

LA DIRECTIVE PRÉALABLE

Introduction. En tant que partie intégrante du droit d'une personne à l'auto-détermination, chaque adulte peut accepter ou refuser tout traitement médical recommandé. Ceci est assez facile quand les personnes vont bien et qu'elles peuvent parler. Malheureusement, au cours d'une maladie grave, elles sont souvent inconscientes ou sinon incapables de communiquer leurs souhaits – au moment même où des décisions cruciales doivent être prises.

La Directive préalable vous permet de consigner vos souhaits relativement aux divers types de traitements médicaux dans plusieurs situations représentatives de sorte que vos désirs puissent être respectés. Elle vous permet également de nommer un mandataire, quelqu'un qui prend des décisions d'ordre médical à votre place s'il s'avérait que vous deveniez incapable de les prendre vous-même.

La directive préalable prend effet seulement si vous devenez inapte (incapable de prendre des décisions ou trop malade pour exprimer vos souhaits). Vous pouvez la modifier en tout temps jusqu'à ce moment. Aussi longtemps que vous êtes apte, vous devriez discuter de vos soins directement avec votre médecin.

Remplir le formulaire. Dans la mesure du possible, vous devriez remplir le formulaire dans le cadre d'une discussion avec votre médecin. Idéalement, ceci devrait avoir lieu en présence de votre mandataire. Ainsi votre médecin et votre mandataire sauront ce que vous pensez de ces décisions et cela vous donnera à vous et à votre médecin l'occasion de donner ou de clarifier des renseignements personnels et médicaux pertinents. Peut-être souhaiteriez-vous également discuter de certaines questions avec votre famille, vos amis ou votre guide spirituel.

Le document « Directive préalable » propose six situations médicales qui incluent l'inaptitude. Pour chacune d'entre elles, vous prenez en considération les interventions possibles et les objectifs de soins médicaux. La situation A est un coma irréversible; la situation B est la mort imminente; C il vous reste quelques semaines à vivre, passant d'un état inconscient à conscient; D est une démence grave; E est une situation que vous décrivez; et F est une incapacité temporaire à prendre des décisions.

Pour chaque scénario, vous déterminez des objectifs généraux de soins et des choix d'interventions spécifiques. Les interventions sont réparties en six groupes : 1) réanimation cardio-respiratoire ou intervention chirurgicale majeure; 2) Appareil de respiration artificielle ou dialyse ; 3) transfusions sanguines ou produits sanguins ; 4) nutrition et hydratation artificielles; 5) examens diagnostics simples ou antibiotiques ; 6) analgésiques même si ces médicaments devaient obscurcir la conscience ou indirectement abrégé la vie. La plupart de ces traitements sont décrits brièvement. Si vous avez des questions, consultez votre médecin.

Vos souhaits quant aux options de traitement (Je veux ce traitement; Je veux qu'on

essaie ce traitement, mais qu'on le cesse s'il n'y a pas d'amélioration; je suis indécis; je ne veux pas de ce traitement) devraient être indiqués. Si vous choisissez d'essayer un traitement, vous devez comprendre que cela indique que vous voulez que le traitement soit interrompu si votre médecin ou votre mandataire croit qu'il est devenu futile.

La section « Déclaration personnelle » vous permet d'expliquer vos choix et de dire ce que vous désirez dire à ceux qui peut-être prendront une décision à votre place concernant les limites de vie et les objectifs de l'intervention. Par exemple, dans la situation B, si vous souhaitez définir le terme « probabilité incertaine » à l'aide d'un chiffre, vous pouvez le faire.

Ensuite, vous pouvez exprimer vos préférences quant au don d'organes. Souhaitez-vous faire don de votre corps ou d'une partie ou de tous vos organes après le décès ? Si oui, dans quel(s) but(s), à quel(s) médecin(s) ou à quelle institution. Si non, ceci devrait être indiqué dans la case appropriée.

Dans la dernière section, vous pouvez désigner un ou plusieurs mandataires à qui on demandera de faire des choix dans les cas où vos souhaits ne sont pas clairs. Vous pouvez indiquer si les décisions de votre mandataire devraient ou non prévaloir sur vos souhaits s'il y a des différences. Si vous désignez plus d'un mandataire, vous pouvez préciser celui qui aura le dernier mot en cas de désaccord. Votre mandataire doit comprendre que ce rôle suppose généralement donner un avis que vous auriez vous-même donné si vous en aviez été capable – de le donner en fonction des critères que vous avez précisés. Les décisions du mandataire devraient être prises en consultation avec votre famille, vos amis et votre médecin.

Que faire avec le formulaire ? Une fois que vous avez rempli le formulaire, vous-même et deux témoins adultes (autres que votre mandataire) qui n'ont aucun intérêt dans vos biens devez le signer et le dater.

De nombreux états ont des dispositions législatives qui couvrent ce type de documents. Pour savoir quelles sont les lois en vigueur dans votre état, vous devriez appeler le Bureau de l'Attorney General de votre état ou consulter un avocat. Si votre état a un document légal, peut-être que vous souhaiteriez utiliser le document « Directive préalable » et l'annexer à ce formulaire.

Vous devriez donner une copie du document complété à votre médecin. Sa signature est souhaitable, mais non obligatoire. La Directive devrait être déposée dans votre dossier médical et mise en évidence de sorte que quiconque concerné par vos soins soit au courant de sa présence. Votre mandataire, un membre de la famille, et/ou un ami devraient également en avoir une copie. De plus, vous souhaiteriez peut-être porter une carte dans votre portefeuille mentionnant que vous êtes en possession d'un tel document et où le trouver.

**le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.*

LA DIRECTIVE PRÉALABLE

DON D'ORGANES

Je ne souhaite faire aucun don anatomique de mon corps.

Par la présente, je consens à faire un don anatomique qui prendra effet après mon décès:

Je donne Mon corps
 Tout organe ou tissu recherché
 Les organes suivants _____

À La personne ou l'institution suivante _____
 Le médecin traitant lors de mon décès
 L'hôpital où je décède
 Le médecin suivant, la banque de stockage de l'hôpital ou une autre institution médicale

Pour Tout objectif autorisé par la loi
 Thérapie pour une autre personne
 Formation médicale
 Greffe
 Recherche

LA DIRECTIVE PRÉALABLE

MANDAT RELATIF AUX SOINS DE SANTÉ

Je désigne comme mon/mes mandataire(s) pour prendre les décisions:

Nom et adresse: _____

Et (optionnel) _____

Je donne le pouvoir à mon mandataire de prendre les décisions sur les soins de santé fondées sur son évaluation de mes souhaits personnels. Si mes désirs personnels ne sont pas connus, mon mandataire devra prendre des décisions sur les soins de santé fondées sur ce qu'il pense être mes souhaits. Mon mandataire a le pouvoir de prendre toutes les décisions sur les soins de santé à ma place, y compris les décisions relatives aux traitements de maintien en vie, si je suis dans l'incapacité de prendre ces décisions moi-même. Le pouvoir de mon mandataire prend effet lorsque mon médecin traitant stipule par écrit que je n'ai plus la capacité de prendre ou de communiquer des décisions en matière de soins de santé. Mon mandataire aura alors le même pouvoir que moi pour prendre des décisions sur les soins de santé que si j'avais la capacité de les prendre moi-même, SAUF (énumérez les limitations, s'il y en a, que vous aimeriez ajouter quant au pouvoir de votre mandataire) :

Je souhaite que mes préférences écrites soient appliquées de la façon la plus exacte possible/avec souplesse selon le jugement de mon mandataire. (Supprimez selon la pertinence)

S'il y avait un désaccord entre les souhaits que j'ai indiqués dans ce document et les décisions privilégiées par mon/mes mandataire(s) ci-haut mentionné(s), je souhaite que les décisions de mon mandataire prévalent sur mes déclarations écrites/je souhaite que mes déclarations écrites lient mon mandataire. (supprimez selon la pertinence).

Si j'ai désigné plus d'un mandataire et qu'il y a un désaccord entre leurs souhaits, _____ détient l'autorité finale.

Signé: _____

Signature

Nom en lettres majuscules

Adresse

Date

Témoin: _____

Signature

Nom en lettres majuscules

Adresse

Date

Témoin: _____

Signature

Nom en lettres majuscules

Adresse

Date

Médecin (Optionnel):

Je suis le médecin de _____. J'ai vu ce document «Directive préalable» et j'ai eu l'occasion de discuter de ses préférences concernant les interventions médicales en fin de vie. Si _____ devient inapte, je comprends qu'il est de mon devoir d'interpréter et de mettre en œuvre les préférences spécifiées dans ce document afin de respecter ses souhaits.

Signé: _____

Signature

Nom en lettres majuscules

Adresse

Date

LA DIRECTIVE PRÉALABLE

LA DIRECTIVE PRÉALABLE

Cette Directive préalable constitue un guide de mes souhaits relativement aux traitements médicaux au cas où la maladie me rendrait incapable de les communiquer directement. Je donne cette directive, âgé de dix-huit ans ou plus, étant sain d'esprit et mesurant les conséquences de mes décisions.

SITUATION A

Si je suis dans un coma ou dans un état végétatif persistant, et que de l'avis de mon médecin et de deux consultants, je n'ai aucun espoir de recouvrer la conscience ou des fonctions cérébrales supérieures quelles que soient les interventions, alors mes objectifs et souhaits spécifiques - si raisonnables du point de vue médical- pour ceci et toute autre raison médicale seraient :

- Prolonger la vie; tout traiter
- Essayer de guérir, mais réévaluer souvent
- Limiter à des interventions moins invasives et moins lourdes
- Assurer des soins de confort seulement
- Autre (veuillez préciser):

Veuillez cocher les cases appropriées:

1. **Réanimation cardio-respiratoire** (pressions sur la poitrine, médicaments, chocs électriques et appareil de respiration artificielle visant à réanimer une personne qui est sur le point de mourir).
2. **Interventions chirurgicales majeures** (par ex. ablation de la vésicule ou d'une partie du colon).
3. **Appareil de respiration artificielle** (respiration avec un appareil ou tube dans la gorge).
4. **Dialyse** (nettoyer le sang avec une machine ou un liquide passé par l'abdomen).
5. **Transfusions sanguines ou produits sanguins.**
6. **Nutrition artificielle et hydratation** (tube d'alimentation dans une veine ou dans l'abdomen).
7. **Examens diagnostics simples** (par ex. prises de sang ou radiographies).
8. **Antibiotiques** (médicaments pour traiter les infections).
9. **Analgésiques, même si ces médicaments devaient obscurcir ma conscience et peut-être abrégé ma vie.**

Je	Essayez traitement. Si pas d'amélioration nette, cessez	Je suis indécis	Je ne veux pas
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		

LA DIRECTIVE PRÉALABLE

SITUATION B

Si la mort est imminente ou que je suis dans le coma et que de l'avis de mon médecin et de deux consultants les probabilités de recouvrer des fonctions mentales supérieures sont faibles mais incertaines, que celles de survivre avec une incapacité physique ou mentale permanente soient quelque peu plus grandes et que celles de ne pas récupérer du tout soient bien plus grandes, alors mes objectifs et mes souhaits spécifiques – si raisonnables du point de vue médical- pour ceci et toute maladie additionnelle seraient :

- Prolonger la vie; tout traiter
- Essayer de guérir, mais réévaluer souvent
- Limiter à des interventions moins invasives et moins lourdes
- Assurer des soins de confort
- Autre (veuillez préciser):

SITUATION C

Si je suis en phase terminale d'une maladie et qu'il ne me reste que quelques semaines à vivre, et que mon esprit ne fonctionne pas suffisamment bien pour prendre des décisions pour moi-même, mais que je suis parfois éveillé et que je semble avoir des sentiments, alors mon objectif et mes souhaits spécifiques – si raisonnables du point de vue médical- pour ceci et toute maladie additionnelle seraient :

Dans cet état, les souhaits précédents doivent être contrebalancés par la meilleure évaluation possible de vos sentiments actuels. Le mandataire et le médecin doivent faire ce jugement à votre place.

- Prolonger la vie; tout traiter
- Essayer de guérir, mais réévaluer souvent
- Limiter à des interventions moins invasives et moins lourdes
- Assurer des soins de confort
- Autre (veuillez préciser):

	Essayez traitement. Si pas d'amélioration nette, cessez.	Je suis indécis	Je ne veux pas
Je veux	<i>Ne s'applique</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		

	Essayez traitement. Si pas d'amélioration nette, cessez.	Je suis indécis	Je ne veux pas
Je veux	<i>Ne s'applique</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		

LA DIRECTIVE PRÉALABLE

SITUATION D

- Prolonger la vie; tout traiter
- Essayer de guérir, mais réévaluer souvent
- Limiter à des interventions moins invasives et moins lourdes
- Assurer des soins de confort
- Autre (veuillez préciser):

SITUATION E

- Si je..... Prolonger la vie; tout traiter
- (décidez une situation qui est importante pour vous et/ou
Essayer de guérir, mais réévaluer souvent
que votre médecin croit que vous devriez envisager étant
donné votre situation médicale actuelle.)
Limiter à des interventions moins invasives et
moins lourdes
- Assurer des soins de confort
- Autre (veuillez préciser):

Si je suis atteint d'une maladie cérébrale ou que j'ai subi des dommages cérébraux qui, de l'avis de mon médecin et de deux consultants, sont irréversibles et qui font que je suis incapable de penser ou de ressentir, mais que je ne souffre pas d'une maladie terminale, alors mes objectifs et mes souhaits spécifiques –si raisonnables du point de vue médical- pour ceci et toute maladie additionnelle seraient :

Je veux	Essayez traitement. Si pas d'amélioration nette, cessez.	Je suis indécis	Je ne veux pas
	<i>Ne s'applique</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		

Je veux	Essayez traitement. Si pas d'amélioration nette, cessez.	Je suis indécis	Je ne veux pas
	<i>Ne s'applique</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		

LA DIRECTIVE PRÉALABLE

SITUATION F

Si je suis dans l'état de santé actuel (décrivez brièvement) : _____

Et que je souffre d'une maladie qui, de l'avis de mon médecin et de deux consultants, met en danger ma vie, mais est réversible, et que je suis temporairement incapable de prendre des décisions, alors mes objectifs et mes souhaits spécifiques –si raisonnables du point de vue médical- seraient :

- Prolonger la vie; tout traiter
- Essayer de guérir, mais réévaluer souvent
- Limiter à des interventions moins invasives et moins lourdes
- Assurer des soins de confort
- Autre (veuillez préciser): _____

Je veux	Essayez traitement. Si pas d'amélioration nette, cessez.	Je suis Indécis	Je ne veux pas
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		
	<i>Ne s'applique pas</i>		

Veuillez cocher les cases appropriées:

1. **Réanimation cardio-respiratoire** (pressions sur la poitrine, médicaments, chocs électriques et appareil de respiration artificielle visant à réanimer une personne qui est sur le point de mourir).
2. **Interventions chirurgicales majeures** (par ex. ablation de la vésicule ou d'une partie du colon).
3. **Appareil de respiration artificielle** (respiration avec un appareil ou tube dans la gorge).
4. **Dialyse** (nettoyer le sang avec une machine ou une liquide passé par l'abdomen).
5. **Transfusions sanguines ou produits sanguins.**
6. **Nutrition artificielle et hydratation** (tube d'alimentation dans une veine ou dans l'abdomen).
7. **Examens diagnostics simples** (par ex. prises de sang ou radiographies).
8. **Antibiotiques** (médicaments pour traiter les infections).
9. **Analgésiques, même si ces médicaments devaient obscurcir ma conscience et peut-être abrégé ma vie.**