



For Directives anticipées

De quoi s'agit-il ?

Chacun, jeune ou âgé, peut se retrouver dans le coma, être victime d'un grave accident, d'une atteinte cérébrale ou d'un état confusionnel qui l'empêche d'exprimer ses volontés

Les directives anticipées permettent d'envisager de telles situations et de prendre une décision à l'avance

Il s'agit d'une manifestation de volonté par laquelle la personne refuse ou consent de manière anticipée à un traitement, pour le cas où elle n'aurait plus le discernement lui permettant de prendre une telle décision quand la situation thérapeutique se présente

La décision est donc prise de manière anticipée, avant que survienne la maladie ou l'accident

Si les directives anticipées représentent une chance de communiquer ses volontés, cela constitue aussi une décision difficile à prendre car elle oblige la personne à envisager des sujets délicats, comme sa propre mort ou la maladie, sujets auxquels vous n'avez pas forcément envie de penser lorsque vous êtes en bonne santé.

En plus de l'adoption d'instruction sous la forme de directives anticipées, il est conseillé de désigner un représentant thérapeutique. Il s'agit d'une personne qui bénéficie de votre confiance et qui, au cas où vous perdriez votre discernement, pourra vous représenter et consentir ou non, aux soins de santé qui vous seraient proposés par les professionnels de la santé

Quel peut être le contenu des directives anticipées ?

C'est vous qui en déterminez le contenu. Vous pouvez par exemple, demander à bénéficier de mesures palliatives adéquates en cas de douleurs, ou encore refuser toute mesure diagnostique ou thérapeutique à partir du moment où vous êtes mourant/e ou victime d'une atteinte cérébrale

Si vos directives sont claires et précises, elles lient le médecin, qui doit les respecter. Si elles sont plus générales (indications de valeurs, convictions, croyances), elles ont pour effet d'orienter votre représentant ou le médecin sur la manière dont vous souhaitez être soigné/e.

Comment s'y prendre ?

Il suffit de remplir un ou plusieurs des formulaires proposés ou de rédiger vous-même un document dans lequel vous indiquez le contenu de vos directives et/ou désignez un représentant thérapeutique. Le document doit être daté et signé de votre main

Comment s'assurer que vos volontés seront connues le moment venu ?

Vos directives anticipées doivent être remises aux personnes qui auront le pouvoir de prendre des décisions pour vous, au cas où vous perdriez votre discernement. Il est aussi conseillé d'en remettre un exemplaire (copie) à votre représentant thérapeutique et à votre médecin. Il est, en outre, judicieux d'en conserver un exemplaire dans votre dossier de soins

Il est important de tenir une liste des personnes et institutions auxquelles vous aurez remis un exemplaire de vos directives anticipées et/ou communiqué le nom de la personne qui vous représente en matière médicale. Cette liste vous sera indispensable le jour où vous choisirez de mettre vos directives à jour ou de les annuler



For Directives anticipées

Comment modifier vos volontés ?

Les directives anticipées peuvent être annulées ou modifiées en tout temps. Il en va de même des pouvoirs conférés au représentant thérapeutique. Il est alors indispensable de se procurer et de détruire la précédente version, ainsi que toutes les copies, de manière à ce que vos proches, les médecins, les institutions, etc. soient en possession du document reflétant la dernière volonté exprimée



For Directives anticipées

1. M/Mme a sa capacité de discernement afin de rédiger ses directives anticipées

- oui
 non

Date : Signature du médecin traitant :

2. Je désire rédiger mes directives anticipées

- oui
 non

Date : Signature du résident :

3. Désignation d'un représentant thérapeutique

Par la présente, je délègue mon médecin, ses auxiliaires, ainsi que les autres professionnels de la santé de leur secret professionnel, afin qu'ils puissent informer complètement et de manière appropriée la personne qui me représente

La personne qui me représente exerce son pouvoir avec toute la diligence requise

- Elle respecte mes directives anticipées dans leur dernière version. Lorsque se présente une situation que je n'ai pas envisagée, elle recherche ma volonté hypothétique (en s'inspirant en particulier des valeurs manifestées dans mes directives) et tient compte de mon intérêt objectif
- Je n'ai pas de directives anticipées. La personne qui me représente exerce son pouvoir en recherchant ma volonté hypothétique et en tenant compte également de mon intérêt objectif

L'activité déployée par la personne qui me représente est fournie gratuitement

En cas d'incapacité de discernement, je confère à

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphones :

le droit de me représenter pour toute décision en matière de soins de santé

Subsidiairement, si M/Mme.....ne peut pas me représenter, je confère à

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphones :

le pouvoir de me représenter pour toute décision en matière de soins de santé

Lieu et date

Signature
du mandant

Signature
du mandataire

Signature du mandataire
désigné à titre subsidiaire



For Directives anticipées

4. Directives anticipées

Je souhaite indiquer ici mes valeurs, convictions, croyances afin que les soins pour lesquels je n'ai pas pris de décision spécifique puissent être envisagés dans le respect de ma volonté hypothétique

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si je suis victime d'une atteinte cérébrale extrême entraînant la perte permanente et irréversible de mes facultés de communication (état végétatif persistant, maladie cérébrale dégénérative grave à un stade avancé) ou si je suis mourant/e

Je souhaite être hospitalisé/e et que des mesures soient prises à des fins diagnostiques ou thérapeutiques afin de préserver ma vie, qu'elles soient lourdes et invasives ou douces et simples

oui non

Je souhaite être réanimé/e

oui non

Je souhaite tout apport artificiel de liquide et de nourriture (entéral ou parentéral)

oui non

Médecine palliative

Je souhaite bénéficier des mesures palliatives adéquates m'assurant un confort optimum (soins, physiothérapie, ergothérapie ...) en particulier en cas de douleurs, souffrance respiratoire ou souffrance psychique (angoisses, humeur gravement dépressive)

même si ces mesures sont susceptibles d'altérer ma conscience

à condition que ces mesures n'altèrent pas ma conscience

Je consens à recevoir des soins de la médecine palliative en sachant que dans les situations de fin de vie, l'administration de ces médicaments peut avoir indirectement pour effet d'abrèger le cours de ma vie

Je ne souhaite pas recevoir de soins de la médecine palliative

Lieu et date :

Signature :



For Directives anticipées

5. Respect de mes volontés après mon décès

Par la présente, je souhaite que soient respectées les volontés suivantes :

Cérémonie religieuse

Je suis de religion..... et souhaite que mes convictions religieuses soient respectées. Si cela est possible, j'aimerais que la cérémonie

soit célébrée par (nom et adresse)

.....
.....
.....
.....

soit célébrée dans le lieu de culte suivant

.....
.....

Je souhaite que les rites suivants soient respectés

.....
.....
.....
.....

Je souhaite qu'aucune cérémonie religieuse ne soit organisée

Inhumation

Je souhaite que l'inhumation de mon corps ait lieu de la façon suivante

Enterrement Lieu :.....

Incinération

6. Dispositions particulières

.....
.....
.....
.....

Ce document a été rédigé avec l'aide de M/Mme.....

Il sera disponible dans :

- Le dossier de soins
- Le dossier administratif
- Le/s représentant/s thérapeutique/s
- Le médecin traitant
- Autres :.....

.....

Lieu et date :

Signature :