé dans votre Procuration écrite durable pour soins de santé, votre conjoint, votre héritier, votre médecin traitant ou l'infirmière ou l'infirmier praticien autorisé avancé ou encore la personne supervisée par votre médecin. Seulement un des deux témoins peut être votre pourvoyeur de soins de santé ou de soins résidentiels ou un des employés de votre pourvoyeur.

Pourquoi est-ce que je permettrais à mon agent de soins de santé de faire des décisions contre mes objections?

Une Procuration écrite durable pour soins de santé permet à votre agent de faire des décisions si vous êtes sans connaissance ou incapable de communiquer vos désirs. Cette procuration peut aussi permettre à votre agent de faire des décisions pour vous, même si vous êtes conscient et capable de communiquer, si votre pourvoyeur des soins de santé croit qu'il vous manque la capacité de faire des décisions au sujet de votre santé à cause de la condition qui affecte votre fonctionnement cognitif ou intellectuel, tel que la maladie d'Alzheimer, la démence ou la maladie mentale. Lorsque vous signez une directive préalable, vous devez décider si oui ou non vous voulez céder votre droit d'objecter à la décision de votre agent. Si vous ne cédez pas ce droit, une thérapie ne peut pas être donnée ou retenue contre votre objection. Cependant, une Pétition pourrait être déposée aux Tribunal des successions pour qu'un Conseil judiciaire soit appointé pour faire des décisions médicales pour vous (comme il se ferait si vous aviez une directive préalable). Certaines personnes veulent éviter la possibilité de la tutelle par procédure judiciaire à cause des coûts potentiels, l'embarras, la perte de confidentialité et le stress sur la famille résultant d'une procédure judiciaire. Elles consentent de se fier que leur agent et leurs pourvoyeurs prendront toujours les bonnes décisions. D'autres personnes préfèrent retenir leur droit d'objecter à un soin ou à une thérapie non voulue, ou elles veulent s'assurer d'avoir accès aux avis juridiques et aux protections procédurales de la procédure judiciaire dans le cas où elles ne seraient pas d'accord avec les décisions qui se font.

*C'est votre droit
de participer et de planifier votre soin.*

Vers votre choix d'une Procuration écrite durable pour soins de santé ou d'un Agent de soins de santé

Lorsque vous décidez de choisir quelqu'un qui parlera pour vous lors d'une crise médicale dans le cas où vous ne pourriez pas parler pour vous-même, il y a diverses choses auxquelles il faut réfléchir. Le présent outil vous aidera à décider qui sera la meilleure personne. Normalement, il est préférable de nommer une seule personne ou un agent à la fois avec au moins un alternatif (ou substitut) au cas où la première personne ne serait pas disponible en cas de besoin.

Avec cet outil, comparez trois personnes. Le classement vous indiquera la meilleure personne pour votre procuration ou qui pourra devenir votre Agent de soins de santé. Cette personne...

1^{er} Nom

2^e Nom

3^e Nom

1. Satisfait aux critères de votre état pour agir comme agent ou représentant? (Il s'agit ici d'une condition sine qua non! Voir la page 5 – Divulgateion.)
2. Serait prête à parler en votre nom.
3. Serait prête à agir conformément à vos désirs et pourrait séparer ses propres sentiments des vôtres.
4. Vit près de vous ou pourrait voyager afin d'être à vos côtés en cas de besoin.
5. Vous connaît bien et comprend ce qui est important pour vous.
6. Est à la hauteur de la tâche.
7. Discutera dès maintenant avec vous des questions épineuses et écoutera vos désirs.
8. Sera probablement disponible pour longtemps à l'avenir.
9. Saurait bien s'y prendre dans le cas d'opinions contradictoires parmi les membres de la famille, les amis et le personnel médical.
10. Peut être un intervenant fort en face d'une institution ou d'un médecin non réceptif.

Cette fiche fut adaptée par la Commission sur les problèmes juridiques du troisième âge de la American Bar Association du livre de R. Pearlman et al. *Your Life Your Choices—Planning for Future Medical Decisions : How to Prepare a Personalized Living Will*, Veterans Administration Medical Center, Seattle, Washington. Réimprimé avec permission.

Quoi faire une fois que vous avez choisi un Agent de soins de santé?

- Discuter avec votre agent les qualifications sur cette fiche.
- Demander la permission de nommer cette personne comme votre agent.
- Discuter avec lui ou elle vos désirs de soins de santé et vos craintes.
- Vous assurer que votre agent reçoive une copie de votre directive préalable.
- Dire aux membres de votre famille et à vos proches amis qui vous avez choisi.

Making Medical Decisions for Someone Else : A New Hampshire Handbook (Faire des décisions médicales pour une autre personne : Un manuel du New Hampshire) une ressource disponible au www.healthynh.com. Le livret pourra aussi est disponible à l'établissement de santé où vous recevez vos soins médicaux.

La Procuration écrite permanente pour soins de santé

Il s'agit ici d'un document légal. Avant de le signer, vous devriez connaître les faits importants suivants:

Sauf avis contraire de votre part, ce document donne à la personne que vous nommez comme votre agent de soins de santé l'autorité de prendre en votre nom toutes les décisions et chacune d'entre elles lorsque vous ne serez plus capable de les prendre vous-même. (En d'autres mots, lorsque vous n'avez plus la capacité de comprendre et d'apprécier en général la nature et les conséquences d'une décision de soins de santé, y inclus les bienfaits importants et les alternatives raisonnables à tout soin de santé proposé.) Par "soins de santé", l'on entend toute thérapie, tout service ou acte médical en vue du maintien, de la diagnostique ou du soin de votre condition physique ou mentale. Votre agent de soins de santé aura donc le pouvoir de prendre en votre nom une grande gamme de décisions de soins de santé. Votre agent de soins de santé pourra consentir (c'est à dire, donner la permission), refuser de consentir ou enlever le consentement à la thérapie médicale; il pourra aussi prendre des décisions sur l'enlèvement ou le refus de thérapie de réanimation ou de maintien des fonctions vitales.

Si vous voulez donner à votre agent de soins de santé le pouvoir de refuser ou d'enlever l'alimentation ou d'hydratation administrée médicalement, vous devez le dire dans votre document. Autrement, votre agent de soins de santé ne pourra pas prendre cette décision. Sous aucune condition votre agent de soins de santé ne pourra décider de retenir la nourriture ou le breuvage que vous pouvez manger et boire normalement.

Vous pouvez déclarer dans ce document quelle thérapie que vous ne voulez absolument pas ou quelle thérapie que vous voulez certainement recevoir. L'autorité de votre agent de soins de santé débutera lorsque votre médecin ou votre infirmière ou infirmier praticien certifie qu'il vous manque la capacité de faire des décisions de soins de santé—en d'autres mots que vous n'êtes pas capable de prendre des décisions de soins de santé. Vous pouvez attacher des pages additionnelles à la directive s'il vous faut plus d'espace pour compléter votre déclaration.

Votre agent de soins de santé ne peut consentir à aucun des actes suivants ni peut-il les commander: ● l'internement dans une institution de l'état; ● la stérilisation; ● la cessation de thérapie en cas de grossesse si le retrait de cette thérapie est jugé devoir probablement interrompre la grossesse, à moins que la thérapie vous soit physiquement dangereuse ou qu'elle vous cause de la douleur extrême qui ne peut pas s'amoinrir au moyen de médicaments.

Si, pour des raisons morales ou religieuses, vous ne voulez pas les soins d'un médecin ou d'une infirmière ou d'un infirmier praticien authentique (ARNP) ou si vous ne voulez pas d'examen médical d'un médecin ou d'une infirmière ou d'un infirmier praticien authentique (ARNP) qui authentifierait l'absence de votre capacité, vous devez le dire dans la directive et vous devez nommer une personne qui pourra authentifier cette absence de capacité. Cette personne ne peut être ni votre agent de soins de santé ni votre agent alternatif de soins de santé ni toute autre personne n'ayant pas le droit d'être votre agent de soins de santé.

En prenant des décisions pour vous, votre agent de soins de santé devra être dirigé par vos instructions écrites et sera en plus guidé par votre condition médicale ou votre pronostique. À moins de déclaration contraire dans la directive, votre agent de soins de santé aura la même autorité de prendre des décisions au sujet de vos soins de santé que vous auriez vous-même prises, pourvu que ces décisions faites par votre agent de soins de santé soient prises en accord avec la loi de l'état.

Il est important que vous discutiez de ce document avec votre médecin ou autres pourvoyeurs de soins de santé avant de le signer pour assurer que vous comprenez la nature et la gamme des décisions qui pourraient être faites pour vous par votre agent de soins de santé. Si vous n'avez pas de pourvoyeur de soins de santé, vous devriez discuter avec une personne bien informée en ces questions et qui peut répondre à vos questions. Vérifiez avec votre centre médical communautaire ou avec votre hospice pour trouver un personnel compétent. Il ne vous faut pas l'aide d'un avocat pour compléter cette directive, mais, s'il y a quelque chose en cette directive que vous ne comprenez pas, vous devriez demander à un avocat de vous l'expliquer.

La personne que vous choisissez comme agent de soins de santé devrait être une personne que vous connaissez et en qui vous avez confiance, et cette personne doit être âgée d'au moins 18 ans. Si vous choisissez comme agent de soins de santé votre pourvoyeur de santé ou de foyer d'accueil spécialisé (votre médecin, par exemple ou encore une infirmière ou un infirmier praticien autorisé avancé, un employé d'hôpital, de maison de soins infirmiers, d'agence de soins à domicile ou de foyer d'accueil spécialisé), cette personne devra choisir entre agir soit comme votre agent de soins de santé soit comme votre pourvoyeur de santé ou de foyer d'accueil spécialisé parce que la loi ne permet pas qu'une personne remplisse en même temps les deux fonctions.

Vous devriez considérer le choix d'un agent de soins de santé alternatif au cas où votre agent de soins de santé ne serait pas consentant ou qu'il soit indisponible ou inéligible d'agir comme votre agent de soins de santé ou qu'il refuse de le faire. Tout agent de soins de santé alternatif que vous choisissiez aura alors la même autorité de prendre des décisions de santé pour vous.

Vous devriez dire à la personne que vous choisissez que vous voulez qu'elle soit votre agent de soins de santé. Vous devriez discuter de cette directive avec votre agent de soins de santé et avec votre médecin ou infirmière ou infirmier praticien autorisé avancé et vous devriez remettre à chacun une copie signée. Vous devriez écrire sur la directive elle-même le nom des personnes et des institutions qui ont des copies signées. Votre agent de soins de santé ne sera pas légalement responsable pour les décisions de soins de santé qu'il aura faites pour vous en bonne foi.

Même après avoir signé cette directive, vous avez le droit de prendre des décisions de santé pour vous-même pour aussi longtemps que vous êtes capable de le faire, et aucune thérapie ne peut vous être donnée ou enlevée en dépit de votre objection. Cependant, si votre médecin ou votre infirmière ou infirmier praticien autorisé avancé a déterminé que vous êtes frappé(e) d'invalidité, vous pourrez vouloir que les thérapies soient retenues ou données selon les directives de votre agent même si vous vous opposez verbalement à ces thérapies.

Vous avez le droit de révoquer le pouvoir donné à votre agent de soins de santé en le lui disant ou en disant, oralement ou par écrit à votre pourvoyeur de soins de santé que vous ne voulez plus que cette personne soit votre agent de soins de santé.

Une fois que cette directive est exécutée, elle ne peut pas être changée ou modifiée. Si vous voulez y faire des changements, vous devez rédiger une directive complètement nouvelle.

Vous avez le droit d'enlever, dans votre directive préalable, les références aux infirmières ou infirmiers praticiens autorisés avancés, et si vous le faites votre directive préalable sera encore valide et exécutoire.

Cette procuration écrite pour soins de santé ne sera pas valide à moins que vous signiez en présence de deux (2) témoins qualifiés, qui devront être tous deux présents lorsque vous signez et qui reconnaîtront votre signature sur la directive. Les personnes suivantes ne peuvent pas servir de témoins:

- la personne que vous avez désignée comme votre agent de soins de santé
- votre conjoint ou votre héritier en loi ou les bénéficiaires nommés dans votre testament ou dans un acte
- votre médecin traitant ou votre infirmière ou infirmier praticien autorisé avancé.

Sur les deux témoins, seulement un peut être votre pourvoyeur de soins de santé ou de foyer d'accueil spécialisé ou un employé de votre pourvoyeur.

LA PLANIFICATION PRÉALABLE DU NEW HAMPSHIRE

À NOTER: Ce formulaire a deux sections : La Procuration écrite permanente pour soins de santé et le Testament biologique.

Vous pouvez compléter les deux sections ou seulement une section.

1^{ère} SECTION. LA PROCURATION ÉCRITE PERMANENTE POUR SOINS DE SANTÉ

Je soussigné(e), _____ (_____) par la présente, nomme _____
(Nom) (Date de naissance) (Nom de l'agent de soins de santé)

de _____
(Adresse et numéro de téléphone de l'agent de soins de santé)

Si vous choisissez plus d'un agent, ces personnes auront autorité selon la priorité de l'ordre dans lequel leurs noms sont inscrits, à moins que vous indiquiez une autre façon de faire les décisions.

comme mon agent pour prendre pour moi toutes les décisions de soins de santé et chacune d'entre elles, sauf si je le déclare autrement dans cette directive ou si la loi l'empêche. Cette procuration écrite permanente pour soins de santé entrera en effet dans le cas où je deviendrais incapable de prendre mes propres décisions de soins de santé.

Dans le cas où la personne que je choisis comme agent de soins de santé est incapable, ne consente pas, est indisponible ou inéligible d'agir comme mon agent de soins de santé, je nomme _____
(Nom de l'agent de soins de santé)

de _____
(Adresse et numéro de téléphone de l'agent de soins de santé)

(Prière de ne choisir qu'une personne. Si vous choisissez plus d'un agent alternatif, ces personnes auront autorité dans l'ordre dans lequel leurs noms sont inscrits.)

Déclaration de Désirs, de Dispositions spéciales et de Limitations concernant les décisions de soins de santé

Pour vous faciliter la tâche d'exprimer vos désirs, quelques énoncés généraux au sujet du refus ou de l'enlèvement de la thérapie du maintien des fonctions vitales sont rédigés ci-dessous. (La thérapie du maintien des fonctions vitales se définit comme procédés sans lesquels une personne mourrait, par exemple et sans s'y limiter : la respiration mécanique, la dialyse rénale, les drogues pour maintenir la pression artérielle, les transfusions sanguines et les antibiotiques. Il y a aussi une section qui vous permet de rédiger des directives spécifiques pour ces matières ou pour d'autres. Si vous voulez, vous pouvez indiquer votre accord ou votre désaccord avec une ou plusieurs des énonciations suivantes et donner à votre agent le pouvoir d'agir dans ces circonstances précises.

A. LA THÉRAPIE DU MAINTIEN DES FONCTIONS VITALES

1. Si je suis près de la mort et qu'il me manque la capacité de faire des décisions de soins de santé, j'autorise mon agent d'ordonner que

(Veuillez inscrire vos initiaux à côté de votre choix de (a) ou de (b).)

_____ (a) la thérapie du maintien des fonctions vitales ne soit pas commencée, ou si elle est déjà commencée qu'elle soit discontinuée

-ou-

_____ (b) la thérapie du maintien des fonctions continue à m'être donnée.

2. Que je sois près de la mort ou non, si je deviens inconscient(e) en permanence, j'autorise mon agent d'ordonner que :

(Veuillez inscrire vos initiaux à côté de votre choix de (a) ou de (b).)

_____ (a) la thérapie du maintien des fonctions vitales ne soit pas commencée, ou si elle est déjà commencée qu'elle soit discontinuée

-ou-

_____ (b) la thérapie du maintien des fonctions continue à m'être donnée.

B. L'ALIMENTATION ET L'HYDRATATION ADMINISTRÉES MÉDICALEMENT

1. Je réalise qu'il pourrait survenir des situations dans lesquelles la seule façon de me permettre de mourir serait de ne pas commencer l'alimentation et l'hydratation administrées médicalement ou de les discontinuer. Dans l'implémentation de toutes les instructions que j'ai données en ce document, j'autorise mon agent d'ordonner que :

(Veuillez inscrire vos initiaux à côté de votre choix de (a) ou de (b).)

_____ (a) l'alimentation et d'hydratation administrées médicalement ne soient pas commencées, ou si elles ont déjà été commencées qu'elles soient discontinuées.

-ou-

_____ (b) même si toutes les autres formes de thérapie du soutien des fonctions vitales m'ont été retirées, l'alimentation et l'hydratation administrées médicalement continuent à m'être données.

Si vous manquez de compléter l'item B, votre agent n'aura pas le pouvoir d'ordonner le refus ou le retrait de l'alimentation et de l'hydratation administrées médicalement.

C. LA THÉRAPIE CONTRE OBJECTION

1. Vous pouvez faire honorer les décisions de votre agent des soins de santé même si vous exprimez une objection à ces décisions. Dans ce contexte, veuillez considérer les énoncés suivants :

_____ (a) Oui, même si je suis frappé(e) d'invalidité et que j'objecte à la thérapie, la thérapie **peut** m'être donnée contre mes objections.

-ou-

_____ (b) Non, même si je suis frappé(e) d'invalidité, la thérapie ne peut pas m'être donnée contre mon objection.

D. INSTRUCTIONS SUPPLÉMENTAIRES

Ici vous pouvez inclure toute limitation ou tout désir précis que vous jugez à propos, par exemple quelle thérapie du soutien des fonctions vitales vous désirez ou le moment où cette thérapie serait refusée ou encore des instructions sur le refus de certaines thérapies précises qui ne sont incompatibles avec vos croyances religieuses ou qui vous sont inacceptables pour toute autre raison. Vous pouvez laisser un blanc à cette question.

(Ajoutez d'autres pages si nécessaire.)

Par la présente je reconnais qu'il m'a été fourni un énoncé de divulgation expliquant l'effet de cette directive. J'ai lu et j'ai compris l'information contenue dans l'énoncé de divulgation.

L'original de ce document sera gardé à _____
et les personnes et institutions suivantes en auront des copies :

Signé ce ____ jour de (d') _____ 20__.

Signature du commettant : _____

[Si vous êtes physiquement incapable de signer, cette directive peut être signée par une autre personne qui écrit votre nom, en votre présence et sous votre expresse direction.]

**CETTE PROCURATION DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR DEUX TÉMOINS
OU PAR UN NOTAIRE OU PAR UN JUGE DE LA PAIX.**

Nous déclarons que le commettant semble être sain d'esprit et libre de contrainte au moment où la Procuration écrite permanente pour soins de santé est signée et que le commettant affirme être conscient de la nature de la directive et qu'il le signe librement et volontairement.

Témoin _____ Adresse _____

Témoin _____ Adresse _____

Si on se sert d'un notaire ou d'un juge de la paix :

ÉTAT DU NEW HAMPHIRE

COMTÉ DE _____

La Procuration permanente pour soins de santé ci-dessus fut reconnue devant moi
ce ____ jour de (d') _____, 20 __, par _____ (« le commettant »)

Notaire/Juge de la paix

Mon mandat expire: _____

2° SECTION. LE TESTAMENT BIOLOGIQUE

Déclaration faite ce ____ jour de (d') _____, 20 ____

Je sousigné(e), _____, étant sain(e) d'esprit, librement et volontairement fais connaître mon désir que ma mort ne soit pas prolongée de façon artificielle dans les circonstances énumérées ci-dessous; je déclare par la présente:

En tout temps que j'aie une blessure, une affection ou une maladie incurable et que je suis certifié(e) près de la mort ou définitivement sans connaissance par deux médecins ou par un médecin et une infirmière ou un infirmier praticien autorisé avancé et que deux médecins ou un médecin et une infirmière ou un infirmier praticien autorisé avancé ont déterminé que ma mort est imminente, que la thérapie du soutien des fonctions vitales soit utilisée ou non, et dans le cas où l'application de la thérapie du maintien des fonctions vitales ne servirait qu'à prolonger le processus de la mort ou ferait en sorte que je demeure en condition définitivement sans connaissance, j'ordonne que de tels procédés soient retenus ou retirés et qu'on me permette de mourir naturellement avec seulement l'administration de médicaments, l'ingestion naturelle de nourriture et de liquides pris en mangeant et en buvant, ou la performance de procédés médicaux jugés nécessaires pour me fournir un soin confortable. Je réalise qu'il pourrait survenir des situations où la seule façon de me permettre de mourir serait de discontinuer l'alimentation et l'hydratation administrées médicalement.

Dans l'exécution de toute instruction que j'ai donnée sous cette section, j'autorise que :

(Veuillez inscrire vos initiaux à côté de votre choix de (a) ou de (b).)

_____ (a) l'alimentation et d'hydratation administrées médicalement ne soient pas commencées, ou si elles ont déjà été commencées qu'elles soient discontinuées

-ou-

_____ (b) même si toutes les autres formes de thérapie du soutien des fonctions vitales m'ont été retirées, l'alimentation et l'hydratation administrées médicalement continuent à m'être données.

Dans l'absence de ma capacité de donner des directives au sujet de telles thérapies du soutien des fonctions vitales, c'est mon intention que cette déclaration soit honorée par ma famille et par les pourvoyeurs de soins de santé comme l'expression finale de mon droit de refuser la thérapie médicale ou chirurgicale, et j'accepte les conséquences d'un tel refus.

Je comprends toutes les implications de cette déclaration et je suis émotionnellement et psychologiquement compétent(e) de faire cette déclaration.

Signé ce ____ jour de (d') _____ 20 ____.

Signature du commettant : _____

[Si vous êtes physiquement incapable de signer, cette directive peut être signée par une autre personne qui écrit votre nom, en votre présence et sous votre expresse direction.]

**CE TESTAMENT BIOLOGIQUE DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR DEUX TÉMOINS
OU PAR UN NOTAIRE OU PAR UN JUGE DE LA PAIX.**

Nous déclarons que le commettant semble être sain d'esprit et libre de contrainte au moment où le Testament biologique est signé et que le commettant affirme être conscient de la nature de la directive et qu'il le signe librement et volontairement.

Témoin _____ Adresse _____

Témoin _____ Adresse _____

Si on se sert d'un notaire ou d'un juge de la paix :

ÉTAT DU NEW HAMPHIRE

COMTÉ DE _____

Le Testament biologique ci-dessus fut reconnu devant moi
ce ____ jour de (d') _____, 20 ____, par _____ (« le commettant »)

Notaire/Juge de la paix

Mon mandat expire: _____

DÉFINITIONS

Agent de soins de santé –

Une personne choisie comme votre Procuration écrite permanente pour soins de santé pour faire des décisions de soins de santé lorsque vous êtes incapable d'exprimer vos propres désirs pour soins ou thérapie.

Capacité de prendre des décisions de soins de santé -

La compétence de comprendre généralement les risques et les bienfaits d'une décision de soins de santé aussi bien que toute option alternative de thérapie. Ceci est déterminé par un médecin ou un ARNP. (Voir Médecin...)

Définitivement sans connaissance -

Une condition durable, indéfiniment sans amélioration, dans laquelle vous n'êtes pas conscient(e) de votre pensée, de vous-même ou de votre environnement; d'autres indicateurs de conscience sont aussi absentes selon la détermination d'une évaluation neurologique d'un médecin en consultation avec votre médecin ou votre ARNP.

Don d'organes ou de tissus -

Donner vos organes pour transplantation en d'autres personnes, ce qui peut sauver leur vie ou l'améliorer. Organes qui se donnent : le cœur, les reins, le pancréas, les poumons, le foie, les intestins. Tissus qui se donnent : la cornée, la peau, la moelle osseuse, la valvule cardiaque, les tissus conjonctifs. Pour être transplantés, les organes doivent recevoir du sang jusqu'à ce qu'elles soient enlevées de votre corps. Il sera donc peut-être nécessaire de vous brancher temporairement à une machine de respiration ou à une autre thérapie de soutien des organes. Les médecins évaluent si vous avez des organes ou des tissus propices à la transplantation au moment de la mort ou lors de la mort imminente. Votre corps peut toujours être exposé et enterré après votre mort.

Essai de thérapie -

Faire essai de thérapie(s) pendant une période de temps (une ou deux semaines, par exemple) jusqu'à ce qu'il soit décidé si la thérapie ne réussissait pas.

État végétatif chronique –

Une condition irréversible qu'un jugement

médical raisonnable voit comme la perte complète de fonctions clé du cerveau. Elle aura comme résultat la fin de toute réflexion et de toute conscience bien que le battement de cœur et la respiration continuent. Il y aura encore des périodes de sommeil et d'éveil.

Hydratation administrée médicalement –

L'utilisation de lignes intraveineuses ou de tubes pour fournir de l'eau lorsque vous êtes incapable de boire. Ceci n'inclut pas le procédé naturel de boire des liquides.

Ligne intraveineuse ou IV-

Un tube placé dans votre veine qui est utilisé pour vous donner des liquides, du sang ou des médicaments.

Médecin traitant ou une infirmière ou un infirmier praticien autorisé avancé (ARNP en anglais) -

Un médecin ou un ARNP qui a responsabilité de premier recours pour votre thérapie. Un ARNP est un infirmier ou une infirmière ayant des qualifications cliniques spécialisées sous la loi de l'état.

Mort imminente (être près de la mort) –

Une condition irréparable causée par une blessure, une affection ou une maladie qui, selon un jugement médical raisonnable, sera cause de mort à n'importe quel moment de sorte qu'une thérapie de maintien de fonctions vitales ne fera que remettre la mort. Ceci est déterminé par un médecin ou un ARNP travaillant avec un autre médecin.

Nutrition administrée médicalement (l'alimentation) –

L'utilisation de lignes intraveineuses ou tubes pour fournir de la nourriture lorsque vous êtes incapable de manger. Un tube d'alimentation est un tube médical par lequel la nourriture et l'eau sont insérés dans votre corps. Ceci n'inclut pas le procédé naturel de consommer de la nourriture.

Ordonnance de non ressuscitation (DNR en anglais) –

Une ordonnance médicale placée dans votre dossier médical qui dit que vous ne voulez pas l'utilisation de la RCR si votre cœur ou votre respiration s'arrête.

Réanimation cardio-respiratoire ou RCR–

Un procédé médical d'urgence utilisé pour essayer de recommencer le battement de cœur et la respiration, ce qui peut se faire en soufflant dans la bouche, en appuyant sur la poitrine, en soufflant dans la trachée, en donnant des médicaments dans votre veine et par le choc électrique.

Soins de confort –

Vous garder aussi confortable et paisible que possible, y inclus au moyen d'analgésiques, des morceaux de glace et de l'onguent pour lèvres, le virement du corps pour empêcher les escarres de décubitus, et des bains.

Soins d'hospice -

Une approche d'équipe pour fournir des services médicaux et sociaux, des soins infirmiers et spirituels et le soutien dans le deuil pour vous et pour votre famille à l'approche de la mort. (Voir aussi soins palliatifs.)

Soins palliatifs -

Prendre soin de toute la personne—corps, psyché et esprit. Cette approche voit la mort comme naturelle et personnelle; son but est de vous apporter un soulagement des symptômes. (Voir aussi soins d'hospice.)

Thérapie essentielle au maintien des fonctions vitales –

Lorsque la personne est proche de la mort ou elle est sans conscience en permanence, toute intervention ou tout procédé médical qui utilise des moyens mécaniques ou administrés médicalement pour soutenir ou restaurer une fonction vitale ou la supplanter, fonction qui, dans le jugement écrit du médecin traitant ou de l'ARNP, ne servirait qu'à remettre artificiellement le moment de la mort. Ceci peut inclure : l'insufflateur ou la respiration mécanique, le soutien artificiel de la pression artérielle, la transfusion sanguine, la dialyse rénale et autres procédés semblables. La thérapie essentielle au maintien des fonctions vitales n'inclut pas : la diminution de la douleur avec médicaments ou l'ingestion naturelle de nourriture ou de liquides.

<p>Avertissement au pourvoyeur de soins de santé</p> <p>J'ai :</p> <p>_____ une Procuration durable pour soins de santé</p> <p>_____ un Testament biologique</p> <p>Le document original signé se trouve à :</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>En cas d'urgence, prière de contacter :</p> <p>-----</p> <p>Nom</p> <p>-----</p> <p>Adresse</p> <p>-----</p> <p>Ville, état, code postal</p> <p>-----</p> <p>Téléphone</p>	<p>Carte de Directives préalables</p> <p>_____</p> <p>Nom</p> <p>-----</p> <p>Adresse</p> <p>-----</p> <p>Ville, état, code postal</p> <p>-----</p> <p>_____</p> <p>Signature</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;">Prière de voir le verso pour des renseignements importants</p>
--	--

<p>Avertissement au pourvoyeur de soins de santé</p> <p>J'ai :</p> <p>_____ une Procuration durable pour soins de santé</p> <p>_____ un Testament biologique</p> <p>Le document original signé se trouve à :</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>En cas d'urgence, prière de contacter :</p> <p>-----</p> <p>Nom</p> <p>-----</p> <p>Adresse</p> <p>-----</p> <p>Ville, état, code postal</p> <p>-----</p> <p>Téléphone</p>	<p>Carte de directives préalables</p> <p>_____</p> <p>Nom</p> <p>-----</p> <p>Adresse</p> <p>-----</p> <p>Ville, état, code postal</p> <p>-----</p> <p>_____</p> <p>Signature</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;">Prière de voir le verso pour des renseignements importants</p>
--	--

Découpez ces cartes de Directives préalables sur les lignes pointues, pliez-les en deux et gardez-les dans votre portefeuille.

Foundation for Healthy Communities

La Fondation pour des communautés en santé

Les renseignements contenus dans ce livret ont été préparés par

New Hampshire Partnership for End-of-Life Care

Le Partenariat du New Hampshire pour les soins fin de vie

...un groupe d'organisations qui aide aux gens à planifier leurs soins de santé,
à parler de leurs choix et à les faire respecter.

Ce livret a été endossé par les organisations suivantes :

New Hampshire Hospital Association
New Hampshire Medical Association”
Home Care Association of New Hampshire
New Hampshire Health Care Association
New Hampshire Hospice and Palliative Care Organization
American Cancer Society

La Fondation pour des communautés en santé

Foundation for Healthy Communities

Foundation for Healthy Communities, 125 Airport Road, Concord, NH 03301
Téléphone (603) 225-0900 • Télécopieur (603) 225-4346 • Web: www.healthynh.com

Tous droits réservés © 2006 Foundation for Healthy Communities