



# Guide pour la rédaction d'une directive préalable

## POUR COMMENCER

Il est important que chacun rédige une directive préalable. On peut perdre sa capacité mentale graduellement (ex. maladie d'Alzheimer) ou soudainement (ex. lésions cérébrales à la suite d'un accident de voiture). Une directive préalable vous permet d'exprimer votre volonté concernant les soins que vous recevrez dans le cas où vous seriez dans l'incapacité de prendre des décisions. Elle servira également de guide à ceux qui devront décider à votre place. Cela pourrait être le plus beau cadeau à faire à ceux qui devront éventuellement prendre des décisions difficiles vous concernant.

Pour la plupart d'entre nous, il est difficile de parler des décisions concernant la fin de la vie. Cela nous force à envisager la mort. Dans certaines cultures, la mort est un sujet tabou. Il se peut que le simple fait de regarder le présent formulaire suscite en vous toute sorte d'émotions et de pensées, ou la tâche peut vous paraître au-delà de vos forces.

Il est très important de discuter de ces questions avec des personnes de confiance – votre famille, vos amis et vos fournisseurs de soins de santé, notamment votre médecin. Vous pouvez aussi en discuter avec votre conseiller spirituel. Rédiger une directive préalable peut être l'occasion pour vous de déterminer vos valeurs, vos peurs, vos espoirs et vos désirs. Il se peut que vous ayez besoin de temps et d'assistance pour y arriver, mais cela peut être une expérience très positive. En vous procurant ce formulaire, vous avez franchi la première étape.

## CONSIGNES GÉNÉRALES

Veuillez lire le **Guide pour la rédaction d'une directive préalable** et la brochure intitulée **Planification de vos soins de santé** avant de remplir le formulaire ci-joint. Vous pouvez consulter ces documents de même que le formulaire sur le site Web du ministère de la Santé et des Affaires sociales au [www.hss.gov.yk.ca](http://www.hss.gov.yk.ca).

Servez-vous du formulaire ci-joint pour nommer un **fondé de pouvoir**. Votre fondé de pouvoir aura la tâche de prendre les décisions à votre place en ce qui concerne vos **soins de santé** uniquement si vous êtes mentalement incapable de le faire vous-même. Dans votre directive préalable, vous pouvez également indiquer votre volonté en ce qui a trait à vos soins personnels et de santé futurs. Votre fondé de pouvoir ne peut pas prendre de décisions financières à votre place. Pour cela, vous devrez demander à un avocat de rédiger pour vous une procuration perpétuelle.

Il n'est pas nécessaire d'utiliser le formulaire ci-joint pour écrire une directive valide. Il vous suffit de remplir les sections marquées comme obligatoires pour que votre directive soit valide au Yukon. Si vous le désirez, vous pouvez aussi inclure les **annexes A (Volonté) et B (Autorisation spéciale au(x) fondé(s) de pouvoir)** dans votre directive, mais cela est facultatif. Si vous êtes physiquement incapable de remplir le formulaire, vous pouvez demander à quelqu'un d'autre de le faire pour vous.

Votre fondé de pouvoir **doit se conformer à la volonté** exprimée alors que vous en étiez encore capable, tant que cette volonté s'applique dans les circonstances et qu'il est possible d'y donner suite. Vous pouvez exprimer votre volonté dans votre directive ou de toute autre manière (ex. verbalement). Vous pouvez modifier votre volonté à tout moment, tant que vous êtes en mesure de comprendre. La plus récente volonté exprimée alors que vous en étiez encore capable mentalement devra être respectée.

Pour que votre directive soit légale, **vous devez être en mesure d'en saisir la nature et la portée** au moment où vous la rédigez. Cela signifie que vous devez comprendre ce que vous écrivez et les conséquences de vos choix. Vous devez signer votre directive devant deux témoins, qui doivent également signer le document au même moment. Votre fondé de pouvoir doit aussi signer le document, mais il peut le faire à un autre moment.

Si vous désirez joindre l'annexe B (Autorisation spéciale au(x) fondé(s) de pouvoir) à votre directive, vous devrez consulter un avocat. Si vous ne joignez pas l'annexe B à votre directive, il n'est pas nécessaire de consulter un avocat pour que votre directive soit valide.

#### Les explications suivantes se rapportent aux diverses sections du formulaire.

1. Vous devez être âgé(e) d'au moins 16 ans et capable de saisir la nature et la portée de votre directive au moment où vous la signez. Cela signifie que vous comprenez ce que vous avez écrit et les conséquences de vos choix.

2. La directive prend effet seulement au moment où vous n'êtes plus en mesure de prendre des décisions vous concernant.
  - Un fournisseur de soins devra déterminer si vous êtes en mesure de comprendre la nature des soins proposés, les risques et les avantages que votre décision implique, les diverses options, etc. Le mode de communication d'une personne n'est pas, en soi, un motif pour décider si elle est capable ou non de consentir à des soins.
3. Vous ne pouvez avoir plus d'une directive valide. Toute nouvelle directive signée remplace automatiquement la précédente. Nous vous recommandons de revoir votre directive annuellement ou chaque fois que votre état de santé connaît des changements importants. Assurez-vous de conserver la liste des personnes auxquelles vous avez remis une copie de votre directive afin de pouvoir leur en remettre la plus récente version, au besoin.

#### Fondés de pouvoir

4. Au Yukon, votre directive **DOIT** nommer un fondé de pouvoir. Elle **PEUT** également contenir votre volonté en matière de soins, si vous le désirez. Cependant, votre volonté ne doit pas obligatoirement faire partie de votre directive. Vous pouvez l'exprimer de la manière qui vous convient, notamment par écrit ou en en parlant à une personne de confiance, quelqu'un de votre famille ou votre fournisseur de soins.

**(LE PRÉSENT CERTIFICAT DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN AVOCAT SI VOUS AVEZ REMPLI L'ANNEXE B DU FORMULAIRE SUR LES DIRECTIVES PRÉALABLES)**

Je, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(nom complet en lettres détachées) (adresse en lettres détachées)

#### J'atteste que :

1. J'ai été consulté par \_\_\_\_\_  
(nom complet de l'auteur de la directive)  
de \_\_\_\_\_  
(adresse complète de l'auteur de la directive)

concernant l'application de l'article 30 de la *Loi sur le consentement aux soins* à l'égard d'une directive donnée par l'auteur le \_\_\_\_\_.  
(jour/mois/année)

2. Je suis : \_\_\_\_\_ membre du Barreau du Yukon  
OU  
\_\_\_\_\_ un avocat titulaire d'une licence m'autorisant à exercer dans la province ou le territoire de \_\_\_\_\_, lieu où la directive a été donnée.

3. Je crois que l'auteur de cette directive comprend la nature et les conséquences des dispositions de la directive concernant l'application de l'article 30 de la *Loi sur le consentement aux soins*.

La véracité de la présente déclaration est attestée à \_\_\_\_\_, Yukon  
(ville en lettres détachées)

le \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

\_\_\_\_\_  
(signature de l'avocat)




---



---



---

**(Exemples :** • *L'autorisation de me donner certains médicaments lorsque je présente tel ou tel comportement* • *l'autorisation de m'hospitaliser, au besoin, afin de m'administrer mes médicaments ou pour ma propre sécurité ou celle d'autrui* • *l'autorisation de mettre à exécution le plan d'action suivant en situation de crise*)

**C.** l'autorisation de renoncer à mon droit de m'adresser au Conseil d'examen de la capacité et du consentement en vue d'obtenir une décision concernant mon incapacité à donner ou à refuser mon consentement aux soins

**D.** L'autorisation de donner ou de refuser son consentement aux soins de santé spécifiés ci-dessous :

- avortement
- thérapie électroconvulsive (TEC)
- prélèvement de certains de vos tissus ou organes à des fins de transplantation chez un autre être humain (ex. don d'organe à un proche) ou de recherche médicale
- traitement expérimental
- participation à un programme lié à la recherche médicale ou aux soins de santé
- traitement comprenant un stimulus aversif

Volontés particulières en ce qui a trait aux autorisations susmentionnées :

---



---



---



---



---



---



---

**(Exemples :** • *préférences quant au traitement et l'hospitalisation* • *visiteurs* • *personnes devant être informées, renseignements à donner à l'employeur ou à la famille*)



Un fondé de pouvoir est une personne que vous nommez dans votre directive pour prendre les décisions vous concernant en matière de soins de santé lorsque vous ne serez plus en mesure de le faire vous-même. Cette personne doit être âgée d'au moins 19 ans (à moins d'être votre conjoint ou votre parent) au moment où elle est appelée à prendre des décisions en votre nom. Il n'est pas nécessaire qu'elle réside au Yukon — pourvu qu'on puisse la joindre par téléphone. Votre fondé de pouvoir devrait être quelqu'un qui :

- vous connaît bien
- est digne de confiance
- respecte vos opinions et vos valeurs
- est capable de prendre des décisions difficiles en situation de stress et de parler en votre nom
- Dans certains cas, un conjoint ou un membre de la famille peut ne pas être la meilleure personne pour prendre des décisions à cause de son trop grand engagement sur le plan affectif. Dans d'autres cas, il se peut que ce soit la personne la mieux placée pour le faire. Jugez de ce qui est le mieux pour vous. Discutez de votre volonté avec votre fondé de pouvoir et assurez-vous que votre volonté sera respectée.
- Si votre fondé de pouvoir ne connaît pas votre volonté, cette personne devra prendre les décisions en fonction de vos valeurs et de vos croyances. Si on ignore quelles sont vos valeurs et vos croyances, les décisions seront prises dans votre intérêt véritable.
- Un fondé de pouvoir n'est pas rémunéré pour s'acquitter de ses obligations.

**Substitut du fondé de pouvoir**

**5.** Vous pouvez également nommer un substitut au cas où le ou le(s) fondé(s) de pouvoir ne pourrai(en)t s'acquitter de cette tâche.

**Pouvoirs du fondé de pouvoir**

**6.** La *Loi sur le consentement aux soins* autorise votre fondé de pouvoir à prendre des décisions concernant vos soins de santé et votre admission dans un établissement de soins et à consentir pour vous à des services de soins personnels (soins à domicile) si vous n'êtes pas en mesure de prendre vous-même ces décisions. Vous trouverez la définition de ces termes dans le présent guide. Votre fondé de pouvoir peut généralement prendre des décisions pour vous dans ces domaines, à moins que vous n'ayez limité ses pouvoirs dans votre directive. Vous pouvez limiter les pouvoirs de tous vos fondés de pouvoir ou d'un seul d'entre eux, si vous le désirez.

**7.** Si vous avez nommé plus d'un fondé de pouvoir (excluant le substitut), il pourrait être utile de spécifier de quelle manière vous souhaitez que les décisions soient prises. Est-ce que n'importe lequel d'entre eux peut prendre la décision? Préférez-vous que votre premier fondé de pouvoir prenne toutes les décisions en tout temps, à moins qu'il ne soit dans l'impossibilité de le faire?

**8.** Il peut être utile de spécifier de quelle manière votre fondé de pouvoir doit prendre les décisions (ex. consultation avec la famille, avec certains amis ou des proches).

**Conditions déterminant la prise et la fin d'effet de la directive**

**9.** Si vous le désirez, vous pouvez établir des conditions supplémentaires afin de déterminer le moment de la prise d'effet ou de la fin d'effet de votre directive.



Ces conditions ne sont toutefois pas obligatoires.

- 10. Vous devez être en mesure de saisir la nature et la portée de votre directive pour pouvoir la révoquer (l'annuler).

Dans cette section, vous pouvez ajouter des conditions supplémentaires, s'il y a lieu. Par exemple, une personne souffrant de maladie mentale qui autorise son fondé de pouvoir à la restreindre et à lui donner ses médicaments malgré ses objections pourrait également prévoir une période de réflexion dans sa directive. Cela permettra à votre fondé de pouvoir de mettre en application votre volonté même si vous déchirez votre directive sous l'impulsion du moment.

**Annexes**

- 11. Si vous désirez joindre l'annexe A (Volonté), l'annexe B (autorisation spéciale au(x) fondé(s) de pouvoir) ou tout autre document à votre directive, écrivez vos initiales à côté du type de document pour indiquer que vous l'avez joint.

**Signatures**

- 12. Vous devez signer et dater la directive en présence de deux témoins. Si vous n'êtes pas capable de signer, mais que vous êtes mentalement capable, vous pouvez demander à une autre personne de signer pour vous en présence des témoins.

- Les deux témoins doivent signer la directive. Ces personnes doivent être âgées d'au moins 19 ans et n'être ni le fondé de pouvoir, ni son conjoint ou sa conjointe.
- 13. Le fondé de pouvoir doit signer la directive pour indiquer qu'il accepte d'agir comme fondé de pouvoir. Le fondé de pouvoir peut signer la directive à n'importe quel moment, mais cette dernière ne devient valide que lorsqu'elle est signée par le(s) fondé(s) de pouvoir.



**ANNEXE B**

**AUTORISATION SPÉCIALE AU(X) FONDÉ(S) DE POUVOIR (facultatif)**

*(Si vous remplissez la présente annexe, vous devrez obtenir une attestation de consultation juridique auprès d'un avocat.)*

**1. Autorisation nécessitant une consultation juridique**

Je donne à mon fondé de pouvoir l'autorisation spéciale de prendre des décisions dans les domaines suivants. Je comprends que cette autorisation spéciale est valide uniquement si je consulte un avocat et si ce dernier remplit une attestation de consultation juridique :

\_\_\_\_\_ *(Apposez vos initiales à côté de l'autorisation que vous désirez donner à votre fondé de pouvoir.)*

\_\_\_\_\_ **A.** L'autorisation de me restreindre physiquement, de me déplacer ou de me maîtriser lorsque c'est nécessaire, et malgré mes objections, dans les circonstances suivantes :

---



---



---



---

*(Exemples : • dans le cas où je présenterais les symptômes suivants liés à ma maladie (ex. symptômes d'un trouble bipolaire ou d'une accumulation de toxines en raison d'une maladie du rein) • lorsque deux professionnels de la santé et un certain membre de ma famille s'entendent pour dire que je présente des symptômes de ma maladie)*

\_\_\_\_\_ **B.** L'autorisation de donner son consentement, dans les circonstances précisées ci-dessous, aux types de soins de santé mentionnés ci-dessous, et ce, même si je refuse de donner mon consentement au moment où les soins de santé sont fournis :

---



---



---



---



### 3. Volonté en matière de soins personnels

Ma volonté en matière de soins personnels est la suivante :

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Exemples : • mourir à domicile si possible • être admis(e) dans un établissement de soins, si nécessaire)*

### 4. Valeurs personnelles

Il est difficile de prévoir toutes les décisions qui pourraient devoir être prises concernant vos soins de santé. Indiquez, dans la présente section, toutes croyances ou valeurs personnelles susceptibles, selon vous, d'aider votre fondé de pouvoir à comprendre et à respecter votre volonté :

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Exemples : • je préférerais demeurer à mon domicile tant que cela n'impose aucun stress inutile à ma famille et à mes fournisseurs de soins • je désire qu'on fasse tout ce qui est nécessaire pour me maintenir en vie • mes croyances religieuses sont importantes, et pour cette raison, je désire... • En cas de mort imminente, je désire...)*

### ANNEXE A – VOLONTÉ

Cette annexe est facultative. Cependant, elle pourra être très utile à vos fournisseurs de soins et à votre fondé de pouvoir lorsque viendra le temps de prendre des décisions en votre nom.

#### 1. Déclaration personnelle

Nos valeurs en ce qui a trait à la vie et à notre indépendance sont très personnelles. Que considérez-vous comme une qualité de vie acceptable? La réponse à cette question peut vous aider à déterminer ce qui ne serait pas acceptable pour vous. Parlez-en à des personnes de confiance, des proches ou votre conseiller spirituel.

#### 2. Volonté en matière de soins de santé

Cette section vous aide à faire certains choix fondamentaux concernant vos soins de santé. Vous devez envisager deux situations possibles. Dans le premier cas (2.1), votre état pourrait être temporaire. Dans le deuxième cas (2.2), votre vie est en danger ou votre état ne présente aucun espoir de rémission et est inacceptable selon vos critères. Pensez aux choix qui s'offrent à vous et renseignez-vous à ce sujet. Discutez de votre état de santé actuel et des éventuelles options de traitement avec votre fournisseur de soins.

#### 3. Volonté en matière de soins personnels

Cette section décrit votre volonté en ce qui a trait aux soins personnels. Les soins personnels sont, notamment, l'admission dans un établissement de soins et le consentement aux soins à domicile. Votre volonté sera respectée, tant que cette volonté s'applique dans les circonstances et qu'il est possible

d'y donner suite. Par exemple, il se peut qu'on ne puisse donner suite à votre volonté de ne jamais aller vivre dans un centre de soins prolongés si vos besoins physiques deviennent trop importants et que votre famille et le personnel de soins à domicile ne suffisent plus à la tâche.

#### 4. Déclaration relative aux valeurs personnelles

Les instructions contenues dans la directive sont parfois trop imprécises (ex. ne prendre aucune mesure « héroïque ») ou peu claires. Il est impossible de prévoir toutes les situations. Il est probablement plus utile d'exprimer vos valeurs fondamentales personnelles en ce qui a trait à la vie et à vos soins de santé et de laisser votre fondé de pouvoir prendre les décisions dans leur contexte spécifique.

Vous pouvez préciser certaines situations où vous aimeriez pouvoir consulter votre conseiller spirituel. Vous pourriez demander à ce qu'on respecte vos convictions religieuses même si elles ne sont pas en accord avec celles de votre famille. Vous pourriez aussi demander à ne pas recevoir la visite d'un ministre du culte parce que vous n'avez eu aucun contact avec une église depuis 30 ans.

Cette section devrait indiquer VOS valeurs personnelles et ce qui est important pour VOUS.

## ANNEXE B – AUTORISATION SPÉCIALE AU(X) FONDÉ(S) DE POUVOIR

- Cette partie est facultative. Si vous remplissez cette partie, vous devrez également faire remplir le formulaire intitulé **Attestation de consultation juridique** par un avocat.
- Il existe certains traitements auxquels votre fondé de pouvoir ne peut consentir, sauf si vous le spécifiez dans votre directive et que vous consultez un avocat à cet effet. Il est important de consulter un avocat puisque certaines des autorisations données à votre fondé de pouvoir pourraient porter atteinte à vos droits.

### Autorisation de vous restreindre

- L'autorisation de vous restreindre et de vous traiter malgré vos objections peut être particulièrement utile si vous souffrez de maladie mentale, que vous êtes conscient(e) de la nature cyclique de votre maladie. Dans ce cas, votre directive pourrait permettre aux membres de votre famille ou à vos amis d'intervenir (ex. s'assurer que vous prenez vos médicaments). Cela pourrait vous éviter une admission non volontaire en vertu de la *Loi sur la santé mentale* parce que votre traitement vous serait administré plus rapidement et votre fondé de pouvoir pourrait consentir au traitement pour vous.
- L'autorisation de vous restreindre et de vous traiter malgré vos objections peut également être utile dans le cas où vous souffririez d'une maladie causant l'accumulation de toxines dans votre corps. Ces toxines peuvent atteindre votre cerveau et altérer votre jugement. Par exemple, votre jugement pourrait être altéré à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'une déshydratation,

de convulsions ou encore par les médicaments, le diabète ou une maladie du rein.

### Conseil d'examen de la capacité et du consentement

- Toute personne jugée incapable de refuser ou de donner son consentement à des soins de santé par un fournisseur de soins peut faire revoir cette décision par le Conseil d'examen de la capacité et du consentement (composé de profanes, de professionnels de la santé et d'avocats) en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins*. Dans le cas où une personne autorise son fondé de pouvoir à la restreindre et à la traiter malgré ses objections, l'autorité du fondé de pouvoir pourrait se trouver minée par la possibilité pour l'auteur de la directive de s'opposer à sa décision et de la faire revoir par le Conseil. Il peut être important pour l'auteur de la directive de renoncer à ce droit dans certaines circonstances précises.

### Consentement à certains traitements

- L'autorisation de consentir à un avortement, à la thérapie électroconvulsive, etc. n'est généralement pas donnée au fondé de pouvoir. Ces traitements peuvent être controversés ou il est permis de douter de leurs avantages réels pour le patient. C'est pourquoi, si vous désirez donner une telle autorisation à votre fondé de pouvoir, vous devez l'indiquer dans cette section et consulter un avocat. Cela peut être utile, par exemple, si vous souffrez de la maladie d'Alzheimer et que vous savez que votre sœur aura éventuellement besoin d'une greffe de rein et que vous désirez lui donner l'un des vôtres. Vous pouvez exprimer cette volonté dans votre directive.

## SECTION B – SOINS

### Si J'AI un pouls et je respire :

(Apposez vos initiales à côté de votre choix)

\_\_\_ **A. MESURES DE SOULAGEMENT SEULEMENT** : c.-à-.d. notamment soins infirmiers, médicaments pour traiter les symptômes, incluant la douleur, oxygène, hydratation non intraveineuse, hygiène buccale, positionnement, chaleur, soutien moral et spirituel et autres mesures de soulagement de la douleur. Aucun autre traitement médical ne sera administré.

OU

\_\_\_ **B. SOINS MÉDICAUX SPÉCIFIQUES** : En plus des mesures de soulagement, j'aimerais recevoir les soins suivants, selon les recommandations de mes fournisseurs de soins. Cela pourrait nécessiter mon hospitalisation.

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| ___ Antibiotiques                          | ___ Intervention chirurgicale    |
| ___ Autres médicaments                     | ___ Traitement par intraveineuse |
| ___ Radiothérapie                          | ___ Chimiothérapie               |
| ___ Gavage                                 | ___ Dialyse rénale               |
| ___ Défibrillation (chocs cardiaques)      | ___ Transfusions sanguines       |
| ___ Intubation (pour aider la respiration) | ___ Autres traitements           |

OU

\_\_\_ **C. TOUT** : Tous les soins nécessaires pour prolonger ma vie.

Instructions supplémentaires :

---

---

---

---



## DÉFINITIONS :

**Antibiotiques** : Médicaments qui peuvent être utilisés pour traiter une infection. Par exemple, une personne âgée qui souffre d'une maladie terminale peut contracter une pneumonie. Sans traitement, la pneumonie peut entraîner la mort. Certaines personnes choisissent de mourir de la pneumonie plutôt que d'une maladie terminale (ex. cancer des os).

**Chimiothérapie** : Décrit l'ensemble des médicaments utilisés pour le traitement du cancer. Discutez-en avec votre médecin.

**Défibrillation** : Action de donner au cœur un choc électrique. Peut faire partie des manœuvres de réanimation afin de réactiver le cœur. On y a également recours pour rétablir le rythme cardiaque.

**D'autres médicaments** peuvent être prescrits pour traiter une maladie principale ou consécutive. Discutez avec votre médecin des médicaments qu'il pourrait vous prescrire.

**Dialyse rénale** : Procédé permettant de nettoyer le sang à l'aide d'un appareil et d'un liquide qu'on fait circuler à travers l'abdomen. Discutez-en avec votre médecin.

**Établissement de soins** : Décrit à la fois les établissements administrés par le ministère de la Santé et des Affaires sociales (ex. Copper Ridge, Pavillon Macaulay, Pavillon McDonald pour personnes âgées) et les services de placement en résidence pour les adultes ayant une déficience.

**Fondé de pouvoir** : Personne désignée dans une directive pour donner ou refuser son consentement à des soins en votre nom.

**Gavage** : Alimentation au moyen d'un tube introduit dans votre corps.

**Intubation** : Insertion d'un tube dans vos voies respiratoires pour vous permettre de respirer. Certaines personnes acceptent d'être réanimées, mais refusent d'être intubées. Discutez de ces options avec votre médecin.

**Opération chirurgicale** : Il peut s'agir d'une opération chirurgicale mineure (ex. extraction d'une dent de sagesse ou insertion d'un tube gastrique) ou d'une opération chirurgicale majeure (ex. ablation de la vésicule biliaire). Discutez-en avec votre médecin.

**Radiothérapie** : Consiste à diriger une forte concentration de rayons X sur un endroit localisé (ex. tumeur cancéreuse). Discutez de cette possibilité avec votre médecin.

**Réanimation** : Forme abrégée de « réanimation cardio-respiratoire » (RCR), qui vise à restaurer la fonction cardiaque au moyen de diverses manœuvres, notamment le massage cardiaque, les médicaments, les électrochocs et le bouche-à-bouche. La télévision nous donne parfois l'impression que la RCR fonctionne presque à tout coup, mais dans la réalité, le taux de survie varie entre 0 et 20 %, tout dépendant de l'état de santé de la personne. Demandez à votre médecin si la RCR est une solution appropriée dans votre cas.

## ANNEXE A

### VOLONTÉ (Facultatif)

*La présente annexe décrit votre volonté et est incluse à titre indicatif seulement. Si vous le désirez, vous pouvez rédiger votre volonté d'une autre manière et l'annexer à la présente directive.*

#### 1. Déclaration personnelle

Les gens ont des opinions différentes sur ce que signifie pour eux une « qualité de vie acceptable ». Par « qualité de vie acceptable », j'entends être en mesure de :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Exemples : • reconnaître mes proches • communiquer • me nourrir seul(e) • faire ma propre toilette • être conscient(e) de mon environnement et des personnes qui m'entourent • vivre à mon domicile • respirer sans l'aide d'un respirateur)*





**Services d'aide personnelle :** Services offerts par un établissement de soins ou par l'intermédiaire d'un programme de soins à domicile du ministère de la Santé et des Affaires sociales et visant à aider des personnes dans leurs activités quotidiennes : hygiène, se laver, s'habiller, soins personnels, manger et boire, élimination, déplacements et positionnements.

**Soins :** Il s'agit des soins de santé, de l'admission dans un établissement de soins et des services d'aide personnelle.

**Soins de santé :** Toute mesure prise dans un but thérapeutique, préventif, palliatif, diagnostique ou cosmétique ou dans un autre but lié à la santé, y compris un traitement.

**Traitement par intraveineuse (IV) :** Traitement administré au moyen d'une aiguille insérée dans une veine, le plus souvent située sur la main, dans le bras ou sur le pied. Cette aiguille est branchée à un tube qui achemine des liquides et des médicaments directement dans le sang.

**Transfusions sanguines :** Consiste à injecter du sang dans votre corps par voie intraveineuse (au moyen d'une aiguille insérée dans une veine). Discutez-en avec votre médecin.



### 13. SIGNATURES DES FONDÉS DE POUVOIR

*(La désignation des fondés de pouvoir n'est pas valide à moins que tous les fondés de pouvoir aient signé.)*

J'accepte d'agir à titre de fondé de pouvoir pour l'auteur(e) de la présente directive. Je comprends et j'accepte les responsabilités et les devoirs du fondé de pouvoir en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins*.

Fondé de pouvoir n° 1 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature jour/mois/année

Fondé de pouvoir n° 2 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature jour/mois/année

Fondé de pouvoir \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
remplaçant Signature jour/mois/année

11. **(Facultatif)** Je joins les documents suivants à la présente directive :  
(Apposez vos initiales à côté de chaque pièce jointe à la présente directive)

- \_\_\_ A. Annexe A, ma volonté.
- \_\_\_ B. Annexe B, autorisation spéciale à mon/mes fondé(s) de pouvoir
- \_\_\_ C. Autre pièce jointe \_\_\_\_\_

## 12. SIGNATURE DE L'AUTEUR(E) DE LA DIRECTIVE

Je signe ce document alors que je suis capable de comprendre la nature et la portée de la présente directive.

Ma signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

**(Si vous êtes capable de comprendre, mais que pour une raison quelconque vous êtes incapable de signer, vous pouvez demander à une autre personne de rédiger et de signer la présente directive pour vous, en votre présence. Le signataire ne peut PAS être votre fondé de pouvoir, ni son conjoint ou sa conjointe.)**

Signature en mon nom \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

Lien avec l'auteur(e) \_\_\_\_\_

## SIGNATURES DES TÉMOINS

**(Deux personnes âgées d'au moins 19 ans doivent être témoins de votre signature et signer ensemble en votre présence.)**

J'atteste que j'ai été témoin de la signature de la présente directive. Je ne suis pas le fondé de pouvoir, ni son conjoint ou sa conjointe.

Témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature jour/mois/année

Témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature jour/mois/année

# Directive préalable

(en vertu de la Loi sur le consentement aux soins du Yukon)

## 1. La présente constitue la directive de

Nom \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_  
(en lettres détachées)

Adresse \_\_\_\_\_  
Domicile Municipalité Territoire/prov.

Téléphone \_\_\_\_\_ N° d'assurance-santé \_\_\_\_\_

(ci-après nommé(e) « l'auteur(e) »)

2. Je comprends que la présente directive prendra effet et que mon fondé de pouvoir exercera son autorité uniquement dans le cas où je serais incapable de prendre moi-même les décisions concernant mes soins de santé, mon admission dans un établissement de soins ou de consentir à des soins personnels, tel que le définit la Loi sur le consentement aux soins.

3. Je révoque (annule) toute directive rédigée antérieurement par moi.

4. Je nomme la/les personne(s) suivante(s) à titre de fondé(s) de pouvoir :

**Fondé de pouvoir n° 1** \_\_\_\_\_  
Nom en lettres détachées

Adresse \_\_\_\_\_  
Domicile Municipalité Territoire/prov.

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
Domicile Travail

**Fondé de pouvoir n° 2 (facultatif)** \_\_\_\_\_  
Nom en lettres détachées

Adresse \_\_\_\_\_  
Domicile Municipalité Territoire/prov.

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
Domicile Travail

5. **Fondé de pouvoir remplaçant (facultatif)**

Je nomme le fondé de pouvoir remplaçant suivant dans le cas où les fondés de pouvoir n° 1 ou 2 seraient dans l'impossibilité de s'acquitter de leur tâche :

Fondé de pouvoir remplaçant : \_\_\_\_\_  
Nom en lettres détachées

Adresse \_\_\_\_\_  
Domicile Municipalité Territoire/prov.

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
Domicile Travail

6. J'autorise mon ou mes fondé(s) de pouvoir à prendre toutes les décisions relatives à mes soins de santé lorsque je suis incapable de le faire, sauf dans les situations suivantes :

Je ne veux PAS que mon ou mes fondé(s) de pouvoir prennent en mon nom les décisions suivantes :

**(Décrivez les décisions que vous ne voulez pas que votre fondé de pouvoir prenne en votre nom ou écrivez « sans objet » si vous ne désirez pas limiter les pouvoirs de votre fondé de pouvoir)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(Exemples :** • le fondé de pouvoir n° 2 n'est pas autorisé à prendre en mon nom des décisions concernant mes soins de santé • le fondé de pouvoir n°1 n'est pas autorisé à décider de mon admission dans un établissement de soins)

7. **(Facultatif)** Puisque j'ai nommé deux fondés de pouvoir, je désire que les fondés de pouvoir n° 1 et n° 2 prennent les décisions de la manière suivante :

(Apposez vos initiales à côté de votre choix)

- \_\_\_ **A.** L'un ou l'autre (chaque fondé de pouvoir est autorisé à prendre des décisions) **ou**
- \_\_\_ **B.** Dans l'ordre mentionné (le fondé de pouvoir n° 2 prend des décisions uniquement lorsque le fondé de pouvoir n° 1 ne peut le faire)

8. **(Facultatif)** Instructions supplémentaires concernant la manière dont les fondés de pouvoir doivent prendre les décisions :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(Exemples :** • le(s) fondé(s) de pouvoir doit/doivent consulter certaines personnes avant de prendre une décision)

9. **(Facultatif)** La présente directive prend effet après qu'un fournisseur de soins de santé ait établi que je suis incapable de prendre des décisions me concernant en matière de soins. Je comprends qu'il se peut que je doive remplir certaines conditions avant que la présente directive prenne effet. Ces conditions sont énumérées ci-dessous :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(Exemples :** • lorsque deux médecins et un certain membre de ma famille sont d'accord pour dire que je ne suis plus capable de prendre des décisions • après que certaines personnes ont été avisées par mon fondé de pouvoir • au moment de l'apparition de certains symptômes précis)

10. **(Facultatif)** Si je suis toujours apte à comprendre, je peux annuler ou mettre fin à la présente directive en tout temps. Je comprends qu'il se peut que je doive remplir certaines conditions avant que la présente directive soit annulée. Ces conditions sont énumérées ci-dessous :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(Exemples :** • Il faut qu'un avis d'une semaine soit donné à mon fondé de pouvoir avant que la directive puisse être annulée pour permettre une période de réflexion • La présente directive expire à une date précise • La présente directive ne peut pas être révoquée lorsque, selon certaines personnes ou mes fournisseurs de soins, je présente les symptômes de ma maladie mentale)