



 An ematai Initiative

netivot

Mandataire pour les décisions
en matière de soins de santé

QUEBEC VERSION

NAVIGATE YOUR HEALTHCARE JOURNEY WITH JEWISH WISDOM

FOR MORE **EDUCATIONAL MATERIALS**
PLEASE SEE **WWW.EMATAI.ORG**

FOR OUR **REALTIME CONSULT HOTLINE**
PLEASE CALL +1-646-599-3895

Introduction

Le mandat de protection Netivot pour les décisions en matière de soins de santé a été créé par Ematai avec les conseils de nombreux rabbins, professionnels de la santé, travailleurs sociaux et avocats. Il s'agit d'un document juridique officiel qui doit être signé et attesté. Ce document peut être rempli par toute personne âgée de 18 ans ou plus et saine d'esprit. Nous vous encourageons à consulter votre avocat ou notaire du Québec pour toute question concernant vos besoins spécifiques ou les exigences locales. Rien dans ce document ne constitue une offre de conseils juridiques de la part d'Ematai. Cette version de Netivot est exclusivement destinée à être utilisée au Québec. Il est également possible d'utiliser la version anglaise de ce document, disponible sur notre site web.

Qu'est-ce qu'un mandataire pour les décisions en matière de soins de santé

pour prendre des décisions en matière de soins de santé en votre nom si vous n'êtes plus en mesure de parler pour vous-même. Même dans des situations médicales que vous n'aviez pas prévues, votre mandataire peut prendre des décisions et veiller à ce que vous soyez traité conformément à vos souhaits, à vos valeurs et à vos convictions. Il s'agit de décisions importantes, notamment:

- Les types de traitements que vous pourriez recevoir, tels que les interventions chirurgicales ou la dialyse.
- Si vous bénéficiez d'interventions de maintien en vie, y compris la réanimation, l'intubation et la nutrition artificielle.
- L'endroit où vous recevez les soins, qu'il s'agisse d'un hôpital, d'un établissement de soins ou de votre domicile.

Nous vous recommandons de désigner des mandataires substituts (suppléants) sur ce formulaire au cas où votre mandataire principal ne serait pas en mesure ou disponible pour vous aider en cas de besoin.

Il est préférable de ne pas désigner une personne qui vous fournit des soins de santé ou des services résidentiels, sociaux, de formation ou de soutien contre rémunération (comme votre médecin, votre

Votre mandataire pour les décisions en matière de soins de santé (« mandataire » dans le présent document) est une personne que vous désignez comme agent

propriétaire, un travailleur social ou un soignant), à moins que cette personne ne soit également votre conjoint, votre partenaire ou un membre de votre famille. Vous ne devez pas désigner votre rabbin comme mandataire, à moins qu'il ne vous ait explicitement donné la permission de le faire. Il n'y a aucune restriction officielle quant à la personne que vous pouvez désigner comme mandataire, mais au moment de l'homologation du mandat de protection, le juge déterminera si le mandataire que vous avez désigné est apte à agir pour vous à ce titre.

Remarque: *Votre mandataire pour les décisions de soins de santé n'est désigné que pour être votre agent ou mandataire en matière de décisions de soins de santé. Ce document ne le désigne pas comme votre « mandataire aux biens ». Veuillez consulter votre avocat ou votre notaire du Québec au sujet de la désignation d'un mandataire aux biens.*

Qui dois-je désigner comme mandataire pour les décisions en matière de soins de santé ?

Choisissez un mandataire qui est :

- Âgé de 18 ans ou plus;
- Disponible (ou se rendra disponible) à tout moment lorsque vous en aurez besoin;
- Disposé à s'affirmer pour exprimer vos volontés et défendre vos besoins;
- Digne de confiance, respectera vos valeurs et agira conformément à vos préférences dans la mesure de ses capacités.

Réfléchissez bien à ceux qui sont ces personnes au sein de votre famille et parmi vos amis. Assurez-vous qu'elles sont disposées à jouer ce rôle avant de

les désigner comme mandataires. Veuillez indiquer sur ce document autant de manières possibles de joindre votre mandataire. Parlez-lui de vos valeurs et de vos préférences en matière de soins de santé. Le guide de conversation Netivot vous aidera à entamer ces conversations.

Consultant rabbinique

Le mandat de protection Netivot pour les décisions en matière de soins de santé affirme que les décisions de votre mandataire concernant vos soins de santé doivent être prises conformément à la Loi et aux coutumes juives. Qu'est-ce que cela signifie pour vous? Quelle interprétation de la Loi et des coutumes juives souhaitez-vous que votre mandataire applique dans ces circonstances? Ce sont des questions importantes qui concernent vos valeurs fondamentales.

Cette option vous permet de sélectionner un rabbin ou une institution qui peut aider votre mandataire à prendre ces décisions difficiles.

Les familles peuvent avoir des perspectives religieuses différentes. Elles peuvent également connaître de multiples influences rabbiniques dans leur vie. Un couple, par exemple, peut entretenir des rapports avec plusieurs rabbins tandis que ses enfants ont chacun leur propre mentor religieux ou n'en ont pas du tout.

C'est l'occasion de préciser qui doit être consulté afin que votre mandataire et vos proches n'aient pas à le déterminer (ou à en débattre) dans un moment d'urgence. Si vous choisissez de ne pas désigner de rabbin, votre mandataire décidera de la norme de la Loi et de la coutume juives que vous préférez et/ou de la personne à consulter.

Avant de faire votre choix, parlez au rabbin ou à l'institution désignés pour lui faire part de vos souhaits sur ces sujets sensibles et pour connaître son point de vue sur l'éthique médicale juive. Assurez-vous qu'ils sont prêts à jouer ce rôle pour

vous et votre mandataire, si nécessaire, à la lumière de vos propres préférences et valeurs.

Dans la mesure où les rabbins ne sont pas disponibles à tout moment ou peuvent ne pas exercer leur rôle actuel au moment où leur assistance est nécessaire, nous vous encourageons à désigner plusieurs consultants ou institutions locales, telles que votre synagogue, dans l'ordre de vos préférences. La consultation d'Ematai est toujours disponible pour vous aider.

Vous pouvez désigner notre service d'assistance téléphonique (646-599-3895) comme suppléant ou comme consultant principal si vous n'avez pas de rabbin.

Remarque: *Votre mandataire pour les décisions en matière de soins de santé reste le seul décideur autorisé. Le rabbin ou l'institution qui sert de consultant n'a ni la responsabilité ni l'autorité de prendre des décisions finales ou de signer des documents essentiels.*

« Les souhaits du mandant » : Votre directive en matière de soins de santé

Cette section indique que votre mandataire a toute autorité pour prendre des décisions en matière de soins de santé et que celles-ci doivent être prises conformément à la Loi et à la coutume juives. Elle accorde à votre mandataire l'accès aux informations sur les soins de santé et l'habilité exclusivement à prendre des décisions cruciales en votre nom, dans toute la mesure permise par la loi.

Remarque: *Dans certaines circonstances, les autopsies sont prescrites par la loi et peuvent être pratiquées sans le consentement du patient. Il s'agit notamment des cas où il existe un motif raisonnable de soupçonner que le défunt est décédé d'une mort violente ou non naturelle, ou en cas de mort subite dont la cause est inconnue, entre autres. La directive demande que toute autopsie prescrite par la loi soit effectuée de la manière la moins invasive possible (par exemple, prise de sang, IRM ou tomodensitométrie, ou biopsie guidée par tomodensitométrie).*

Don d'organes en vue d'une transplantation

Une personne peut choisir de faire don de ses organes si elle a été déclarée morte selon les critères juridiques

locaux et les critères de la Loi juive. Cette section vous permet d'autoriser votre mandataire à approuver la transplantation d'organes et de tissus permise par la Loi et les coutumes juives. Vous pouvez également exprimer votre opposition au don d'organes ou préciser quels organes vous seriez prêt à donner. Puisque le mandat de protection ci-joint accomplit ce choix de don d'organes selon les critères de la Loi juive, votre mandataire devra quand même autoriser le don d'organes aux autorités locales après la déclaration du décès.

Les critères de détermination de la mort selon la Loi juive varient d'un rabbin à l'autre. Veuillez consulter le site web d'Ematai et votre rabbin pour plus d'informations. L'énonciation du formulaire Ematai vous permet de vous désigner comme donneur d'organes sans préciser les critères de décès que vous préférez en vertu de la Loi juive. Si vous avez personnellement des opinions sur cette question particulière, veuillez les exprimer à votre mandataire et les consigner dans votre guide de conversation.

Si vous souhaitez vous inscrire comme donneur d'organes selon les critères de décès en vigueur au Québec, nous vous encourageons à vous inscrire au Registre des dons d'organes et de tissus de la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après « RAMQ »). Les médecins et les infirmières des hôpitaux du Québec peuvent consulter ce registre lors du décès d'un patient, afin de déterminer s'il a consenti au don d'organes. L'inscription à la RAMQ est une directive légale et votre mandataire n'aura plus à approuver le don d'organes. Vous pouvez également signer l'autocollant de consentement au don d'organes et de tissus et l'apposer au verso

de votre carte d'assurance maladie pour porter à l'attention de votre mandataire vos volontés en matière de don d'organes. Vous pouvez obtenir cet autocollant en le commandant en ligne sur le site du ministère de la Santé et des Services Sociaux ou il vous sera envoyé lors du renouvellement de votre carte d'assurance maladie.

Cette section du mandat de protection n'autorise que la transplantation. Il n'autorise pas le don de son corps à des fins de recherche scientifique, d'étude médicale ou à toute autre fin.

Signature | Vous devez signer le document devant deux témoins.

Remarque: *Si vous n'êtes pas physiquement en mesure de signer le formulaire, la loi peut autoriser une autre personne à le faire en votre nom, à condition qu'elle le fasse selon vos instructions, en votre présence et en présence de deux témoins adultes compétents. La personne qui signe en votre nom ne doit pas être celle que vous avez désignée comme mandataire ou mandataire suppléant, mais elle peut être un membre de votre famille. Les témoins ne peuvent pas vivre avec vous et doivent donc avoir une adresse différente de la vôtre.*

Les témoins | Les deux témoins doivent être présents avec vous au moment où vous signez le document.

Les deux témoins doivent signer le document en votre présence. Il est recommandé que les témoins apposent leurs initiales sur chaque page du mandat de protection, avec les vôtres, en votre présence.

Remarque: *La coutume peut suggérer (mais non exiger) des critères particuliers pour un témoin (tel qu'un ombudsman des patients) si vous vivez dans une maison de soins infirmiers, un établissement de santé mentale ou un autre établissement de soins. Veuillez consulter votre établissement ou votre avocat pour clarifier toute exigence particulière.*

Remarque: *Il est suggéré, mais pas obligatoire, que vous*

et vos deux témoins signiez le document en présence d'un commissaire à l'assermentation et que l'un de vos témoins signe une déclaration sous serment. Cela garantira la validité des signatures et contribuera à l'homologation éventuelle du document. Outre les personnes portant le titre officiel de « commissaire à l'assermentation », un notaire ou un avocat du Québec serait également habilité à agir en tant que commissaire à l'assermentation aux fins du présent document. Si le mandat de protection n'est pas signé devant un commissaire à l'assermentation et qu'un affidavit n'est pas signé par l'un de vos témoins, cela peut empêcher l'homologation de votre mandat de protection.

Il s'agit d'un mandat de protection simplifié, étant donné que nous avons facilité sa signature en n'ajoutant pas d'affidavit, même si un affidavit est généralement conseillé. Si vous êtes préoccupé par l'absence d'un affidavit de l'un des témoins attestant que les formalités de signature ont été respectées, nous vous conseillons de présenter ce formulaire à un avocat ou à un notaire du Québec et de demander qu'il soit signé devant eux avec l'affidavit approprié tel que requis.

De manière anecdotique, de nombreux hôpitaux accordent de la crédibilité au mandat de protection sans exiger la preuve de son homologation.

Ordre de ne pas intuber (DNI) et ordre de ne pas réanimer (DNR)

directive différente (directive médicale anticipée) concernant la réanimation, l'intubation, la nutrition et d'autres interventions médicales critiques.

Veillez consulter notre site web pour plus d'informations sur ces décisions délicates, et en particulier, consultez également le site du gouvernement du Québec sur les directives médicales anticipées à l'adresse suivante: <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/exprimer-directives-soins-cas-inaptitude>.

En cas de maladie en phase terminale, votre mandataire ou votre prestataire de soins de santé peut vous suggérer de signer une

Comment ce document entre-t-il en vigueur ?

Lorsqu'une personne est jugée mentalement inapte et que la preuve en est faite à la satisfaction du tribunal, ce dernier homologue le mandat de protection pour les décisions en matière de soins de santé. En effet, l'homologation, si elle est effectuée, est un jugement du tribunal reconnaissant l'incapacité et mettant en vigueur le mandat de protection pour les décisions en matière de soins de santé.

Une fois ce document rempli et signé

Conservez l'original de ce formulaire parmi vos documents de valeur dans un endroit facilement accessible en cas d'urgence.

- Distribuez des copies au mandataire désigné (et au mandataire suppléant) ainsi qu'à vos médecins et à votre avocat.
- Si vous ne révoquez pas le mandat de protection pour les décisions en matière de soins de santé, la loi prévoit généralement qu'il reste en vigueur indéfiniment. Il est conseillé de revoir vos choix tous les cinq ans.
- Si, à tout moment, vous souhaitez révoquer le mandat de protection des décisions en matière de soins de santé, vous pouvez le faire en signant un nouveau mandat ou en informant par écrit votre mandataire, votre avocat ou votre prestataire de soins de santé de votre intention de le révoquer. Nous vous conseillons de conserver une copie de la révocation avec vos documents importants pour vos dossiers.
- Afin d'éviter toute confusion, nous vous conseillons de rassembler et de détruire tous les originaux et toutes les copies de l'ancien mandat de protection des décisions en matière de soins de santé.
- Si l'une des personnes dont vous avez inscrit le nom dans le présent formulaire ne veut plus ou est incapable d'assumer le rôle que vous lui avez confié, vous devez établir un nouveau mandat de protection. Veuillez alors remettre

à vos nouveaux mandataires une copie de votre guide de conversation et mandat de protection.

- Si vous signez le mandat de protection devant un notaire ou un avocat du Québec, veuillez leur demander d'enregistrer le mandat de protection auprès de leur chambre ou de leur barreau respectif. Le document sera ainsi accessible à une personne du public ayant un intérêt, par exemple un membre de la famille.
- **Remarque:** *si vous signez le mandat de protection devant un notaire ou un avocat du Québec, nous vous suggérons de lui donner accès à une version Word du présent guide de conversation et mandat de protection pour les des décisions en matière de soins de santé, afin que le notaire ou l'avocat du Québec puisse plus facilement ajouter sa certification et/ou son affidavit de témoin à la fin du document.*

Le présent mandat de protection pour les décisions en matière de soins de santé prend effet à la survenance de l'incapacité du mandant, constatée par des rapports d'évaluation médicale et psychosociale, et homologuée par le tribunal à la demande du mandataire désigné dans le document. Le présent mandat de protection pour les décisions en matière de soins de santé est en vigueur pour une durée indéterminée et prend fin au moment du rétablissement ou du décès du mandant.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénom _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone: _____

MANDATAIRE POUR LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Je désigne la personne suivante pour agir en mon nom si, à un moment donné, je ne suis pas en mesure de prendre ou de communiquer des décisions en matière de soins de santé pour moi-même :

Nom et prénom: _____

Lien de parenté: _____

Numéro de téléphone cellulaire: _____

Autre numéro: _____

Adresse électronique principale: _____

Autre adresse électronique: _____

MANDATAIRE POUR LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ (SUBSTITUTS)

Si la personne nommée ci-dessus ne peut pas ou ne veut pas agir ou n'est pas disponible pour agir en tant que mon mandataire, je désigne par la présente:

SUBSTITUT 1

Nom et prénom: _____

Lien de parenté: _____

Numéro de téléphone cellulaire: _____

Autre numéro: _____

Autre adresse électronique: _____

SUBSTITUT 2

Nom et prénom: _____

Lien de parenté: _____

Numéro de téléphone cellulaire: _____

Autre numéro: _____

Autre adresse électronique: _____

INITIALES DU MANDANT ET DES TÉMOINS

SOUHAITS DU MANDANT

Mon mandataire a plein pouvoir pour prendre des décisions en mon nom concernant mes soins de santé, y compris les soins de fin de vie, si je ne suis pas en mesure de prendre ou de communiquer des décisions en matière de soins de santé pour moi-même. Cela inclut mon désir, que j'exprime par la présente à mon mandataire, que toutes les décisions concernant mes soins de santé soient prises conformément à la Loi et à la coutume juives.

J'accorde à mon mandataire tous les pouvoirs et les droits que la loi confère à un mandataire pour les décisions relatives aux soins de santé. Mon mandataire est autorisé à accéder aux dossiers médicaux et aux informations médicales dans la même mesure que j'y ai droit. Cette autorisation s'applique à tout renseignement régi par une loi, y compris le Code civil du Québec et la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec). Mon mandataire est autorisé à intenter ou à défendre toute action en justice relative à mes soins de santé.

Mon mandataire est autorisé à prendre toutes les dispositions nécessaires pour moi dans un hôpital, un hospice, une maison de soins infirmiers, une maison de convalescence ou un établissement semblable, ou dans le cadre de soins à domicile, y compris mon transfert et mon retrait de tout établissement, y compris mon déménagement dans une autre province ou un autre pays, et à s'assurer que tous mes besoins essentiels sont satisfaits dans un tel établissement.

Mon mandataire connaît mes objectifs et mes souhaits en matière de soins de santé, sur la base de nos conversations et de toute autre orientation générale que j'ai pu lui donner. Le pouvoir de mon mandataire d'interpréter mes volontés en matière de soins de santé se veut le plus large possible. Cela comprend les questions de nutrition, d'hydratation, d'hébergement, d'habillement, d'hygiène, de sécurité et de soins de santé, telles que (mais sans s'y limiter) la capacité d'accepter, de refuser ou de retirer son consentement à tout type de soins médicaux, de traitements, d'interventions chirurgicales, d'exams ou de médicaments.

Mon mandataire a la capacité et l'autorité exclusive de prendre toutes les décisions, y compris celles concernant les traitements de maintien en vie, conformément à mes souhaits, et les actions de mon mandataire seront considérées comme étant dans mon intérêt primordial. Le présent mandat de protection restera pleinement en vigueur en tout temps, même si mon incapacité ou mon invalidité persiste. Je précise que je ne souhaite pas que ces décisions soient prises en mon nom par un prestataire de soins de santé ou un conseil médical et que ceux-ci déterminent ce qui est dans mon intérêt. S'il est jugé nécessaire de désigner un tuteur pour les décisions relatives aux soins de santé, je demande au tribunal de nommer mon mandataire à cette fonction.

Le Manipulation de Mon Corps Après la Mort : Toutes les décisions concernant la manipulation et la disposition de mon corps et la préparation de l'inhumation, y compris le retrait des tubes, des cathéters, des lignes intraveineuses, des appareils cardiaques et le nettoyage du corps, doivent être prises conformément à la Loi et à la coutume juives, dans la mesure où la loi le permet dans la province de Québec, tel qu'autorisé par mon mandataire. Je désire et j'ordonne par la présente que dans la mesure permise par la loi, aucune procédure post-mortem ne soit effectuée sur mon corps à moins d'être autorisée par mon mandataire. Si la loi l'exige, je demande que les procédures les moins invasives possibles soient utilisées pour se conformer aux exigences légales minimales dans le respect de mes souhaits religieux, et que l'inhumation ait lieu dès que possible.

INITIALES DU MANDANT ET DES TÉMOINS

CONSULTANT RABBINIQUE

Mon (mes) mandataire(s) pour les décisions en matière de soins de santé et moi-même avons discuté de mes valeurs, de mes préférences et de mes choix concernant les soins de fin de vie. Si une situation imprévue survient, je souhaite que toutes les décisions concernant mes soins de santé soient prises conformément à la Loi et à la coutume juives. À ce titre, j'accorde une grande importance à l'impératif général de préserver la vie ainsi qu'à l'importance de la gestion de la douleur pour réduire la souffrance.

Je recommande à mon mandataire de consulter le rabbin ou l'institution religieuse suivant(e)s pour l'aider à appliquer ces valeurs dans différentes circonstances. Je recommande ce rabbin ou cette institution parce que je respecte leur point de vue religieux sur les questions de santé, y compris les soins de fin de vie. Si j'en étais capable, je consulterais ce rabbin ou cette institution avant de prendre ma décision. Rien dans cette section ne doit être interprété comme une entrave au pouvoir discrétionnaire de mon mandataire pour les décisions en matière de soins de santé, qui reste le seul décideur autorisé.

Nom et prénom: _____

Numéro de cellulaire: _____

Autre numéro: _____

Adresse électronique: _____

CONSULTANT RABBINIQUE (SUPPLÉANTS)

Si ce rabbin ou cette institution ne peut pas ou ne veut pas fournir cette consultation, ou n'est pas disponible pour fournir cette consultation, je conseille à mon mandataire de consulter le rabbin ou l'institution religieuse suivant(e)s :

SUPPLÉANT 1

Nom et prénom: _____

Numéro de téléphone: _____

Adresse électronique: _____

SUPPLÉANT 2

Nom et prénom: _____

Numéro de téléphone: _____

Adresse électronique: _____

INITIALES DU MANDANT ET DES TÉMOINS

DON D'ORGANES EN VUE D'UNE TRANSPLANTATION

Cette section ne s'applique que si le décès, tel que défini par le droit québécois, ainsi que par la Loi et la coutume juives, a été déterminé par mon mandataire en consultation avec le consultant rabbinique que j'ai désigné. Veuillez choisir parmi les options ci-dessous :

J'autorise mon mandataire à approuver la transplantation de tous les organes et tissus permis par la Loi et la coutume juives.

Je ne souhaite pas faire don de mes organes ou tissus.

J'autorise mon mandataire à approuver la transplantation des seuls organes ou tissus suivants :

SIGNATURE

Signez ce mandat de protection des décisions en matière de soins de santé devant deux témoins.

Votre nom et prénom: _____

Votre adresse: _____

Signature: _____

Date: _____

DÉCLARATION DU TÉMOIN:

JE DÉCLARE:

- Que la personne qui a signé ou reconnu le présent mandat de protection des décisions en matière de soins de santé m'est personnellement connue, ou que son identité m'a été prouvée par des preuves convaincantes;
- Que la personne a signé ou reconnu le présent mandat de protection des décisions en matière de soins de santé en ma présence; et
- Que la personne semble être saine d'esprit et ne pas être soumise à la contrainte, à la fraude, ou à une influence indue.

JE SUIS GÉ(E) DE 18 ANS OU PLUS ET JE NE SUIS PAS :

- Le mandataire, son conjoint, son conjoint de fait ou son partenaire;
- Le conjoint, conjoint de fait, le partenaire, ou l'enfant de la personne qui exerce le mandat de protection pour les décisions en matière de soins de santé, ou une personne que celle-ci considère comme son enfant;
- Le consultant rabbinique mentionné dans ce document; ou
- Une personne sous tutelle ou sous mandat de protection.

TÉMOIN #1

Nom et prénom en lettres moulées: _____

Signature: _____

Date: _____

Numéro de téléphone: _____

Adresse: _____

TÉMOIN #2

Nom et prénom en lettres moulées: _____

Signature: _____

Date: _____

Numéro de téléphone: _____

Adresse: _____

Maintenant que vous avez rempli et signé votre mandat de protection pour les décisions en matière de soins de santé

- Conservez l'original de ce formulaire dans un endroit sûr et accessible.
- Déposez des copies supplémentaires auprès de votre mandataire, des membres de votre famille, de votre conseiller rabbinique, de vos fournisseurs de soins de santé et de votre avocat ou notaire du Québec.
- Enregistrez le numéro de consultation en temps réel d'Ematai dans votre téléphone et sur Whatsapp (+1-646-599-3895).
- Révissez ce formulaire au moins une fois tous les cinq ans pour vous assurer que le mandataire et le consultant rabbinique que vous avez choisis demeurent vos choix préférés et que leurs coordonnées sont à jour.
- Après avoir rempli ce formulaire, vous devez rassembler et détruire toutes les copies des anciens mandats de protection pour les décisions relatives aux soins personnels.