

C'EST VOTRE VIE, VOTRE CHOIX.

MOURIR DANS LA
DIGNITÉ
CANADA



ONTARIO

PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS : Instructions

Remarque Important : En Ontario, il n'existe pas de loi qui touche expressément la directive préalable, comme c'est le cas dans d'autres provinces, de sorte qu'il n'en existe pas de définition juridique. La Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario utilise plutôt le terme « désirs » en ce qui a trait à un traitement. Tant que vous êtes apte à le faire, vous pouvez exprimer vos désirs (ou modifier vos désirs) dans une directive préalable ou une procuration relative au soin de la personne, sous une forme écrite, oralement ou de toute autre façon. Le fait de mettre vos désirs par écrit de façon claire, par exemple dans cette Directive préalable, vous permet de donner à votre mandataire et à votre prestataire de soins de santé un document où sont exprimés vos désirs en matière de traitement.

Votre mandataire doit tenir compte de vos désirs au moment de prendre une décision en votre nom. Si vos désirs ne sont pas connus ou ne correspondent pas à la situation qui requiert une décision particulière en matière de soins de santé, votre mandataire doit agir dans votre intérêt fondamental. De plus, votre prestataire de soins de santé ne doit pas administrer un traitement sachant qu'il va à l'encontre de vos désirs.

Il est aussi important de noter qu'en Ontario, un prestataire de soins de santé doit obtenir votre consentement ou celui de votre mandataire au moment du traitement (autrement dit, vous ne pouvez consentir d'avance à un traitement à moins que celui-ci ne fasse partie d'un plan de traitement pour un trouble de santé que vous avez déjà). Si vous devenez incapable de consentir vous-même à un traitement, votre prestataire de soins de santé devra obtenir le consentement de votre mandataire avant d'appliquer le traitement, même si vous avez une Directive préalable. Le prestataire de soins de santé ne peut procéder à un traitement sans avoir obtenu de consentement qu'en cas d'urgence.



Lisez entièrement le formulaire de Directive préalable en matière de soins de santé et ne commencez pas à le remplir avant d'avoir lu les instructions.

1. Lisez chaque ligne attentivement et rayez toutes celles qui ne s'appliquent pas à vous ou avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord. Il y a des espaces supplémentaires où vous pouvez ajouter des circonstances qui ne sont pas mentionnées; par exemple, vous pourriez avoir une maladie héréditaire que vous souhaitez ajouter.
2. Veuillez prêter une attention particulière à la section 4 de la Directive préalable en matière de soins de santé. Si vous **NE SOUHAITEZ PAS** que votre vie soit prolongée dans les conditions que vous avez énoncées aux sections 1, 2 et 3, vous devez alors rayer complètement la section 4. Si vous **SOUHAITEZ** que votre vie soit prolongée en toute circonstance et demandez que tous les traitements médicaux applicables vous soient fournis, vous devez alors rayer les sections 1, 2 et 3 et ne laisser que les instructions que vous donnez dans la section 4.
3. Même si, en Ontario, aucun témoin n'est requis pour la signature, nous vous recommandons d'en avoir un.
4. Faites des copies du formulaire de Directive préalable en matière de soins de santé avant de le signer et d'y apposer la date, afin que chacune porte une signature originale.
5. Remettez un exemplaire de votre Directive préalable en matière de soins de santé à la personne que vous avez désignée comme votre procureur au soin de la personne. Parlez à votre médecin et demandez-lui de mettre la directive dans votre dossier médical. Conservez une copie dans un endroit où on pourra facilement la trouver en cas d'urgence. Laissez une note bien en vue, par exemple fixée sur le réfrigérateur avec un aimant, indiquant où trouver votre Directive préalable en matière de soins de santé et le nom de la personne à appeler en cas d'urgence. Ne conservez pas votre directive de soins anticipés sous clé dans un coffret de sûreté.

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS :

Vous pouvez toujours changer d'avis. Nous vous conseillons de revoir votre Directive préalable en matière de soins de santé au moins tous les trois ans. S'il n'y a pas de changement à apporter, signez-la de nouveau et apposez-y la nouvelle date. Un espace est prévu à cette fin au bas du formulaire. Si votre état de santé a changé ou si vous avez revu certaines des directives que vous aviez inscrites, vous pouvez indiquer les changements par des ratures ou l'ajout de texte, en vous assurant que les changements sont clairs et faciles à comprendre et en datant et paraphant chacune des modifications. N'oubliez pas de dire à toutes les personnes concernées par vos soins que vous avez revu votre Directive préalable en matière de soins de santé.

Remarque : Votre Directive préalable et votre procuration sont deux documents distincts dont les exigences quant aux signatures et aux témoins diffèrent. Une des principales différences est que vous pouvez modifier vous-même la Directive préalable en tout temps, mais que toute modification de la procuration **DOIT** être signée par un témoin en bonne et due forme, sans quoi elle pourrait devenir invalide. Lisez attentivement les instructions concernant chaque document.

Directive préalable en matière de soins de santé

Veillez noter : Si vous pensez que vos circonstances en matière de santé ou de soins personnels sont particulières et ne sont pas abordées dans le présent formulaire, nous vous conseillons de consulter un prestataire de soins de santé ou un avocat.

Je, _____, révoque toutes les Directives précédentes en matière de soins de santé.

Si il venait un moment où je n'aurais pas la capacité de donner des directives pour mes soins de santé, la présente déclaration constituera l'expression de mes directives.

Si je ne suis pas en mesure de prendre des décisions uniquement parce que je suis maintenu sous sédatif, je souhaite que l'on retire la sédation, afin que je puisse étudier rationnellement ma situation et décider par moi-même d'accepter ou de refuser un traitement particulier.

1. Dans l'une ou l'autre des circonstances suivantes, j'ordonne qu'on me procure uniquement les soins qui permettront d'assurer mon confort et d'éliminer la douleur, sans prolonger le processus de la mort :

a) Une maladie grave aiguë, de nature irréversible

b) Une maladie chronique débilante de nature permanente

c) Un stade avancé de démence

d) _____

e) _____

2. Dans les circonstances exposées à la section 1 ci-dessus, je refuse expressément ce qui suit :

a) Une stimulation électrique, mécanique ou autre stimulation artificielle de mon cœur

b) La mise sous respirateur ou ventilateur

c) L'alimentation artificielle, par exemple par gastrotomie, sonde naso-gastrique ou cathéter veineux central

d) Être nourri si je suis incapable de le faire moi-même

e) Une hydratation artificielle par cathéter veineux

f) Des antibiotiques

g) Le transfert vers une unité de soins intensifs ou un établissement similaire

h) _____

i) _____

3. J'ordonne expressément ce qui suit :

a) Qu'on m'administre les médicaments nécessaires pour maîtriser ma douleur et mes symptômes, même si ces médicaments risquent de raccourcir mon espérance de vie

b) Qu'on me prodigue des soins palliatifs

c) Je préférerais recevoir des soins et mourir à la maison OU

Je préférerais recevoir des soins et mourir dans un centre de soins palliatifs OU

Je préférerais recevoir des soins et mourir à l'hôpital

(Vous devez choisir une seule option à l'alinéa 3c) et rayer ce qui ne s'applique pas)

d) _____

e) _____

Remarque pour la section 4 : Si **VOUS NE SOUHAITEZ PAS** que votre vie soit prolongée dans les conditions que vous avez établies aux sections 1, 2 et 3, vous devez rayer complètement la section 4. Si **VOUS SOUHAITEZ** que votre vie soit prolongée en toute circonstance et que vous voulez recevoir tous les traitements applicables à votre état de santé, vous devez rayer complètement les sections 1, 2 et 3 et laisser seulement les instructions que vous donnez à la section 4.

4. J'ordonne expressément ce qui suit : Je souhaite que ma vie soit prolongée et que l'on me prodigue tous les traitements essentiels au maintien de la vie, applicables à mon état de santé.

5. Si mon prestataire de soins de santé ne respecte pas la présente Directive préalable en matière de soins de santé, je demande que mes soins soient confiés à un autre prestataire de soins de santé qui respectera mes droits reconnus par la loi.

6. Si je suis patient dans un hôpital ou en hébergement dans un établissement de soins de santé ou de soins de longue durée qui ne respecte pas la présente Directive préalable en matière de soins de santé, je demande un transfert dans un autre hôpital ou établissement de soins.

Remarque au sujet du point 7 : Si vous **NE SOUHAITEZ PAS** donner de directives au sujet de l'aide médicale à mourir, rayez ce point. Si vous **SOUHAITEZ** donner des directives au sujet de l'aide médicale à mourir, veuillez les inscrire ci-dessous.

7. Je comprends que les lois actuelles du Canada ne m'autorisent pas à demander d'avance l'aide médicale à mourir, ni n'autorisent mon mandataire à consentir en mon nom à l'aide médicale à mourir. Cependant, si la loi devait être modifiée et autorisait alors mon mandataire et les prestataires de soins de santé à agir selon mes instructions rédigées ci-dessous, je souhaite qu'ils le fassent. Voici mes instructions au sujet de l'aide médicale à mourir :

Signature : _____ Date initiale : _____

Nom en lettres moulées : _____

Revu le _____ Signature: _____

Revu le _____ Signature: _____

Revu le _____ Signature: _____

J'ai remis la présente Directive préalable en matière de soins de santé aux personnes mentionnées ci dessous. Cette liste sert à me rappeler de tenir ces personnes informées de tout changement. Je comprends que des copies périmées ou obsolètes de la présente Directive préalable peuvent prêter à confusion si elles sont laissées en circulation.

Noms et numéros de téléphone :

PROCURATION RELATIVE AU SOIN DE LA PERSONNE : Instructions

Vous trouverez ci-dessous le formulaire par lequel vous désignez votre mandataire spécial (le procureur au soin de la personne en Ontario).

1. Vous devez signer votre procuration en présence de **deux témoins**. Les témoins **NE PEUVENT PAS** être la personne que vous avez désignée comme procureur au soin de la personne, votre conjoint, votre enfant ou une personne de moins de 18 ans.
2. En Ontario, une Procuration relative au soin de la personne peut être un document distinct ou peut être combinée à une Procuration perpétuelle relative aux biens. Vous pouvez désigner la même personne pour les deux cas ou désigner une personne pour les soins personnels et médicaux et une autre pour les questions financières et juridiques.
3. Vous pourriez devoir consulter un avocat si vous souhaitez désigner plusieurs procureurs devant agir conjointement, ou si votre situation comporte des circonstances particulières qui ne sont pas prises en compte dans les formulaires de Mourir dans la dignité Canada. En consultant un avocat, vous vous assurez de bien comprendre toutes les possibilités qui s'offrent à vous et d'avoir une Procuration relative au soin de la personne conforme aux lois de votre province. Le formulaire fourni dans la présente Trousse de planification préalable des soins correspond à une Procuration relative au soin de la personne indépendante. La désignation d'un procureur aux biens est un processus distinct pour lesquels le gouvernement de l'Ontario met des modèles à votre disposition à <https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/family/pgt/poakit.php>.
4. Bien que ce ne soit pas une exigence formelle, il est fortement recommandé de conserver quelques copies de l'original de la Procuration authentifiée par un avocat ou un notaire, car certaines autorités n'accepteront pas le document autrement. Vous et votre mandataire devriez chacun conserver les originaux signés plus quelques des originaux notariés au cas où il serait nécessaire de les fournir à des prestataires de soins ou des établissements de santé. Conservez votre exemplaire dans un endroit où on pourra facilement le trouver en cas d'urgence et laissez une note bien en vue indiquant où trouver votre Procuration relative au soin de la personne et votre Directive préalable en matière de soins de santé, ainsi que le nom de la personne à appeler en cas d'urgence. Ne conservez pas votre exemplaire de ces documents sous clé dans un coffret de sûreté.

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS :

Vous pouvez toujours changer d'avis. Commencez par une déclaration indiquant que vous révoquez toute Procuration relative au soin de la personne, puis remplissez un nouveau formulaire, de la même manière que vous l'avez fait pour le précédent. Veillez à informer votre ancien procureur au soin de la personne et toute autre personne à qui vous avez remis un exemplaire de la Procuration relative au soin de la personne que vous avez fait ces changements.

Remarque : Votre Directive préalable et votre procuration sont deux documents distincts dont les exigences quant aux signatures et aux témoins diffèrent. Une des principales différences est que vous pouvez modifier vous-même la Directive préalable en tout temps, mais que **toute modification de la procuration DOIT être signée par un témoin en bonne et due forme, sans quoi elle pourrait devenir invalide**. Lisez attentivement les instructions concernant chaque document.

PROCURATION RELATIVE AU SOIN DE LA PERSONNE

Je, _____, révoque toute Procuration relative au soin de la personne antérieure.

1. La présente Procuration est accordée par _____ (nom)

de _____ (ville) dans la province de l'Ontario.

2. Je nomme _____ pour agir en tant que mon procureur au soin de la personne, conformément à la Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui.

3. Si la personne désignée ci-dessus _____

était ou devenait incapable d'agir en tant que procureur ou refusait de le faire, je nomme

_____ pour agir en tant que mon procureur au

soin de la personne, conformément à la Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui.

4. Si les deux personnes désignées ci-dessus, soit _____ et

_____, étaient ou devenaient à quelque moment incapables d'agir en

tant que procureurs ou refusaient de le faire, je nomme _____

pour agir en tant que mon procureur au soin de la personne, conformément à la Loi de 1992 sur la prise de

décisions au nom d'autrui.

5. J'accorde à mon procureur au soin de la personne le pouvoir de prendre des décisions en mon nom pour toutes les questions personnelles de matière non financière qui me concernent.

J'ai signé cette Procuration relative au soin de la personne en présence des témoins dont les noms figurent ci

dessous. J'ai apposé ma signature le _____ (date)

Signature: _____

J'ai signé cette Procuration pour soins personnels en présence de la personne dont le nom apparaît ci-dessus, à la date qui est aussi mentionnée.

Témoin 1 :

Signature: _____

Nom en lettres moulées : _____

Adresse : _____

Témoin 2 :

Signature: _____

Nom en lettres moulées : _____

Adresse : _____