



# Health Care Proxy (Procuration relative aux soins de santé)

---

## *Désignation de votre mandataire santé dans l'État de New York*

*La législation Health Care Proxy de l'État de New York vous permet de nommer quelqu'un en qui vous avez confiance - par exemple, un membre de votre famille, un partenaire de même sexe ou un ami proche - pour prendre des décisions de soins de santé pour vous si vous perdez la capacité de le faire vous-même. En désignant un mandataire santé, vous pouvez être assuré que les prestataires de soins de santé respecteront vos souhaits. Votre mandataire peut également décider de quelle façon il appliquera vos souhaits si votre état de santé évolue. Les hôpitaux, les médecins et les autres prestataires de soins de santé doivent respecter les décisions de votre mandataire comme s'il s'agissait de vos propres décisions. Vous pouvez donner à la personne que vous choisissez en tant que mandataire santé autant de pouvoir que vous le souhaitez. Vous pouvez autoriser votre mandataire à prendre toutes les décisions médicales ou seulement quelques-unes. Vous pouvez également donner à votre mandataire des instructions qu'il doit suivre. Ce formulaire peut également être utilisé pour communiquer vos souhaits ou instructions concernant le don d'organes et/ou de tissus.*

# À propos du formulaire Health Care Proxy

Ceci est un document légal important.

Avant de signer, il est important que vous compreniez les faits suivants :

1. Ce formulaire donne à la personne que vous choisissez en tant que mandataire le pouvoir de prendre toutes les décisions médicales à votre place, y compris la décision d'arrêter ou d'administrer un traitement de maintien de la vie, sauf indication contraire de votre part dans ce formulaire. Le terme « soins de santé » désigne tout traitement, service ou procédure visant à diagnostiquer ou traiter votre maladie physique ou mentale.
2. À moins que votre mandataire ne connaisse raisonnablement vos souhaits à propos de l'alimentation et de l'hydratation artificielles (nourriture et eau administrées par une sonde d'alimentation ou par voie intraveineuse), il ne sera pas autorisé à refuser ou consentir à ces mesures pour vous.
3. Votre mandataire commence à prendre des décisions à votre place lorsque votre médecin détermine que vous n'êtes pas capable de prendre des décisions médicales pour vous-même.
4. Vous pouvez écrire sur ce formulaire des exemples des types de traitement que vous n'accepteriez pas et/ou des traitements dont vous souhaitez être sûr de bénéficier. Les instructions peuvent être utilisées pour limiter le pouvoir de décision du mandataire. Votre mandataire doit suivre vos instructions lorsqu'il prend des décisions pour vous.
5. L'assistance d'un avocat n'est pas nécessaire pour remplir ce formulaire.
6. Vous pouvez choisir n'importe quel adulte (âgé de 18 ans ou plus), y compris un membre de votre famille, un partenaire de même sexe ou un ami proche pour être votre agent. Si vous choisissez un médecin comme votre mandataire, il devra choisir entre être votre mandataire et être votre médecin traitant, un médecin ne peut pas remplir ces deux rôles simultanément. Par ailleurs, si vous êtes un patient ou un résident dans un hôpital, une maison de repos ou un établissement pour la santé mentale, il existe des restrictions particulières à la désignation comme mandataire d'une personne qui travaille pour cet établissement. Demandez au personnel de cet établissement de vous expliquer ces restrictions.
7. Avant de désigner une personne comme votre mandataire, discutez-en avec elle afin de vous assurer qu'elle souhaite bien remplir ce rôle. Dites à la personne que vous avez choisie qu'elle sera votre mandataire santé. Parlez de vos souhaits en matière de soins de santé et de ce formulaire avec votre mandataire. Assurez-vous de lui donner une copie signée. Votre mandataire ne peut pas être poursuivi pour des décisions prises de bonne foi.
8. Si vous avez désigné votre conjoint comme votre mandataire et que vous divorcez ou êtes légalement séparés par la suite, votre ancien conjoint ne peut plus légalement être votre mandataire, sauf indication contraire de votre part. Si vous souhaitez que votre ancien conjoint reste votre mandataire, vous pouvez le noter sur votre formulaire actuel et le dater ou remplir un nouveau formulaire nommant votre ancien conjoint.
9. Même si vous avez signé ce formulaire, vous avez le droit de prendre des décisions médicales pour vous-même dès lors que vous en avez la capacité, et un traitement ne peut pas vous être administré ou être arrêté si vous vous y opposez, pas plus que votre mandataire n'aura le droit de contester.
10. Vous pouvez retirer le pouvoir donné à votre mandataire en le lui indiquant ou en informant le prestataire de soins de santé oralement ou par écrit.
11. La désignation d'un mandataire santé est volontaire. Personne ne peut exiger que vous en désigniez un.
12. Vous pouvez exprimer vos souhaits ou instructions concernant le don d'organes et/ou de tissus sur ce formulaire.

# Questions fréquemment posées

---

## **Pourquoi devrais-je choisir un mandataire santé ?**

Si vous vous trouvez dans l'incapacité, même temporaire, de prendre des décisions médicales, quelqu'un d'autre 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 la famille peuvent exprimer ce qu'ils pensent que vous souhaiteriez concernant un traitement particulier. La désignation d'un mandataire vous permet de contrôler votre traitement médical en :

- laissant votre mandataire prendre en votre nom les décisions médicales que vous auriez prises ;
- choisissant une personne pour prendre les décisions médicales parce que vous pensez que cette personne prendrait les meilleures décisions ;
- choisissant une personne pour éviter les conflits ou la confusion parmi les membres de la famille et/ou les proches.

Vous pouvez également désigner un mandataire remplaçant pour reprendre le contrôle si votre premier choix ne peut pas prendre de décisions pour vous.

## **Qui peut être un mandataire santé ?**

Toute personne âgée de 18 ans ou plus peut être un mandataire santé. La personne que vous désignez comme votre mandataire ou votre mandataire remplaçant ne peut pas signer en tant que témoin sur votre formulaire Health Care Proxy.

## **Comment dois-je désigner un mandataire santé ?**

Tous les adultes compétents, âgés de 18 ans ou plus, peuvent désigner un mandataire santé en signant un formulaire désigné Health Care Proxy. L'intervention d'un avocat ou d'un notaire n'est pas nécessaire, seuls deux témoins adultes doivent être présents. Votre mandataire ne peut pas signer en tant que témoin. Vous pouvez utiliser le formulaire ci-joint, mais vous n'êtes pas obligé d'utiliser ce formulaire.

## **Quand mon mandataire santé commencerait-il à prendre des décisions médicales pour moi ?**

Votre mandataire santé commencerait à prendre des décisions médicales après l'indication de votre médecin que vous n'êtes pas capable de prendre vos propres décisions médicales. Dès lors que vous serez capable de prendre des décisions médicales pour vous-même, vous en aurez le droit.

## **Quelles décisions mon mandataire santé peut-il prendre ?**

À moins que vous ne limitiez le pouvoir de votre mandataire santé, votre mandataire pourra prendre toutes les décisions médicales que vous auriez pu prendre si vous aviez été en mesure de décider pour vous-même. Votre mandataire peut accepter que vous receviez un traitement, choisir parmi différents traitements ou décider qu'un traitement ne doit pas être administré, en accord avec vos souhaits et vos intérêts. Toutefois, votre mandataire peut prendre des décisions relatives à l'alimentation et l'hydratation artificielles (nourriture et eau administrées par une sonde d'alimentation ou par voie intraveineuse) seulement s'il a connaissance de ce que vous avez déclaré ou écrit. Le formulaire Health Care Proxy ne donne pas le pouvoir à votre mandataire de prendre des décisions autres que des décisions médicales pour vous, telles que des décisions financières.

## **Pourquoi dois-je désigner un mandataire santé si je suis jeune et en bonne santé ?**

Désigner un mandataire santé est une bonne idée même si vous n'êtes pas âgé ou malade en phase terminale. Un mandataire santé peut agir en votre nom si vous êtes temporairement incapable de prendre vos propres décisions médicales (comme cela peut se produire si vous êtes sous anesthésie générale ou que vous vous trouvez dans le coma suite à un accident). Lorsque vous êtes à nouveau capable de prendre vos propres décisions médicales, votre mandataire santé n'est plus autorisé à intervenir.

## **Comment mon mandataire santé va-t-il prendre des décisions ?**

Votre mandataire doit respecter vos souhaits, ainsi que vos croyances morales et religieuses. Vous pouvez rédiger des instructions sur votre formulaire Health Care Proxy ou simplement en parler avec votre mandataire.

## **Comment mon mandataire santé va-t-il connaître mes souhaits ?**

Avoir une discussion ouverte et franche à propos de vos souhaits avec votre mandataire santé lui permettra d'être mieux placé pour servir vos intérêts. Si votre mandataire ne connaît pas vos souhaits ou vos croyances, il est

## Questions fréquemment posées, suite

légalement tenu d'agir dans votre intérêt supérieur. S'agissant d'une responsabilité importante pour la personne que vous désignez comme votre mandataire santé, vous devez avoir une discussion avec cette personne à propos des types de traitement que vous accepteriez ou non dans divers types de circonstances, par exemple :

- souhaiteriez-vous qu'un maintien des fonctions vitales soit démarré/poursuivi/arrêté si vous êtes dans un coma permanent ;
- souhaiteriez-vous que des traitements soit démarrés/poursuivis/arrêtés en cas de maladie terminale ;
- souhaiteriez-vous qu'une alimentation et une hydratation artificielles soient démarrées/maintenues, poursuivies ou arrêtées et dans quels types de circonstances.

### **Mon mandataire santé peut-il ne pas tenir compte de mes souhaits ou de mes instructions préalables au traitement ?**

Non. Votre mandataire est tenu de prendre des décisions basées sur vos souhaits. Si vous avez clairement exprimé des souhaits particuliers, ou avez donné des instructions de traitement particulières, votre mandataire a le devoir de respecter ces souhaits ou instructions sauf s'il a des raisons de croire en toute bonne foi que vos souhaits ont changé ou ne s'appliquent pas aux circonstances.

### **Qui prêtera attention à mon mandataire ?**

Tous les hôpitaux, maisons de repos, médecins et autres prestataires de soins de santé sont légalement tenus de fournir à votre mandataire santé les mêmes informations que celles qui vous auraient été fournies et de respecter les décisions prises par votre mandataire comme si elles avaient été prises par vous-même. Si un hôpital ou une maison de repos s'oppose à certaines options de traitement (par exemple arrêter un traitement donné), ils doivent vous en informer, vous ou votre mandataire, AVANT ou lors de l'admission, dans la mesure du possible.

### **Que se passe-t-il si mon mandataire santé n'est pas disponible lorsque les décisions doivent être prises ?**

Vous pouvez désigner un mandataire remplaçant pour décider à votre place si votre mandataire santé n'est pas

disponible, incapable ou non disposé à intervenir lorsque les décisions doivent être prises. Sinon, les prestataires de soins de santé prendront des décisions médicales pour vous qui respecteront les instructions que vous avez données lorsque vous étiez encore en mesure de le faire. Les instructions que vous écrivez sur votre formulaire Health Care Proxy guideront les prestataires de soins de santé dans ces circonstances.

### **Que dois-je faire si je change d'avis ?**

Il est facile d'annuler votre Health Care Proxy, de modifier la personne que vous avez choisie comme votre mandataire ou de modifier les instructions ou limitations que vous avez incluses dans le formulaire. Remplissez simplement un nouveau formulaire. De plus, vous pouvez indiquer que votre Health Care Proxy expire à une date spécifiée ou qu'elle expire si certains événements se produisent. Dans le cas contraire, la Health Care Proxy sera valable pour une durée illimitée. Si vous choisissez votre conjoint comme votre mandataire santé ou comme remplaçant, et que vous divorcez ou êtes légalement séparés, la désignation est automatiquement annulée. Toutefois, si vous souhaitez que votre ancien conjoint reste votre mandataire, vous pouvez le noter sur votre formulaire actuel et le dater ou remplir un nouveau formulaire nommant votre ancien conjoint.

### **Mon mandataire santé peut-il être légalement responsable des décisions prises en mon nom ?**

Non. Votre mandataire santé ne sera pas responsable des décisions médicales prises de bonne foi en votre nom. Par ailleurs, il ne peut pas être tenu responsable de vos frais de santé simplement parce qu'il est votre mandataire.

### **Une Health Care Proxy est-elle similaire à un testament de vie ?**

Non. Un testament de vie est un document qui fournit des instructions spécifiques à propos des décisions médicales. Vous pouvez faire figurer ces instructions sur votre formulaire Health Care Proxy. La Health Care Proxy vous permet de choisir une personne en qui vous avez confiance pour prendre des décisions médicales en votre nom. Contrairement à un testament de vie, une Health Care Proxy ne requiert pas que vous connaissiez à l'avance toutes les décisions qui pourraient se présenter.

## Questions fréquemment posées, suite

En revanche, votre mandataire santé peut interpréter vos souhaits si les conditions médicales changent et peut prendre des décisions dont vous n'auriez pas pu avoir connaissance à l'avance.

### **Où dois-je ranger mon formulaire Health Care Proxy après l'avoir signé ?**

Donnez-en une copie à votre mandataire, à votre médecin, à votre avocat et à tous les membres de la famille ou amis proches que vous souhaitez.

Conservez une copie dans votre portefeuille ou dans votre sac ou avec d'autres papiers importants, mais pas dans un endroit où personne ne peut y accéder, tel qu'un coffre de banque. Apportez une copie avec vous si vous êtes admis à l'hôpital, même pour une chirurgie mineure ou une intervention ambulatoire

### **Puis-je utiliser le formulaire Health Care Proxy pour exprimer mes souhaits à propos du don d'organes et/ou de tissus ?**

Oui. Utilisez la section facultative concernant le don d'organes et de tissus sur le formulaire Health Care Proxy et assurez-vous de faire signer la section par deux témoins. Vous pouvez préciser que vos organes et/ou tissus doivent être utilisés à des fins de transplantation, de recherche ou à des fins pédagogiques. Toute limitation concernant vos souhaits doit être notée dans cette section de la procuration. **Le fait de ne pas inclure vos souhaits et vos instructions dans votre formulaire Health Care Proxy ne sera pas considéré comme signifiant que vous ne souhaitez pas être un donneur d'organes et/ou de tissus.**

### **Mon mandataire santé peut-il prendre des décisions à ma place concernant le don d'organes et/ou de tissus ?**

Oui. À compter du 26 août 2009, votre mandataire santé est autorisé à prendre des décisions après votre décès, mais uniquement si elles concernent le don d'organes et/ou de tissus. Votre mandataire santé doit prendre ces décisions comme indiqué sur votre formulaire Health Care Proxy.

### **Qui peut consentir au don si je choisis de ne pas exprimer mes souhaits à ce stade ?**

Il est important d'indiquer vos souhaits concernant le don d'organes et/ou de tissus à votre mandataire santé, à la personne désignée comme mandataire en cas de décès, si une personne a été désignée, et aux membres de votre famille. La législation de l'État de New York prévoit une liste d'individus autorisés à consentir à un don d'organes et/ou de tissus en votre nom. Ils sont énumérés par ordre de priorité : votre mandataire santé ; votre mandataire en cas de décès ; votre conjoint, si vous n'êtes pas légalement séparés, ou votre partenaire familial ; un fils ou une fille âgé(e) de 18 ans ou plus ; l'un ou l'autre de vos parents ; un frère ou une sœur âgé(e) de 18 ans ou plus ; ou un tuteur désigné par un tribunal avant le décès du donneur.

# Instructions pour remplir le formulaire Health Care Proxy

## Item (1)

Inscrivez le nom, l'adresse du domicile et le numéro de téléphone de la personne que vous choisissez comme votre mandataire.

## Item (2)

Si vous souhaitez désigner un mandataire remplaçant, inscrivez le nom, l'adresse du domicile et le numéro de téléphone de la personne que vous choisissez comme votre mandataire remplaçant.

## Item (3)

Votre Health Care Proxy restera valide pour une durée illimitée sauf si vous indiquez une date d'expiration ou une condition pour son expiration. Cette section est facultative et ne doit être remplie que si vous souhaitez que votre Health Care Proxy expire.

## Item (4)

Si vous souhaitez donner des instructions particulières à votre mandataire, rédigez-les ici. Par ailleurs, si vous souhaitez limiter le pouvoir de votre mandataire d'une quelconque façon, vous pouvez l'indiquer ici ou en discuter avec votre mandataire santé. Si vous n'indiquez aucune limitation, votre mandataire sera autorisé à prendre toutes les décisions médicales que vous pourriez avoir prises, y compris la décision d'accepter ou de refuser un traitement de maintien de la vie.

Si vous souhaitez donner à votre mandataire un pouvoir étendu, vous pouvez le faire directement sur le formulaire. Écrivez simplement : *J'ai discuté de mes souhaits avec mon mandataire santé et mon mandataire remplaçant et ils connaissent mes souhaits, y compris concernant l'alimentation et l'hydratation artificielles.*

Si vous souhaitez donner des instructions plus spécifiques, vous pouvez écrire :

*Si je contracte une maladie terminale, je souhaite/je ne souhaite pas recevoir les types de traitement suivants...*

*Si je suis dans le coma ou que j'ai une très faible compréhension consciente, sans espoir de guérison, je souhaite/je ne souhaite pas les types de traitement suivants :....*

*Si je souffre de lésions cérébrales ou d'une maladie cérébrale qui me rend incapable de reconnaître les personnes, ou de parler, et qu'il n'y a aucun espoir que mon état s'améliore, je souhaite/je ne souhaite pas les types de traitement suivants :....*

*J'ai discuté avec mon mandataire de mes souhaits concernant \_\_\_\_\_ et je souhaite que mon mandataire prenne toutes les décisions relatives à ces mesures.*

Des exemples de traitements médicaux pour lesquels vous pouvez souhaiter donner des instructions particulières à votre mandataire sont énumérés ci-après.

Cette liste n'est pas exhaustive :

- respiration artificielle
- alimentation et hydratation artificielles (nourriture et eau administrées par une sonde d'alimentation)
- réanimation cardio-pulmonaire (RCP)
- médicaments antipsychotiques
- traitement par choc électrique
- antibiotiques
- procédures chirurgicales
- dialyse
- transplantation
- transfusions sanguines
- avortement
- stérilisation

## Item (5)

Vous devez dater et signer ce formulaire Health Care Proxy. Si vous n'êtes pas en mesure de signer vous-même, vous pouvez charger une autre personne de signer en votre présence. Assurez-vous d'inclure votre adresse.

## Item (6)

Vous pouvez indiquer vos souhaits ou instructions concernant le don d'organes et/ou de tissus sur ce formulaire. La législation de l'État de New York prévoit que certains individus, énumérés par ordre de priorité, sont autorisés à consentir à un don d'organes et/ou de tissus en votre nom. Votre mandataire santé, votre mandataire en cas de décès, votre conjoint, si vous n'êtes pas légalement séparés, ou votre partenaire familial, un fils ou une fille âgé(e) de 18 ans ou plus, l'un ou l'autre de vos parents, un frère ou une sœur âgé(e) de 18 ans ou plus, un tuteur désigné par un tribunal avant le décès du donneur.

## Item (7)

Deux témoins âgés de 18 ans ou plus doivent signer ce formulaire Health Care Proxy. La personne que vous avez désignée comme votre mandataire ou mandataire remplaçant ne peut pas signer en tant que témoin.

# Health Care Proxy

- (1) **Je, soussigné(e),** \_\_\_\_\_  
désigne par la présente \_\_\_\_\_  
(nom, adresse du domicile et numéro de téléphone)

comme mon mandataire santé pour prendre toutes les décisions médicales à ma place, sauf dans la mesure où j'indique le contraire. Cette procuration prend effet seulement si je ne suis plus capable de prendre mes propres décisions médicales.

(2) **Facultatif : mandataire remplaçant**

Si la personne que j'ai désignée n'est pas capable, non disposée ou non disponible pour agir comme mon mandataire santé, je désigne par la présente \_\_\_\_\_  
(nom, adresse du domicile et numéro de téléphone)

comme mon mandataire santé pour prendre toutes les décisions médicales à ma place, sauf dans la mesure où j'indique le contraire.

- (3) À moins que je ne la révoque ou que je n'indique une date d'expiration ou des circonstances dans lesquelles elle expirera, cette procuration restera en vigueur pour une durée indéterminée. (*Facultatif : Si vous souhaitez que cette procuration expire, indiquez la date ou les conditions ici.*) Cette procuration expirera (préciser la date ou les conditions) : \_\_\_\_\_

- (4) **Facultatif :** je charge mon mandataire santé de prendre des décisions médicales conformément à mes souhaits et mes limitations, dont il a connaissance, ou comme indiqué ci-dessous. (*Si vous souhaitez limiter le pouvoir de votre mandataire pour prendre des décisions médicales à votre place ou donner des instructions spécifiques, vous pouvez indiquer vos souhaits ou limitations ici.*) Je charge mon mandataire santé de prendre des décisions médicales conformément aux limitations et/ou aux instructions suivantes (joindre les pages supplémentaires si nécessaire) : \_\_\_\_\_

Pour permettre à votre mandataire de prendre des décisions médicales à votre place concernant l'alimentation et l'hydratation artificielles (*nourriture et eau administrées par une sonde d'alimentation ou par voie intraveineuse*), votre mandataire doit connaître raisonnablement vos souhaits. Vous pouvez indiquer à votre mandataire quels sont vos souhaits ou les inclure dans cette section. Consultez les instructions concernant les modèles que vous pouvez utiliser si vous choisissez d'inclure vos souhaits dans ce formulaire, y compris vos souhaits concernant l'alimentation et l'hydratation artificielles.

**(5) Votre identité** *(veuillez écrire en majuscules)*

Votre nom \_\_\_\_\_

Votre signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Votre adresse \_\_\_\_\_

**(6) Facultatif : don d'organes et/ou de tissus**

Par la présente, je fais un don anatomique, prenant effet au moment de mon décès :  
(cochez toutes les cases applicables)

de tout organe et/ou tissu nécessaire

des organes et/ou tissus suivants \_\_\_\_\_

Limitations \_\_\_\_\_

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

Votre signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**(7) Déclaration des témoins** *(les témoins doivent être âgés de 18 ans ou plus et ne peuvent pas être le mandataire santé ou le remplaçant.)*

J'atteste 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. Elle a signé (ou a demandé à une autre personne de signer à sa place) ce document en ma présence.

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom du témoin n° 1  
*(majuscules)* \_\_\_\_\_

Nom du témoin n° 2  
*(majuscules)* \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_



**Department  
of Health**