

PROCURATION DE SOINS DE SANTÉ

Désignation de votre agent(e) de soins de santé dans l'État de New York

La loi sur la Health Care Proxy (procuration de soins de santé) de New York vous permet de désigner une personne de confiance, par exemple, un membre de votre famille ou un ami proche, pour prendre les décisions relatives aux soins de santé à votre place si vous perdez la capacité de les prendre vous-même. En désignant un(e) agent(e) de soins de santé, vous pouvez vous assurer que les prestataires de soins de santé respectent vos souhaits. Votre agent(e) peut également décider de la manière dont vos souhaits s'appliquent à mesure que votre état de santé évolue. Les hôpitaux, les médecins et les autres prestataires de soins de santé doivent suivre les décisions de votre agent(e) comme s'il s'agissait des vôtres. Vous pouvez donner à la personne que vous choisissez comme agent(e) de soins de santé autant de pouvoirs que vous le souhaitez. Vous pouvez autoriser votre agent(e) à prendre toutes les décisions relatives à vos soins de santé ou seulement certaines d'entre elles. Vous pouvez également donner à votre agent(e) des instructions à suivre. Ce formulaire peut également servir à documenter vos souhaits ou vos instructions concernant le don d'organes, d'yeux ou de tissus.

À propos du formulaire de procuration de soins de santé

Il s'agit d'un document juridique important. Avant de le signer, vous devez comprendre ce qui suit :

1. Ce formulaire octroie à la personne que vous choisissez comme agent(e) le pouvoir de prendre toutes les décisions relatives aux soins de santé en votre nom, y compris celle de supprimer ou de fournir un traitement de maintien des fonctions vitales, sauf indication contraire de votre part dans ce formulaire. Le terme « soins de santé » désigne tout traitement, service ou procédure visant à diagnostiquer ou à traiter votre état physique ou mental.
2. À moins que votre agent(e) ne connaisse raisonnablement vos souhaits en matière de nutrition et d'hydratation artificielles (aliments et eau fournis par une sonde d'alimentation ou une voie intraveineuse), il/elle ne sera pas autorisé(e) à refuser ou à accepter ces mesures pour vous.
3. Votre agent(e) commencera à prendre des décisions pour vous lorsque votre médecin déterminera que vous n'êtes pas en mesure de le faire vous-même.
4. Vous pouvez indiquer sur ce formulaire des exemples de types de traitements que vous ne souhaitez pas recevoir ou de ceux que vous voulez vous assurer de recevoir. Les instructions peuvent servir à limiter le pouvoir de décision de l'agent(e). Votre agent(e) doit suivre vos instructions lorsqu'il/elle prend des décisions vous concernant.
5. Vous n'avez pas besoin d'un(e) avocat(e) pour remplir ce formulaire.
6. Vous pouvez choisir toute personne adulte (de 18 ans ou plus), y compris un membre de votre famille ou un ami proche, pour être votre agent(e). Si vous choisissez un médecin en tant qu'agent(e), il/elle devra choisir entre agir comme votre agent(e) ou comme votre médecin traitant, car un médecin ne peut pas faire les deux choses en même temps. En outre, si vous êtes un(e) patient(e) ou un(e) résident(e) d'un établissement hospitalier, de soins infirmiers ou d'hygiène mentale, il existe des restrictions particulières concernant la désignation d'une personne travaillant pour cet établissement comme votre agent(e). Demandez au personnel de l'établissement de vous expliquer ces restrictions.
7. Avant de désigner une personne comme agent(e) de soins de santé, discutez-en avec elle pour vous assurer qu'elle est prête à agir comme tel(le). Indiquez à la personne que vous choisissez qu'elle sera votre agent(e) de soins de santé. Discutez de vos souhaits en matière de soins de santé et de ce formulaire avec votre agent(e). N'oubliez pas de lui remettre un exemplaire signé. Votre agent(e) ne peut pas être poursuivi(e) pour des décisions de soins de santé prises de bonne foi.
8. Si vous avez désigné votre conjoint(e) comme agent(e) de soins de santé et que, par la suite, vous divorcez ou vous vous séparez légalement, votre ex-conjoint(e) ne peut plus être votre agent(e) en vertu de la loi, sauf indication contraire de votre part. Si vous souhaitez que votre ex-conjoint(e) demeure votre agent(e), vous pouvez l'indiquer sur votre formulaire actuel et le dater, ou remplir un nouveau formulaire désignant votre ex-conjoint(e).
9. Même si vous avez signé ce formulaire, vous avez le droit de prendre des décisions en matière de soins de santé vous concernant tant que vous êtes capable de le faire, et aucun traitement ne pourra vous être administré ou être interrompu si vous vous y opposez, et votre agent(e) n'aura pas le pouvoir de faire objection.
10. Vous pouvez annuler les pouvoirs donnés à votre agent(e) en l'en informant ou en informant votre prestataire de soins de santé oralement ou par écrit.
11. La désignation d'un(e) agent(e) de soins de santé est volontaire. Personne ne peut vous obliger à en désigner un(e).
12. Vous pouvez exprimer vos souhaits ou vos instructions concernant le don d'organes, d'yeux ou de tissus sur ce formulaire.

Forum aux questions

Pourquoi devrais-je choisir un(e) agent(e) de soins de santé?

Si vous devenez incapable, même temporairement, de prendre des décisions en matière de soins de santé, une autre personne doit décider pour vous. Les prestataires de soins de santé se tournent souvent vers les membres de la famille pour obtenir des conseils. Les membres de votre famille peuvent exprimer vos souhaits, selon eux, concernant un traitement particulier. La désignation d'un(e) agent(e) vous permet de contrôler votre traitement médical en :

- permettant à votre agent(e) de prendre les décisions relatives aux soins de santé en votre nom, comme vous souhaiteriez qu'elles soient prises;
- choisissant une personne pour prendre les décisions relatives aux soins de santé, car vous pensez que cette personne prendra les meilleures décisions;
- choisissant une seule personne pour éviter tout conflit ou toute confusion entre les membres de votre famille ou vos proches.

Vous pouvez également désigner un(e) agent(e) suppléant(e) qui prendra le relais si votre premier choix ne peut pas prendre de décisions vous concernant.

Qui peut être agent(e) de soins de santé?

Toute personne de 18 ans ou plus peut être agent(e) de soins de santé. La personne que vous désignez comme votre agent(e) ou votre agent(e) suppléant(e) ne peut pas signer comme témoin sur votre formulaire de procuration de soins de santé.

Comment désigner un agent(e) de soins de santé?

Toute personne adulte compétente, de 18 ans ou plus, peut désigner un(e) agent(e) de soins de santé en signant un formulaire appelé procuration de soins de santé. Vous n'avez pas besoin d'un(e) avocat(e) ou d'un(e) notaire, juste de deux témoins adultes. Votre agent(e) ne peut pas signer en tant que témoin. Vous pouvez utiliser le présent formulaire imprimé, mais vous n'êtes pas obligé de le faire.

Quand mon agent(e) de soins de santé commencera-t-il/elle à prendre des décisions en matière de soins de santé me concernant?

Votre agent(e) de soins de santé commencera à prendre des décisions en matière de soins de santé après que votre médecin aura décidé que vous n'êtes pas en mesure de le faire vous-même. Tant que vous serez en mesure de prendre des décisions en matière de soins de santé vous concernant, vous aurez le droit de le faire.

Quelles décisions mon agent(e) de soins de santé peut-il/elle prendre?

À moins que vous ne limitiez les pouvoirs de votre agent(e) de soins de santé, celui-ci/celle-ci pourra prendre toute décision en matière de soins de santé que vous auriez pu prendre si vous étiez capable de le faire vous-même. Votre agent(e) peut accepter que vous receviez un traitement, choisir entre différents traitements et décider que des traitements ne vous soient pas fournis, conformément à vos souhaits et à vos intérêts. Toutefois, votre agent(e) ne peut prendre des décisions concernant la nutrition et l'hydratation artificielles (aliments et eau fournis par une sonde d'alimentation ou une voie intraveineuse) que s'il/si elle connaît vos souhaits d'après ce que vous avez dit ou écrit. Le formulaire de procuration de soins de santé ne donne pas à votre agent(e) le pouvoir de prendre des décisions qui ne concernent pas les soins de santé, telles que les décisions financières.

Pourquoi dois-je désigner un(e) agent(e) de soins de santé si je suis jeune et en bonne santé?

La désignation d'un(e) agent(e) de soins de santé est une bonne idée même si vous n'êtes pas âgé(e) ou atteint(e) d'une maladie incurable. Un(e) agent(e) de soins de santé peut agir en votre nom si vous devenez, ne serait-ce que temporairement, incapable de prendre vos propres décisions en matière de soins de santé (comme cela pourrait se produire si vous êtes sous anesthésie générale ou dans le coma à la suite d'un accident). Lorsque vous serez à nouveau capable de prendre vos propres décisions en matière de soins de santé, votre agent(e) de soins de santé ne sera plus autorisé(e) à agir.

Forum aux questions, *suite*

Comment mon agent(e) de soins de santé prendra-t-il/elle des décisions?

Votre agent(e) doit respecter vos souhaits, ainsi que vos convictions morales et religieuses. Vous pouvez consigner des instructions sur votre formulaire de procuration de soins de santé ou simplement en discuter avec votre agent(e).

Comment mon agent(e) de soins de santé connaîtra-t-il/elle mes souhaits?

Une discussion ouverte et franche sur vos souhaits avec votre agent(e) de soins de santé le mettra dans une meilleure position pour servir vos intérêts. Si votre agent(e) ne connaît pas vos souhaits ou vos convictions, il/elle est légalement tenu(e) d'agir dans votre meilleur intérêt. Puisqu'il s'agit d'une grande responsabilité pour la personne que vous désignez comme agent(e) de soins de santé, vous devriez discuter avec elle des types de traitements que vous souhaiteriez ou non recevoir dans différentes situations, par exemple :

- si vous souhaitez que le maintien des fonctions vitales soit instauré, maintenu ou retiré en cas de coma permanent;
- si vous souhaitez que des traitements soient instaurés, poursuivis ou supprimés en cas de maladie en phase terminale;
- si vous souhaitez que la nutrition et l'hydratation artificielles soient instaurées, suspendues, poursuivies ou retirées et dans quelles circonstances.

Mon agent(e) de soins de santé peut-il/elle annuler mes souhaits ou mes instructions de traitement antérieures?

Non. Votre agent(e) est tenu(e) de prendre des décisions fondées sur vos souhaits. Si vous avez clairement exprimé des souhaits particuliers, ou donné des instructions de traitement précises, votre agent(e) a le devoir de suivre ces souhaits ou ces instructions, à moins qu'il/elle n'ait des raisons de croire de bonne foi que vos souhaits ont changé ou ne s'appliquent pas aux circonstances.

Qui prêtera attention à mon agent(e)?

L'ensemble des hôpitaux, des établissements de soins infirmiers, des médecins et des autres prestataires de soins de santé sont légalement tenus de fournir à votre agent(e) de soins de santé les mêmes informations que celles qui vous seraient fournies et de respecter les décisions de votre agent(e) comme s'il s'agissait des vôtres. Si un hôpital ou un établissement de soins infirmiers s'oppose à certaines options de traitement (comme le retrait de certains traitements), il doit vous en informer, vous ou votre agent(e), AVANT ou au moment de l'admission, dans la mesure du raisonnablement possible.

Que se passe-t-il si mon agent(e) de soins de santé n'est pas disponible lorsque des décisions doivent être prises?

Vous pouvez désigner un(e) agent(e) suppléant(e) qui décidera pour vous si votre agent(e) de soins de santé n'est pas disponible, ne peut pas ou ne veut pas agir lorsque des décisions doivent être prises. Sinon, les prestataires de soins de santé prendront pour vous les décisions en matière de soins de santé conformément aux instructions que vous avez données lorsque vous étiez encore capable de le faire. Toutes les instructions que vous consignez sur votre formulaire de procuration de soins de santé guideront les prestataires de soins de santé dans ces circonstances.

Et si je change d'avis?

Il est facile d'annuler votre procuration de soins de santé, de changer la personne que vous avez choisie comme agent(e) de soins de santé ou de modifier les instructions ou les restrictions que vous avez consignées dans le formulaire. Il suffit de remplir un nouveau formulaire. En outre, vous pouvez indiquer que votre procuration de soins de santé expire à une date précise ou si certains événements se produisent. Sinon, la procuration de soins de santé sera valide indéfiniment. Si vous choisissez votre conjoint(e) comme agent(e) de soins de santé ou comme suppléant(e), et que vous divorcez ou vous séparez légalement, la désignation est automatiquement annulée. Toutefois, si vous souhaitez que votre ex-conjoint(e) demeure votre agent(e), vous pouvez l'indiquer sur votre formulaire actuel et le dater, ou remplir un nouveau formulaire désignant votre ex-conjoint(e).

Forum aux questions, *suite*

Mon agent(e) de soins de santé peut-il/elle être légalement responsable des décisions prises en mon nom?

Non. Votre agent(e) de soins de santé ne sera pas responsable des décisions de soins de santé prises de bonne foi en votre nom. De même, il/elle ne peut être tenu(e) responsable des coûts de vos soins, du simple fait qu'il/elle est votre agent(e).

Une procuration de soins de santé est-elle la même chose qu'un testament de vie?

Non. Un testament de vie est un document qui fournit des instructions précises sur les décisions en matière de soins de santé. Vous pouvez consigner ces instructions sur votre formulaire de procuration de soins de santé. La procuration de soins de santé vous permet de choisir une personne en qui vous avez confiance pour prendre les décisions relatives aux soins de santé en votre nom. Contrairement à un testament de vie, une procuration de soins de santé n'exige pas que vous décidiez à l'avance des décisions qui pourraient être prises. Au lieu de cela, votre agent(e) de soins de santé peut interpréter vos souhaits à mesure que les circonstances médicales changent et peut prendre des décisions sur des questions que vous ne pouviez pas prévoir.

Où dois-je conserver mon formulaire de procuration de soins de santé après l'avoir signé?

Remettez un exemplaire à votre agent(e), à votre médecin, à votre avocat(e) et à tout autre membre de la famille ou ami(e) proche de votre choix. Conservez un exemplaire dans votre portefeuille ou votre sac à main ou avec d'autres papiers importants, mais pas dans un endroit où personne ne peut accéder, comme un coffre-fort. Apportez un exemplaire si vous êtes admis(e) à l'hôpital, même pour une intervention chirurgicale mineure, ou si vous subissez une intervention chirurgicale en ambulatoire.

Puis-je utiliser le formulaire de procuration de soins de santé pour exprimer mes souhaits concernant le don d'organes, d'yeux ou de tissus?

Oui. Utilisez la section facultative relative au don d'organes, d'yeux ou de tissus sur le formulaire de procuration de soins de santé et veillez à ce que cette section soit certifiée par deux témoins. Vous pouvez préciser que vos organes, yeux ou tissus peuvent être utilisés à des fins de greffe, de recherche ou de formation. Toute limitation associée à vos souhaits doit être signalée dans cette section de la procuration. **Le fait de ne pas consigner vos souhaits et instructions sur votre formulaire de procuration de soins de santé ne sera pas considéré comme signifiant que vous ne souhaitez pas faire un don d'organes, d'yeux ou de tissus.**

Mon agent(e) de soins de santé peut-il/elle prendre des décisions à ma place concernant le don d'organes, d'yeux ou de tissus?

Oui. Depuis le 26 août 2009, votre agent(e) de soins de santé est autorisé(e) à prendre des décisions après votre décès, mais uniquement celles concernant le don d'organes, d'yeux ou de tissus. Votre agent(e) de soins de santé doit prendre les décisions indiquées sur votre formulaire de procuration de soins de santé.

Qui peut consentir à un don si je choisis de ne pas exprimer mes souhaits en ce moment?

Il est important de faire part de vos souhaits concernant le don d'organes, d'yeux ou de tissus à votre agent(e) de soins de santé (« procuration de soins de santé »), aux membres de votre famille et à la personne responsable de la disposition de votre dépouille. Si vous n'avez pas encore fait connaître vos souhaits à l'égard du don de vos organes ou tissus, la loi de New York fournit une liste de personnes qui sont autorisées à consentir au don d'organes, d'yeux ou de tissus en votre nom. Elles sont indiquées ci-après, par ordre de priorité : votre agent(e) de soins de santé (procuration); votre conjoint(e), si vous n'êtes pas légalement séparé(e), ou votre concubin(e); un fils ou une fille de 18 ans ou plus; un de vos parents; un frère ou une sœur de 18 ans ou plus; un petit-enfant adulte; un grand-parent; un tuteur/une tutrice désigné(e) pour vous par un tribunal avant votre décès; ou toute autre personne autorisée à disposer de votre corps.

INSTRUCTIONS RELATIVES AU FORMULAIRE DE PROCURATION DE SOINS DE SANTÉ

Point (1)

Indiquez le nom, l'adresse du domicile et le numéro de téléphone de la personne que vous choisissez comme agent(e).

Point (2)

Si vous voulez désigner un(e) agent(e) suppléant(e), indiquez le nom, l'adresse du domicile et le numéro de téléphone de la personne que vous choisissez comme agent(e) suppléant(e).

Point (3)

Votre procuration de soins de santé restera valide indéfiniment, à moins que vous ne fixiez une date ou une condition d'expiration. Cette section est facultative et ne doit être remplie que si vous souhaitez que votre procuration de soins de santé expire.

Point (4)

Si vous avez des instructions particulières pour votre agent(e), consignez-les ici. En outre, si vous souhaitez limiter les pouvoirs de votre agent(e) de soins de santé de quelque manière que ce soit, vous pouvez l'indiquer ici ou en discuter avec lui/elle. Si vous n'indiquez aucune limitation, votre agent(e) sera autorisé(e) à prendre toutes les décisions relatives aux soins de santé que vous auriez pu prendre, y compris la décision de consentir ou de refuser un traitement de maintien des fonctions vitales.

Si vous souhaitez donner à votre agent(e) des pouvoirs étendus, vous pouvez le faire directement sur le formulaire. Il suffit d'écrire : *J'ai discuté de mes souhaits avec mon agent(e) de soins de santé et mon agent(e) suppléant(e) et ils connaissent mes souhaits, y compris ceux concernant la nutrition et l'hydratation artificielles.*

Si vous souhaitez donner des instructions plus précises, vous pouvez indiquer :

En cas de maladie en phase terminale, je souhaite/ne souhaite pas recevoir les types de traitements suivants...

En cas de coma ou de faible niveau de conscience, sans espoir de guérison, je souhaite/ne souhaite pas recevoir les types de traitements suivants : ...

En cas de lésion cérébrale ou de maladie du cerveau me rendant incapable de reconnaître les personnes ou de parler, et s'il n'y a aucun espoir que mon état s'améliore, je souhaite/ne souhaite pas recevoir les types de traitements suivants : ...

J'ai discuté avec mon agent(e) de mes souhaits sur _____ et je veux qu'il/elle prenne toutes les décisions concernant ces mesures.

Des exemples de traitements médicaux au sujet desquels vous pouvez souhaiter donner des instructions particulières à votre agent(e) sont présentés ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive :

- respiration artificielle;
- nutrition et hydratation artificielles (aliments et eau fournis par une sonde d'alimentation);
- réanimation cardiorespiratoire (RCR);
- médicament antipsychotique;
- thérapie de choc;
- antibiotiques;
- interventions chirurgicales;
- dialyse;
- greffe;
- transfusions sanguines;
- avortement;
- stérilisation.

Point (5)

Vous devez dater et signer ce formulaire de procuration de soins de santé. Si vous êtes dans l'incapacité de signer vous-même, vous pouvez demander à quelqu'un d'autre de signer en votre présence. N'oubliez pas d'indiquer votre adresse.

Point (6)

Vous pouvez indiquer vos souhaits ou vos instructions concernant le don d'organes, d'yeux ou de tissus sur ce formulaire. La loi de New York permet aux personnes suivantes, par ordre de priorité, de consentir à un don d'organes, d'yeux ou de tissus en votre nom : votre agent(e) de soins de santé désigné(e) (procuration); votre agent(e) désigné(e) pour contrôler la disposition de votre dépouille; votre conjoint(e), si vous n'êtes pas légalement séparé(e), ou votre concubin(e); un fils ou une fille de 18 ans ou plus; un de vos parents; un frère ou une sœur de 18 ans ou plus; un petit-fils/fille adulte; un grand-parent; un tuteur/une tutrice désigné(e) par un tribunal avant votre décès; ou toute autre personne autorisée à disposer de votre corps.

Point (7)

Deux témoins de 18 ans ou plus doivent signer ce formulaire de procuration de soins de santé. La personne qui est désignée comme votre agent(e) ou agent(e) suppléant(e) ne peut pas signer en tant que témoin.

PROCURATION DE SOINS DE SANTÉ

(1) Je soussigné(e), _____
désigne par la présente _____
(nom, adresse du domicile et numéro de téléphone)

comme mon agent(e) de soins de santé pour prendre toutes les décisions relatives aux soins de santé en mon nom, sauf indication contraire de ma part. Cette procuration ne prendra effet que si je deviens incapable de prendre mes propres décisions en matière de soins de santé.

(2) Facultatif : agent(e) suppléant(e)

Si la personne que je nomme n'est pas disponible, ne peut pas ou ne veut pas agir en tant que mon agent(e) de soins de santé, je désigne par la présente _____

(nom, adresse du domicile et numéro de téléphone)

comme mon agent(e) de soins de santé pour prendre toutes les décisions relatives aux soins de santé en mon nom, sauf indication contraire de ma part.

(3) À moins que je ne la révoque ou n'indique une date ou des circonstances d'expiration, cette procuration restera en vigueur indéfiniment. (Facultatif : si vous souhaitez que cette procuration expire, indiquez ici la date ou les conditions.) Cette procuration expirera (précisez la date ou les conditions) :

(4) Facultatif : je demande à mon agent(e) de soins de santé de prendre les décisions relatives aux soins de santé conformément à mes souhaits et à mes limitations, comme il/elle le sait ou comme indiqué ci-dessous. (Si vous souhaitez limiter les pouvoirs de votre agent(e) à prendre des décisions en matière de soins de santé en votre nom ou à donner des instructions précises, vous pouvez indiquer ici vos souhaits ou vos limitations.) Je demande à mon agent(e) de soins de santé de prendre les décisions relatives aux soins de santé conformément aux limitations ou instructions suivantes (joignez des pages supplémentaires au besoin) :

Afin que votre agent(e) puisse prendre des décisions de soins de santé en votre nom concernant la nutrition et l'hydratation artificielles (aliments et eau fournis par une sonde d'alimentation), votre agent(e) doit raisonnablement connaître vos souhaits. Vous pouvez soit communiquer vos souhaits à votre agent(e), soit les indiquer dans cette section. Consultez les instructions pour obtenir un exemple de formulation que vous pourriez utiliser si vous choisissez de consigner vos souhaits sur ce formulaire, notamment vos souhaits concernant la nutrition et l'hydratation artificielles.

(5) Votre identification *(en caractères d'imprimerie)*

Votre nom _____

Votre signature _____ Date _____

Votre adresse _____

(6) Facultatif : don d'organes, d'yeux ou de tissus

Par la présente, je fais don à mon décès de :
(cochez tout ce qui s'applique)

Tout organe, œil ou tissu nécessaire

Les organes, yeux ou tissus suivants _____

Limitations _____

Si vous n'indiquez pas vos souhaits ou instructions concernant le don d'organes, d'yeux ou de tissus sur ce formulaire, cela ne sera pas considéré comme signifiant que vous ne souhaitez pas faire de don ou empêcher une personne, par ailleurs autorisée par la loi, de consentir à un don en votre nom.

Votre signature _____ Date _____

(7) Déclaration des témoins *(Les témoins doivent avoir 18 ans ou plus et ne peuvent pas être l'agent de soins de santé ou l'agent suppléant.)*

Je déclare que la personne qui a signé ce document est personnellement connue de moi et semble être saine d'esprit et agir de son plein gré. Il/elle a signé (ou demandé à une autre personne de signer pour lui/elle) ce document en ma présence.

Témoïn 1

Date _____

Nom *(en caractères d'imprimerie)* _____

Signature _____

Adresse _____

Témoïn 2

Date _____

Nom *(en caractères d'imprimerie)* _____

Signature _____

Adresse _____



**Department
of Health**