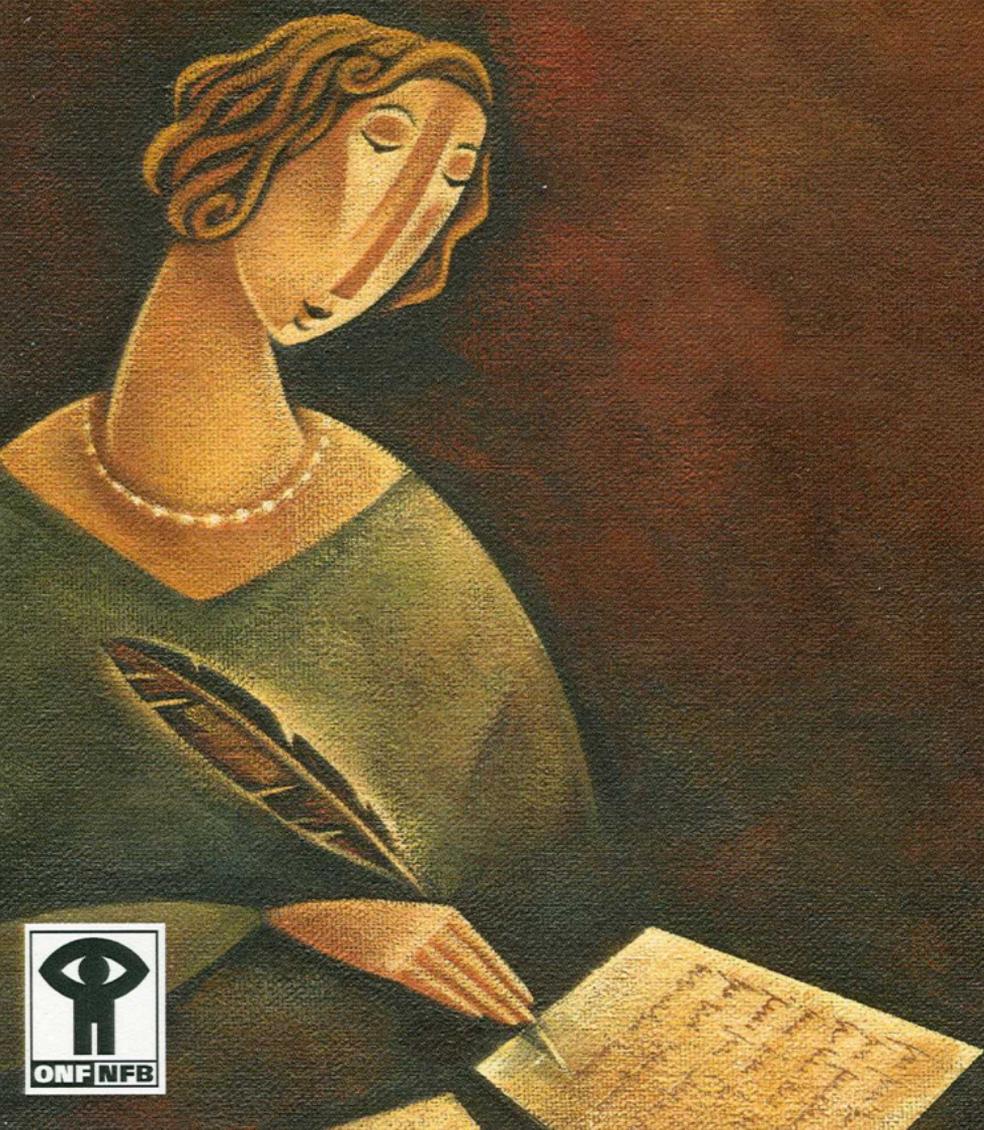


Pour une mort douce, choisie librement

# Mourir pour soi

Guide pour la préparation de votre  
**TESTAMENT DE VIE**



## TESTAMENT DE VIE – AIDE-MÉMOIRE

**Pour bien préparer votre mandat, et qu'au moment venu on le consulte et on respecte les choix que vous y avez indiqués, veuillez suivre chacune des étapes suivantes :**

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Rencontrer mon médecin pour qu'il m'aide à préparer mon testament de vie                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Testament de vie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Terminé   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Daté  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signé   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Authentifié par un témoin   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Carte de don d'organes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Remplie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Datée   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signée  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Authentifiée par un témoin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Remettre une copie au mandataire   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Informer ma famille de l'existence de ce mandat  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Demander à mon médecin de joindre une copie de mon mandat à mon dossier médical          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Envoyer mon mandat d'alerte au service des archives de mon hôpital                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Faire le nécessaire pour que ma carte d'hôpital mentionne l'existence de mon mandat [M]* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mettre à jour mon mandat une fois l'an   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Révisions du testament (dates)


\* Voir lexique pour explication des termes

# MANDATAIRE 1

Porte-parole du malade en cas d'incapacité de ce dernier

Nom et prénom du mandant

Date de naissance

Nom et prénom du mandataire

Adresse

Téléphone (jour)

(soir)

Téléavertisseur

Téléphone cellulaire

**Mandataire est le terme légal désignant la personne qui agit conformément à une procuration subsistant à l'incapacité.**

- A) Je déclare que si je deviens inapte à prendre part aux décisions médicales me concernant, la personne susmentionnée agira comme mandataire et prendra les décisions à ma place; je l'autorise à donner, à réitérer ou à retirer son consentement à toute intervention ou traitement, ou à l'arrêt de ces derniers, qu'ils soient de nature physique ou mentale.
- B) Dans le cas où cette personne se trouverait dans l'impossibilité d'agir ou refuserait d'agir pour quelque motif, je désigne un mandataire remplaçant investi des mêmes pouvoirs (voir verso).

Si aucun des deux mandataires n'est disponible ou apte à agir, ou encore si tous deux refusent de le faire, je demande à ceux qui assurent mes soins de santé, soit ma famille, mes médecins, les représentants du centre de soins, le personnel hospitalier et les autres fournisseurs de soins de santé, de suivre les directives médicales contenues dans le présent document.

- D) Si, pour quelque raison, la province dans laquelle je réside au moment où ces décisions doivent être prises nie la validité du présent document, je déclare aux responsables de ma personne que les désirs ici exprimés témoignent véritablement de mes sentiments face à toute décision concernant les soins de santé.

- E) La désignation du mandataire et les directives médicales ici données demeureront en vigueur tant que je ne les aurai pas annulées. Je m'efforcerai d'en faire la mise à jour chaque année ou lorsque j'éprouverai des problèmes de santé.
- F) Je fais la présente déclaration après y avoir longuement réfléchi. Je désire que mon équipe soignante se sente dans l'obligation morale de respecter mes volontés. Je sais que les responsabilités de mon mandataire semblent très lourdes. Aussi ai-je donc rédigé cette déclaration dans le but de les assumer et de l'en libérer.

Aucun participant dans la rédaction des présentes directives ou dans leur mise en application – un professionnel de la santé, les membres de ma famille, un ami ou autre – ne devra être tenu responsable de quelque façon que ce soit, moralement ou professionnellement, sur le plan de l'éthique ou vis-à-vis de la loi, de s'être conformé à mes directives.

**Je comprends que mon équipe soignante fera de son mieux pour respecter ma volonté dans la limite des ressources existantes et des politiques de l'hôpital en matière de réanimation.**

**Je déclare donner cette directive en pleine possession de mes capacités, conscient des conséquences de mes décisions.**

## Témoïn n° 1

Nom

Profession

Adresse

Signature

Date

## Témoïn n° 2

Nom

Profession

Adresse

Signature

Date

## MANDATAIRE 2

Porte-parole du malade en cas d'incapacité de ce dernier

Nom et prénom du mandant

Date de naissance

Nom et prénom du mandataire

Adresse

Téléphone (jour)

(soir)

Téléavertisseur

Téléphone cellulaire

**Mandataire est le terme légal désignant la personne qui agit conformément à une procuration subsistant à l'incapacité.**

A) Je déclare que si je deviens inapte à prendre part aux décisions médicales me concernant, la personne susmentionnée agira comme mandataire et prendra les décisions à ma place; je l'autorise à donner, à réitérer ou à retirer son consentement à toute intervention ou traitement, ou à l'arrêt de ces derniers, qu'ils soient de nature physique ou mentale.

B) Dans le cas où cette personne se trouverait dans l'impossibilité d'agir ou refuserait d'agir pour quelque motif, je désigne un mandataire remplaçant investi des mêmes pouvoirs.

Si aucun des deux mandataires n'est disponible ou apte à agir, ou encore si tous deux refusent de le faire, je demande à ceux qui assurent mes soins de santé, soit ma famille, mes médecins, les représentants du centre de soins, le personnel hospitalier et les autres fournisseurs de soins de santé, de suivre les directives médicales contenues dans le présent document.

D) Si, pour quelque raison, la province dans laquelle je réside au moment où ces décisions doivent être prises nie la validité du présent document, je déclare aux responsables de ma personne que les désirs ici exprimés témoignent véritablement de mes sentiments face à toute décision concernant les soins de santé.

E) La désignation du mandataire et les directives médicales ici données demeureront en vigueur tant que je ne les aurai pas annulées. Je m'efforcerai d'en faire la mise à jour chaque année ou lorsque j'éprouverai des problèmes de santé.

F) Je fais la présente déclaration après y avoir longuement réfléchi. Je désire que mon équipe soignante se sente dans l'obligation morale de respecter mes volontés. Je sais que les responsabilités de mon mandataire semblent très lourdes. Aussi ai-je donc rédigé cette déclaration dans le but de les assumer et de l'en libérer.

Aucun participant dans la rédaction des présentes directives ou dans leur mise en application – un professionnel de la santé, les membres de ma famille, un ami ou autre – ne devra être tenu responsable de quelque façon que ce soit, moralement ou professionnellement, sur le plan de l'éthique ou vis-à-vis de la loi, de s'être conformé à mes directives.

Je comprends que mon équipe soignante fera de son mieux pour respecter ma volonté dans la limite des ressources existantes et des politiques de l'hôpital en matière de réanimation.

Je déclare donner cette directive en pleine possession de mes capacités, conscient des conséquences de mes décisions.

### Témoin n° 1

Nom

Profession

Adresse

Signature

Date

### Témoin n° 2

Nom

Profession

Adresse

Signature

Date

# TESTAMENT DE VIE

## DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

De

Date de naissance

Ces directives médicales indiquent mes préférences en matière de soins médicaux advenant que mon état physique ou mental m'empêcherait de les communiquer directement aux personnes qui assurent mes soins de santé.

Si mes capacités mentales diminuent au point de me rendre inapte à prendre une décision éclairée sur les traitements qui me sont donnés, je désire que les directives ci-dessous guident les responsables de mes soins.

**I Si mon médecin traitant et un médecin-conseil me déclarent en phase terminale d'une maladie et que j'ai subi des dommages au cerveau me rendant incapable de reconnaître qui que ce soit ou de communiquer de quelque façon que ce soit, je désire :**

- A) tout traitement nécessaire à mon maintien en vie, y compris :
- |                                      |  |  |                                   |
|--------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| réanimation cardio-respiratoire      | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| respirateur artificiel               | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| dialyse                              | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| intervention chirurgicale importante | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir |  | <input type="checkbox"/> recevoir |
- B) tout traitement par intervention intraveineuse, y compris :
- |                        |  |  |                                   |
|------------------------|--|--|-----------------------------------|
| transfusions sanguines | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| antibiotiques          | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
- C) toute thérapie de nutrition ou d'hydratation, y compris :
- |                                    |  |  |                                   |
|------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| gavage                             | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| hydratation par voie intraveineuse | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| toute autre méthode                | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
- D) recevoir des médicaments appropriés pour soulager efficacement mes douleurs même si cela devait hâter l'instant de ma mort.  oui  non
- E) Autres directives ou précisions: \_\_\_\_\_

Signature

Date

*Voir lexique pour explication des termes*

**II Si je ne suis pas en phase terminale d'une maladie mais que je suis dans un état végétatif permanent, c'est-à-dire que mes fonctions cérébrales se sont arrêtées, que je suis vivant devant la loi mais inconscient de façon permanente peu importe les traitements que je reçois, je désire**

- A) tout traitement nécessaire à mon maintien en vie, y compris :
- |                                      |  |  |                                   |
|--------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| réanimation cardio-respiratoire      | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| respirateur artificiel               | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| dialyse                              | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| intervention chirurgicale importante | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir |  | <input type="checkbox"/> recevoir |

- B) tout traitement par intervention intraveineuse, y compris :
- |                        |  |  |                                   |
|------------------------|--|--|-----------------------------------|
| transfusions sanguines | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| antibiotiques          | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |

- C) toute thérapie de nutrition ou d'hydratation, y compris :
- |                                    |  |  |                                   |
|------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| gavage                             | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| hydratation par voie intraveineuse | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| toute autre méthode                | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |

- D) recevoir des médicaments appropriés pour soulager efficacement mes douleurs même si cela devait hâter l'instant de ma mort.
- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

E) Autres directives ou précisions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature

Date

**III Si je ne suis pas en phase terminale d'une maladie mais que j'ai subi des lésions cérébrales qui m'empêchent de reconnaître qui que ce soit ou de communiquer de quelque façon que ce soit (p. ex. démence grave, maladie d'Alzheimer), même si cet état risque de se prolonger encore longtemps, je désire**

- A) tout traitement nécessaire à mon maintien en vie, y compris :
- |                                      |  |  |                                   |
|--------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| réanimation cardio-respiratoire      | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| respirateur artificiel               | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| dialyse                              | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| intervention chirurgicale importante | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |

- B) tout traitement par intervention intraveineuse, y compris :
- |                        |  |  |                                   |
|------------------------|--|--|-----------------------------------|
| transfusions sanguines | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| antibiotiques          | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |

- C) toute thérapie de nutrition ou d'hydratation, y compris :
- |                                    |  |  |                                   |
|------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| gavage                             | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| hydratation par voie intraveineuse | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| toute autre méthode                | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |

- D) recevoir des médicaments appropriés pour soulager efficacement mes douleurs même si cela devait hâter l'instant de ma mort.
- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

E) Autres directives ou précisions: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature

Date

**IV Si je ne suis pas en phase terminale d'une maladie mais dans le coma (p. ex. accident vasculaire cérébral grave) et que mes chances d'en mourir sont beaucoup plus nombreuses que celles de guérir, je désire**

- A) tout traitement nécessaire à mon maintien en vie, y compris :
- |                                      |  |  |                                   |
|--------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| réanimation cardio-respiratoire      | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| respirateur artificiel               | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| dialyse                              | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| intervention chirurgicale importante | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> recevoir            |                                   |

- B) tout traitement par intervention intraveineuse, y compris :
- |                        |  |  |                                   |
|------------------------|--|--|-----------------------------------|
| transfusions sanguines | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| antibiotiques          | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |

- C) toute thérapie de nutrition ou d'hydratation, y compris :
- |                                    |  |  |                                   |
|------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| gavage                             | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| hydratation par voie intraveineuse | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |
| toute autre méthode                | <input type="checkbox"/> ne pas recevoir | <input type="checkbox"/> que soit interrompu | <input type="checkbox"/> recevoir |

- D) recevoir des médicaments appropriés pour soulager efficacement mes douleurs même si cela devait hâter l'instant de ma mort.
- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

E) Autres directives ou précisions: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature

Date

**V Dans la mesure du possible, j'aimerais passer mes dernières heures à la maison**

Oui

Non

Je ne sais pas

Que je sois à l'hôpital ou à la maison, j'aimerais recevoir les soins fondamentaux suivants: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

Date

**VI Je comprends que mon équipe soignante fera de son mieux pour respecter ma volonté dans la limite des ressources existantes.**

Autre directives ou précisions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

Date

**VII Conformément à mes principes de vie et à mes valeurs, voici les raisons qui ont motivé mes choix: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

Date

**VIII Dans l'éventualité où les directives mentionnées plus haut seraient différentes de celles de mon mandataire, je désire que l'on**

A) accorde la priorité aux directives de mon mandataire;

Oui

Non

B) accorde la priorité à mes directives médicales;

Oui

Non

C) permette à mon mandataire de modifier certaines  
des directives ci-dessus afin d'assurer mon bien-être.

Oui

Non

**Je m'engage à mettre à jour régulièrement le présent document (p. ex. tous les ans) et si, pour les motifs précités, mon état de santé venait à se détériorer et à ressembler de près ou de loin à ceux décrits ci dessus, je désire que:**

mon mandataire prenne les décisions qui s'imposent, selon les directives mentionnées plus haut et conformément à mes valeurs et à mes croyances.

\_\_\_\_\_

Signature

Date

*Ce testament de vie a été mis à jour régulièrement. Voir détails à la page 1.*

# DÉCLARATION DES TÉMOINS

*Je déclare connaître personnellement le mandataire qui a signé ce document  
(ou a demandé à un tiers de le faire) en ma présence. Cette personne paraît saine d'esprit et semble agir de son plein gré.*

## Premier témoin

---

**Nom**

---

**Profession**

---

**Adresse**

---

**Signature**

---

**Date**

## Deuxième témoin

---

**Nom**

---

**Profession**

---

**Adresse**

---

**Signature**

---

**Date**

---

**Signature du mandant**

**Date**

## LEXIQUE DES TERMES MÉDICAUX UTILISÉS DANS CE TESTAMENT DE VIE

**Pour chacun des états de santé décrits plus haut, il se pourrait qu'on ait recours aux moyens suivants pour vous garder en vie.**

**ANTIBIOTIQUES D'IMPORTANCE VITALE** Il s'agit de médicaments visant à traiter les infections graves comme la pneumonie ou la méningite. Ces médicaments sont en général administrés par voie intraveineuse. Sans antibiotiques, une personne atteinte d'une infection aiguë risque de mourir dans les heures ou les jours qui suivent. Avec antibiotiques, les chances de survie d'un patient dépendent de la gravité de l'infection et de son état de santé.

**DIALYSE** La dialyse remplit la fonction des reins. Elle élimine l'excès de potassium, d'eau et autres déchets que transporte le sang. Sans la dialyse, le potassium s'accumulerait dans le sang et causerait un arrêt cardiaque. Un patient a besoin de dialyse tant que ses reins ne fonctionnent pas. S'il n'en reçoit pas, il risque de mourir d'ici sept à quatorze jours. Avec la dialyse, les chances de survie du patient dépendent des causes de l'insuffisance rénale et de son état de santé.

**INTERVENTIONS CHIRURGICALES D'URGENCE** Il peut s'agir d'un grand nombre d'interventions, le retrait de la vésicule biliaire ou de l'appendice, par exemple. Sans intervention, le patient risque de mourir dans les heures ou les jours qui suivent. À la suite de cette intervention, les chances de survie du patient dépendent de la raison de l'opération et de son état de santé.

**[M]** Code à l'intention de l'hôpital. Cette lettre peut apparaître sur la carte d'identification des patients de l'hôpital et sur tout document d'enregistrement destiné à l'urgence, aux cliniques externes ou aux autres départements de l'hôpital. Elle indique l'existence d'un testament de vie.

**MANDATAIRE** Appellation juridique qui désigne la personne agissant conformément à une procuration subsistant à l'incapacité. En plus du mandataire principal, le testament de vie prévoit la nomination d'un mandataire remplaçant.

**MANDAT D'ALERTE** Document destiné à votre dossier hospitalier. Vous devrez l'envoyer par la poste au service des archives de l'hôpital où il sera enregistré. Ce document avertit toute personne concernée de la présence de votre testament de vie et indique l'endroit où on peut se le procurer.

**RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE (RCR)** Ce moyen est employé pour ranimer le cœur s'il a cessé de battre. La RCR demande que l'on exerce une pression sur la poitrine du patient et qu'on lui envoie des chocs électriques; elle comprend aussi l'alimentation des poumons en oxygène par intubation, et l'administration de médicaments par voie intraveineuse. Après la RCR, le patient reste en général inconscient et nécessite plusieurs jours de traitements dans une unité de soins intensifs. Sans RCR, la mort est inévitable. Chez les patients hospitalisés, la RCR est efficace à 41 % en moyenne (41 patients sur 100). Toutefois, seulement 14 % des patients (14 patients sur 100) pourront rentrer chez eux. Les patients dont le cœur a été réanimé, mais qui ne survivent pas assez longtemps pour obtenir leur congé, passent plusieurs jours en unité de soins intensifs avant de mourir. Les probabilités de survie dépendent de la cause de l'arrêt cardiaque et de l'état de santé du patient. Des recherches démontrent que les patients atteints d'un cancer et d'une infection grave, par exemple, ne survivent jamais assez longtemps à une RCR pour obtenir leur congé.

**RESPIRATEUR** (appareil de respiration artificielle) On emploie un respirateur lorsqu'une personne ne peut plus respirer : par exemple, dans certains cas d'emphysème ou de pneumonie grave. On insère un tube dans la gorge du patient jusque dans les poumons. L'emploi du respirateur est nécessaire tant que le patient ne peut respirer de lui-même. Sans respirateur, une personne en arrêt respiratoire ne survivrait que quelques minutes ou quelques heures. Avec respirateur, les chances de survie du patient dépendent de la cause de l'arrêt respiratoire et de son état de santé.

**SONDE GASTRIQUE POUR GAVAGE** Cette sonde est un tube d'alimentation que l'on introduit (par le nez ou par un petit trou dans l'abdomen) dans l'estomac d'un patient incapable de s'alimenter (s'il est dans le coma, par exemple). La sonde reste en place aussi longtemps que nécessaire. Sans sonde gastrique, un patient qui ne peut s'alimenter risque de mourir dans les heures ou les jours qui suivent. Avec ce traitement, les chances de survie du patient dépendent de la gravité de sa maladie ou de ses blessures.

**TRANSFUSION DE SANG** C'est l'administration de sang par voie intraveineuse. Une personne qui perd beaucoup de sang en raison d'un accident d'auto, d'un ulcère d'estomac ou durant une intervention chirurgicale importante a besoin d'une transfusion, sans quoi le décès surviendra au bout de quelques heures. Avec transfusion, les chances de survie du patient dépendent de la gravité de ses autres blessures ou maladies.

## LEXIQUE ET DÉFINITIONS

**Pour donner correctement vos directives, vous devez vous imaginer gravement malade ou mourant. Ce n'est pas une tâche facile: pour vous aider, voici la description de quelques états de santé pouvant nécessiter un testament de vie, et un lexique des termes employés.**

### ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Vous avez subi des dommages au cerveau causés par une mauvaise circulation ou une hémorragie.

- Vous présentez un ou plusieurs des symptômes suivants : paralysie, difficulté à communiquer, à avaler, à maîtriser vos intestins et votre vessie.
- Votre état de santé peut se détériorer ou s'améliorer, selon la gravité de l'accident et les récurrences.

#### Accident vasculaire cérébral léger

- Votre rétablissement sera presque complet; il se peut qu'un côté de votre corps reste légèrement paralysé. Vous pourrez marcher de nouveau, avec ou sans aide. En général, vous pourrez reprendre vos activités quotidiennes et resterez autonome.

#### Accident vasculaire cérébral modéré

- Votre paralysie est plus sévère
- vous êtes incapable de marcher et vous avez besoin d'un fauteuil roulant.
- Il se peut que vous ne recouvriez pas entièrement la parole et que vous ayez besoin d'aide pour vos besoins quotidiens. Vous nécessitez sans doute des soins infirmiers.

#### Accident vasculaire cérébral grave

- Paralysie grave vous laissant alité ou confiné à un fauteuil roulant avec très peu d'espoir de vous en remettre.
- Il se peut que vous soyez incapable de tenir une conversation.
- Vous ne pouvez accomplir vos activités quotidiennes.
- Peut-être avez-vous besoin d'une sonde gastrique pour vous nourrir.
- Vous devrez sans doute séjourner dans un centre de soins de longue durée.

## COMA PERMANENT

Cela signifie que vous êtes inconscient de façon permanente.

- Incapable de boire ou de manger et, par conséquent, nourri à l'aide d'une sonde gastrique.
- Sans aucune maîtrise de vos intestins ou de votre vessie.
- Alité, sans aucune possibilité de reprendre conscience.
- Nécessitant des soins infirmiers constants, à la maison ou dans une unité de soins de longue durée.

## DÉMENCE

- Affaiblissement progressif et irréversible de l'ensemble des fonctions intellectuelles qui comprend :
- diminution de la mémoire, du jugement et du raisonnement ;
- difficulté à reconnaître les gens et à communiquer.
- Principale cause de démence: la maladie d'Alzheimer.
- État qui se détériore plus ou moins rapidement, selon la gravité.

### Démence légère

- Vous êtes distrait et avez de la difficulté avec votre mémoire à court terme;
- vous pouvez effectuer vos tâches quotidiennes comme travailler, vous habiller, manger, faire votre toilette, etc.;
- vous maîtrisez encore votre vessie et vos intestins et n'avez besoin d'aide que quelques heures par jour.

### Démence moyenne

- Vous ne reconnaissez pas toujours vos proches.
- vous tenez parfois des propos incohérents.
- vous avez besoin d'aide pour les activités quotidiennes.
- vous maîtrisez encore votre vessie et vos intestins.
- vous pouvez vivre à la maison avec de l'aide toute la journée ; sinon, vous devrez déménager dans un milieu plus adéquat.

### Démence grave

- Vous êtes incapable de reconnaître votre famille et vos amis.
- Vous ne pouvez tenir des propos cohérents.
- Il vous est impossible d'effectuer les gestes de la vie quotidienne.
- Il se peut que vous soyez nourri avec une sonde gastrique.
- Vous n'avez aucune maîtrise de vos intestins et de votre vessie.
- Il vous faut une aide constante à la maison ou finir vos jours dans un centre de soins prolongés.

## ÉTAT VÉGÉTATIF PERSISTANT

Même état d'inconscience que pour le coma permanent avec toutefois quelques signes vitaux comme yeux ouverts ; réaction à la douleur et à certaines stimulations sensorielles ; sans aucune réaction au monde extérieur et incapable de communiquer.

## PHASE TERMINALE

Cela signifie que vous êtes atteint d'une maladie incurable, comme certaines formes avancées de cancer. Les traitements que l'on vous donne ne servent qu'à atténuer votre douleur. Malgré des traitements actifs, ces maladies restent fatales. Votre état de santé physique et mental se détériore : il vous faut davantage de soins et votre autonomie diminue.

## CARTE DE DON D'ORGANES

De :

Par la présente, j'autorise qu'après ma mort

on prélève de mon corps les tissus ou organes bons pour la transplantation.

Restrictions :

Oui, j'ai fait part de mes intentions à ma famille

Signature

Date

**Le don et la transplantation d'organes  
peuvent sauver de nombreuses vies**

**DON D'ORGANES  
À DES FINS DE TRANSPLANTATION**

Par la présente, je fais don des organes suivants (là où sont apposées mes initiales) pour qu'ils soient prélevés après ma mort dans le seul but de sauver des vies :

- rein \_\_\_\_\_
- cœur \_\_\_\_\_
- poumons \_\_\_\_\_
- foie \_\_\_\_\_
- pancréas \_\_\_\_\_
- cornée \_\_\_\_\_

*(Il serait préférable de consulter le responsable de votre Église avant de signer ce document.)*

Même si vous avez signé l'endos de votre carte d'assurance-maladie indiquant le don d'organes, remplissez tout de même la carte ci-dessous et gardez-la en tout temps dans votre portefeuille.

**GARDER CETTE CARTE EN TOUT TEMPS**

TESTAMENT DE VIE

De: \_\_\_\_\_

Par la présente, je déclare avoir laissé des directives médicales à mon mandataire que vous pouvez joindre aux numéros suivants :

Nom: \_\_\_\_\_

N° de téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Autre no de téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

N° de téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

## Testament de vie

Ce document a été créé pour vous aider à préparer votre testament de vie. L'objectif de ce mandat est de faire connaître vos désirs concernant les décisions médicales qui doivent être prises si vous êtes gravement malade et inapte à le faire.

Le testament de vie facilite les échanges avec votre médecin et les membres de votre famille sur les traitements que vous désirez subir, incluant ceux qui vous maintiendraient en vie par des moyens artificiels. Ces échanges sont importants puisqu'ils permettent à la personne qui prendra les décisions à votre place, le mandataire, de comprendre vos choix et les sentiments qui les ont motivés. La participation active d'un médecin que vous connaissez et en qui vous avez confiance vous permettra de poser des questions et de vous renseigner afin de prendre des décisions plus éclairées. Soyez bien à l'aise de poser toutes les questions nécessaires pour éliminer toute confusion ou incertitude. Ainsi, au moment venu, on respectera vos décisions prises selon vos valeurs.

Préparer votre mandat et le tenir à jour pourraient alléger le fardeau de votre famille et des personnes qui vous soignent et qui devront prendre les décisions concernant vos traitements de fin de vie. Il est important pour vous de savoir que ceux en qui vous avez placé votre confiance feront le nécessaire. Ils ont besoin que vous leur indiquiez les bonnes décisions à prendre.

Au cours des prochaines pages, vous serez invité à indiquer vos préférences selon différents scénarios. Pour vous faciliter la tâche, nous avons joint au document un lexique détaillé des termes employés. Le but de ce lexique est de vous renseigner le mieux possible et de vous inciter à poser les questions suscitées par la lecture du document.

---

# MANDAT D'ALERTE TESTAMENT DE VIE LIVING WILL MANDATE ALERT

Ce document indique la présence de mon testament de vie décrivant mes préférences de soins de fin de vie.  
*This form indicates the presence of my living will detailing my wishes for care at the end of life.*

Nom de famille / Family name

Prénom / First name

Adresse / Address

Code postal / Postal code

Téléphone / Telephone #

No de carte d'hôpital / Hospital card #

No d'assurance-maladie / Medicare #

**Les personnes suivantes en ont une copie / It can be found with the following people:**

Nom / Name

Adresse / Address

Code postal / Postal code

Téléphone / Telephone # (jour / day) (soir / evening)

Téléphone / Telephone #

SVP remplissez et envoyez au **Service des archives** de :

Nom de votre hôpital

Adresse

Code postal

Signature

Nom / Name

Adresse / Address

Code postal / Postal code

Téléphone / Telephone # (jour / day) (soir / evening)

Téléphone / Telephone #

Please complete and mail to the **Medical Records Department** of:

Name of your hospital

Address

Postal code

Date

Le formulaire d'Alerte de Mandat doit être inséré dans votre dossier de l'hôpital afin d'identifier l'existence du document dûment rempli de testament de vie et de ses Mandataires / *Mandate Alert Form: To be placed in your hospital chart to allow for identification of the existence of the Living Will document and Mandatories and how to retrieve them.*

Dans le film *Mourir pour soi*, l'expression *Testament biologique* est souvent utilisée et signifie la même chose que *Testament de vie*. Les deux expressions sont synonymes et réfèrent au document en vertu duquel tout individu détermine le degré d'intervention médicale auquel il consent, advenant que la maladie ou la sénilité le prive de sa lucidité.

# Mourir pour Soi



**Mourir...** À peine en évoque-t-on l'idée qu'aussitôt on s'empresse de l'occulter.

Mais lorsque vivre signifie mourir à petit feu, perdre toute autonomie, voir se dégrader l'image que l'on a de soi, la mort devient parfois la délivrance ultime.

Testament biologique, acharnement thérapeutique, euthanasie active, euthanasie passive, quelle liberté de choix et d'action notre société nous offre-t-elle? Avec courage et générosité, des malades gravement atteints nous parlent de qualité de vie et de leur volonté de mourir dignement. En parallèle, des médecins proposent une approche plus humaine, moins contrôlante, de la maladie et de la mort. D'où la possibilité de mourir comme nous l'avons choisi.

Parce que chaque individu entretient une relation infiniment intime avec sa vie, ne devrait-il pas en être de même avec sa mort: pouvoir l'imaginer paisible, acceptée et choisie librement, une mort douce qui s'accomplirait quand le temps nous en semble opportun?

Réalisation  
**Lina B. Moreco**  
Scénario  
**Lina B. Moreco**  
**Benoît Guichard**  
Images  
**Michel Lamothe**  
Son  
**Pierre Bertrand**  
Montage image  
**Danièle Gagné**  
Montage et  
conception sonore  
**Marie-Claude Gagné**  
Musique originale  
**Michel Comeau**

Production  
**Nicole Lamothe**

Une production et  
une distribution  
de l'Office national  
du film du Canada

Durée: **73 min 32 s**  
I43C 9200 130



\* Avec sous-titres  
codés pour les  
personnes sourdes  
ou malentendantes

Pour vous procurer les vidéocassettes de l'ONF, composer sans frais le 1 800 267-7710

Pour plus d'information:

[www.onf.ca/mourirpoursoi](http://www.onf.ca/mourirpoursoi)

© 2001 Office national du film du Canada  
Tous droits réservés. Imprimé au Canada

