



INSTITUT DE PLANIFICATION DES SOINS

## ***Mes directives médicales anticipées détaillées***

**Nom :** \_\_\_\_\_  
*(en lettres moulées)*

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_  
*(no civique, rue et no appartement)*

\_\_\_\_\_  
*(ville, province, code postal)*

**Téléphone(s) :** \_\_\_\_\_

**Adresse(s) courriel :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

### **1) Introduction**

Ce document a été élaboré à titre de **complément au formulaire de directives médicales anticipées du gouvernement du Québec, seul ce dernier devant être enregistré auprès de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les présentes directives ne remplacent en rien le formulaire du gouvernement que nous vous conseillons fortement de remplir et d'enregistrer.**

L'objectif des présentes directives est de vous aider à exprimer plus en détail vos volontés médicales advenant votre inaptitude à le faire si vous devenez gravement malade. Le point numéro 7) du présent document contient des conseils en vue de l'utilisation du présent formulaire.

Tout comme les directives médicales anticipées du gouvernement, les présentes directives détaillées seront utilisées seulement et uniquement si le médecin évalue que votre état de santé vous rend inapte à consentir à des soins ou à les refuser. Tant que vous êtes apte et capable d'exprimer vos choix, vous pouvez en tout temps accepter ou refuser des soins médicaux selon l'évolution de votre état de santé.

Peu importe les choix que vous aurez exprimés dans les présentes directives médicales anticipées détaillées, par exemple le choix de refuser certains soins, **les professionnels de la santé ont le devoir et l'obligation de vous prodiguer les soins nécessaires pour assurer votre confort et soulager vos douleurs.**

La validité et le caractère exécutoire des présentes directives ne requièrent pas d'homologation, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas à être ratifiées par un tribunal. L'inaptitude doit être constatée par un médecin ou autre professionnel de la santé habilité à le faire.

Les présentes directives peuvent être modifiées ou révoquées en tout temps, tant que vous êtes apte.

## 2) Définitions importantes

### 2.1 Aptitude et inaptitude à consentir à des soins

**Aptitude à consentir à des soins :** Lorsqu'une décision relative à l'état de santé d'une personne doit être prise, les professionnels de la santé s'adressent toujours à cette personne afin de savoir si elle accepte, ou refuse, de recevoir les soins appropriés à sa condition. La décision lui revient tant et aussi longtemps qu'elle a les **capacités requises pour consentir aux soins** qu'on veut lui prodiguer, c'est-à-dire qu'elle est en mesure de comprendre :

- la nature de la maladie pour laquelle un soin lui est proposé
- les risques et avantages de recevoir le soin proposé
- les conséquences de ne pas recevoir le soin proposé.

**Inaptitude à consentir à des soins :** Si une personne, momentanément ou non, n'a pas les capacités requises pour consentir à des soins, elle est considérée comme étant **inapte à consentir à des soins**.

### 2.2 Soins auxquels il est référé dans le présent document

**Alimentation et hydratation artificielles :** alimentation et hydratation d'une personne qui ne peut plus ni se nourrir ni boire, à l'aide d'un tube introduit dans l'estomac ou encore par un cathéter installé dans une veine.

**Alimentation et hydratation forcée :** alimentation et hydratation d'une personne contre son gré. Son refus est exprimé par des paroles ou des gestes.

**Dialyse :** intervention médicale permettant de nettoyer le sang lorsque les reins ne peuvent plus le faire.

**Intervention chirurgicale :** toute intervention chirurgicale qui n'a pas le confort comme but.

**Médication :** médication anti-cholestérol, anti-hypertension, vitamines ou toute autre médication qui n'a pas le confort comme but.

**Radiologie interventionnelle :** toute intervention en radiologie interventionnelle qui n'a pas le confort comme but. Le principe de la radiologie interventionnelle est d'accéder à une lésion située à l'intérieur de l'organisme pour effectuer soit un acte diagnostique tel qu'un prélèvement ou thérapeutique tel que de la chimiothérapie ou la désobstruction d'une artère.

**Réanimation cardio-respiratoire :** intervention médicale visant à redémarrer la fonction cardiaque et la respiration d'une personne lorsque son cœur s'est arrêté et que ses poumons ont cessé de fonctionner. La réanimation cardio-respiratoire comprend notamment le recours au bouche-à-bouche, aux compressions thoraciques, à la défibrillation ou à un respirateur (ou ventilateur).

**Sédation palliative continue :** administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

**Trachéotomie :** intervention qui consiste à pratiquer une ouverture à la face antérieure du cou, au niveau de la trachée et à y insérer un tube afin de maintenir une voie de passage d'air efficace.

**Ventilation assistée par un respirateur :** utilisation d'un appareil pouvant supporter la respiration d'une personne devenue incapable de respirer par elle-même.

### 3) Directives médicales anticipées

<b>SITUATION 1. PHASE TERMINALE DE MALADIES GRAVES ET INCURABLES : elle représente l'ultime étape pendant laquelle le processus de la mort est enclenché. La période peut varier, mais est généralement de courte durée.</b>			
	<b>Ne pas effectuer/utiliser/ pratiquer/ administrer</b>	<b>Cesser d'effectuer/d'utiliser/de pratiquer, d'administrer</b>	<b>Effectuer/utiliser/ pratiquer/administrer</b>
Alimentation forcée ou artificielle, gavage ou alimentation par seringue			
Hydratation forcée ou artificielle			
Antibiotiques			
Médication			
Transfusion sanguine			
Dialyse			
Radiologie interventionnelle			
Intervention chirurgicale			
Réanimation cardio-respiratoire			
Sédation palliative continue			
Trachéotomie			
Ventilation assistée par un respirateur			

<b>SITUATION 2. ÉTATS DE DÉMENCE, sans possibilité d'amélioration : affaiblissement irréversible de l'ensemble des fonctions intellectuelles, ce qui comprend la diminution de la mémoire, du jugement et du raisonnement. La personne peut devenir incapable de reconnaître sa famille et ses proches, d'effectuer des activités de la vie quotidienne, peut tenir des propos incohérents et peut perdre la maîtrise de sa vessie ou de ses intestins.</b>			
	<b>Ne pas effectuer/utiliser/ pratiquer/ administrer</b>	<b>Cesser d'effectuer/d'utiliser/de pratiquer, d'administrer</b>	<b>Effectuer/utiliser/ pratiquer/administrer</b>
Alimentation forcée ou artificielle, gavage ou alimentation par seringue			
Hydratation forcée ou artificielle			
Antibiotiques			
Médication			
Transfusion sanguine			
Dialyse			
Radiologie interventionnelle			
Intervention chirurgicale			
Réanimation cardio-respiratoire			
Trachéotomie			
Ventilation assistée par un respirateur			

<b>SITUATION 3. LÉSIONS CÉRÉBRALES SÉVÈRES de toutes origines et qui laissent peu d'espoir raisonnable de maintien des fonctions cognitives ou relationnelles.</b>			
	<b>Ne pas effectuer/utiliser/ pratiquer/ administrer</b>	<b>Cesser d'effectuer/d'utiliser/de pratiquer, d'administrer</b>	<b>Effectuer/utiliser/ pratiquer/administrer</b>
Alimentation forcée ou artificielle, gavage ou alimentation par seringue			
Hydratation forcée ou artificielle			
Antibiotiques			
Médication			
Transfusion sanguine			
Dialyse			
Radiologie interventionnelle			
Intervention chirurgicale			
Réanimation cardio-respiratoire			
Sédation palliative continue			
Trachéotomie			
Ventilation assistée par un respirateur			

<b>SITUATION 4. COMA IRRÉVERSIBLE : personne inconsciente de façon permanente, sans aucune possibilité de reprendre conscience ou ÉTAT VÉGÉTATIF PERMANENT : état d'inconscience similaire au coma permanent. Cependant, la personne peut conserver quelques réflexes, comme la capacité d'ouvrir et de fermer les yeux, ou une certaine réaction à la douleur.</b>			
	<b>Ne pas effectuer/utiliser/ pratiquer/ administrer</b>	<b>Cesser d'effectuer/d'utiliser/de pratiquer, d'administrer</b>	<b>Effectuer/utiliser/ pratiquer/administrer</b>
Alimentation forcée ou artificielle, gavage ou alimentation par seringue			
Hydratation forcée ou artificielle			
Antibiotiques			
Médication			
Transfusion sanguine			
Dialyse			
Radiologie interventionnelle			
Intervention chirurgicale			
Réanimation cardio-respiratoire			
Trachéotomie	n/a *		n/a *
Ventilation assistée par un respirateur	n/a **		n/a **

\* Une personne dans un coma irréversible après une dizaine de jours ou en état végétatif permanent a obligatoirement une trachéotomie.

\*\* Une personne en coma irréversible est déjà sur respirateur. Une personne en état végétatif permanent a été ou est encore sur respirateur, occasionnellement ou en tout temps.

## 4) Déclarations du signataire des directives

### Prise d'effet et exécution des directives

Ces directives médicales anticipées détaillées n'entreront en vigueur qu'au moment de mon inaptitude qui devra être évaluée par un médecin, ou un professionnel formé à cette fin, à chaque fois que nécessaire et dont les observations et conclusions devront être versées à mon dossier médical ou psychosocial, le cas échéant.

### Respect des volontés

Si je ne suis pas en mesure de consentir aux soins requis par mon état de santé ou de les refuser, les professionnels de la santé appelés à décider pour moi devront prendre tous les moyens pour que les présentes directives soient respectées.

### Révocation

Par la signature des présentes directives, je déclare révoquer toutes directives médicales anticipées détaillées données antérieurement.

### Déclaration au cas où je décide de ne pas nommer de mandataire

Je déclare, par la présente, avoir été informé des implications relatives au fait de n'avoir pas nommé de mandataire pour l'exécution des présentes. Les directives détaillées valent alors par elles-mêmes, auprès des personnes concernées, sans représentation. Elles s'adressent directement aux professionnels de la santé qui doivent les respecter. Le fait de laisser en blanc les articles concernant la nomination d'un (ou de) mandataire(s) à la partie 5 du présent document, atteste de ma décision de ne pas nommer de mandataire.

## 5) Nomination d'un mandataire

Par la présente, je soussigné, \_\_\_\_\_ (*mandant*) désigne  
\_\_\_\_\_  
(*nom du mandataire*) domicilié au  
\_\_\_\_\_  
(*adresse*) pour agir à titre de mandataire dans le but d'assurer le  
respect des présentes directives.

### Acceptation du mandataire

Par la présente, je soussigné accepte le mandat qui m'est confié et je m'engage à faire respecter les volontés du mandant.

\_\_\_\_\_  
(*Signature du mandataire*)

\_\_\_\_\_  
(*Nom en lettres moulées*)

\_\_\_\_\_  
(*Date*)

\_\_\_\_\_  
(*Adresse*)

\_\_\_\_\_  
(*Courriel*)

\_\_\_\_\_  
(*Téléphone*)

**Nomination d'un mandataire substitut** (au cas où le premier décède ou devienne incapable d'agir ou se désiste de ses fonctions) :

\_\_\_\_\_  
(Signature du mandataire)                      (Nom en lettres moulées)                      (Date)

\_\_\_\_\_,                      \_\_\_\_\_,                      \_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Courriel)                      (Téléphone)

## 6) Signatures, déclarations des témoins et attestations

Je soussigné, déclare que je comprends pleinement la portée et les conséquences des déclarations faites dans le présent document et qu'il a été rédigé de manière libre et éclairée.

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature)                      (Mandant)

### Témoins :

Nous soussignés déclarons avoir été témoins de la signature de \_\_\_\_\_ et avoir signé les uns en présence des autres.

Nous déclarons avoir constaté l'aptitude du signataire à rédiger et signer le présent document et n'avons pas constaté qu'il ait été l'objet de pressions quelconques. Nous déclarons n'avoir personnellement aucun intérêt aux présentes.

\_\_\_\_\_  
(Nom en lettres moulées)                      (Nom en lettres moulées)

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

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

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

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



INSTITUT DE PLANIFICATION DES SOINS

## Conseils aux utilisateurs du formulaire

1. Renouvelez vos directives de fin de vie au besoin (minimum tous les cinq ans). Vous pouvez changer d'idée n'importe quand, tant que vous êtes apte.
2. Autant que possible, faites signer vos directives de fin de vie par deux témoins qui ne sont pas vos mandataires et n'ont pas d'intérêts dans votre succession.
3. Faites-en plusieurs copies et donnez une copie à votre mandataire, s'il y a lieu.
4. Si vous n'avez pas de mandataire, donnez une copie à votre partenaire, à un membre de votre famille ou ami proche. Indiquez-leur l'endroit où vous gardez votre formulaire.
5. Remettez une copie à votre médecin de famille ou médecin traitant.
6. Nous vous suggérons de porter sur vous une carte indiquant que vous avez des directives médicales anticipées (en cas d'accident grave, d'infarctus, de perte de conscience ou autres).

*Nota bene : La forme masculine est utilisée uniquement dans le but d'alléger le texte et désigne aussi bien les hommes que les femmes.*

Institut de planification des soins : 4-7675 rue Lautrec, Brossard (Québec) J4Y 3H3 - Tel : 450 462-1756

Courriel : [info@planificationdessoins.org](mailto:info@planificationdessoins.org) - Site Internet : [www.planificationdessoins.org](http://www.planificationdessoins.org)