



La directive anticipée

La directive anticipée est un document écrit contenant vos volontés quant aux soins médicaux et palliatifs que vous désirez ou ne désirez pas recevoir, pour le cas où vous seriez incapable de les exprimer ou plus en mesure de prendre des décisions pour vous-même.

A part la **signature et la date**, il n'existe aucune forme ou formalité spécifique en ce qui concerne la rédaction de votre directive anticipée. Vous pouvez la préparer à votre guise et y mettre les éléments que vous jugez pertinents. Vous pouvez même le faire sous la forme d'une **simple lettre**.

Généralement, la directive anticipée porte sur deux aspects : **l'aspect lié aux traitements et l'aspect lié au soulagement de la douleur**. Vous pouvez indiquer votre refus que le personnel médical entreprenne ou poursuive un traitement qui prolonge votre vie artificiellement ou qui constitue, selon vous, de l'acharnement thérapeutique. Ensuite, vous pouvez traiter de l'aspect lié au soulagement de la douleur. À cet égard, vous pouvez indiquer que vous voulez que l'on soulage vos douleurs même si cela a pour conséquence d'abrèger votre vie ou, au contraire, que le personnel médical limite son intervention palliative.

Pour les personnes qui préfèrent un **formulaire**, il existe de nombreux formulaires, chacun ayant ses points forts et ses points faibles, certains étant très complets, mais complexes, d'autres médicalement très compliqués.

Après analyse de nombreux formulaires, nous avons choisi un '**formulaire de directive anticipée**'* assez simple et compréhensible. Il comprend vos données personnelles et 4 options que nous avons estimées pertinentes.

A vous de choisir une seule de ces options :

- :: **Option 1 :**
laisser l'équipe médicale ou la famille décider le moment venu
- :: **Option 2 :**
votre prolongation de vie est votre priorité
- :: **Option 3 :**
refuser tout traitement qui prolonge la vie
- :: **Option 4 :**
donner plein pouvoir à votre personne de confiance le moment venu

*



Nous vous proposons notre formulaire à la fin de cet article

Explications de notre formulaire

Option 1:

laisser l'équipe médicale ou la famille décider le moment venu

En choisissant cette option, vous indiquez que vous préférez ne pas donner d'instructions quant aux soins médicaux en votre fin de vie. Vous laissez entièrement le choix à l'équipe médicale et/ou à votre famille.

Option 2:

votre prolongation de vie est votre priorité

En choisissant cette option, vous indiquez qu'il faut tout faire pour prolonger votre vie aussi longtemps que possible dans la limite du médicalement raisonnable.

En ce qui concerne le soulagement de la douleur par un traitement qui risque de raccourcir la vie, vous l'acceptez ou le refusez, au choix.

Option 3:

refuser tout traitement qui prolonge la vie

En choisissant cette option, vous prenez la décision de refuser tout traitement qui prolonge votre vie. Ces mesures de maintien de vie comprennent la réanimation cardio-pulmonaire, la respiration artificielle, la dialyse, l'alimentation artificielle, l'hydratation par voie veineuse et tout médicament soutenant les fonctions vitales ainsi que les antibiotiques.

Cependant, vous souhaitez recevoir un traitement de confort, c'est-à-dire un traitement visant à diminuer vos souffrances. Vous savez et acceptez que ce traitement puisse abrégé votre vie.

Option 4:

donner plein pouvoir à votre personne de confiance le moment venu

Si vous choisissez cette option, vous ne donnez pas d'instructions précises par écrit quant aux traitements médicaux et soulagement de la douleur. En fait, le moment venu, ce sera votre personne de confiance qui prendra toutes les décisions, en accord avec vos souhaits et les instructions que vous lui avez donnés à l'avance.

Au cas où vous vous retrouviez dans une situation non prévue à l'avance, la personne de confiance pourra examiner et prendre en considération toutes les données avant de prendre une décision susceptible d'être le plus conforme à vos desiderata. Evidemment, cette option implique que vous devez très bien expliquer à votre personne de confiance votre éthique de fin de vie et vous devez vous assurer qu'elle a bien compris vos convictions et valeurs.

Remarque : Quelle que soit l'option choisie, il est toujours bien de désigner une personne de confiance. Car c'est elle qui veillera au respect de vos volontés.

Vous pouvez modifier ou annuler votre directive anticipée tant que vous êtes capable de discernement.

La mise à jour de votre directive anticipée

Une directive anticipée peut être changée tout au long de votre vie (du moins, si vous êtes toujours capable de discernement), car vos convictions ou valeurs peuvent aussi changer au cours des années.

Une mise à jour est certainement nécessaire lors des changements d'adresses de votre personne de confiance, de votre médecin, voire de vous-même.

Mais parfois des changements dans la vie comme un divorce ou la mort d'un proche sont propices à des changements. Parfois le diagnostic d'une maladie ou la détérioration de votre état de santé peuvent affecter votre directive (les 5 D : Divorce, Détérioration de votre état de santé, Diagnostic, Décès, Dix ans de plus).

Tout amendement que vous apportez à votre directive anticipée doit être consigné par écrit, daté et signé.

Ma directive anticipée

selon la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement de fin de vie.

Cette directive anticipée est valable pour le cas où je ne serais plus en mesure de prendre des décisions concernant mes traitements médicaux et d'exprimer ma volonté.

1. DONNÉES PERSONNELLES

a. Mes données

Nom et prénom :

Date de naissance :

Matricule :

Adresse :

b. Mon médecin traitant

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. :

c. Ma personne de confiance

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. /GSM :

Email :

d. Ma personne de confiance suppléante (au cas où la personne de confiance ne serait pas disponible)

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. /GSM :

Email :

Mon médecin traitant et les personnes désignées « personne de confiance » sont informées de ma directive anticipée.

Ma personne de confiance veillera au respect de mes volontés. Je demande aux médecins et au personnel soignant de lui faire part de toutes les informations utiles en la matière. Je libère l'équipe médicale et soignante du secret médical envers elle.

2. DIRECTIVES CONCERNANT LES SOINS MÉDICAUX

Voici 4 options possibles : **vous devez choisir une seule des 4 options proposées !**

Option 1 Laisser l'équipe médicale ou la famille décider le moment venu

- ☐ Je ne fais aucun choix concernant le déroulement de ma fin de vie.

Option 2 Votre prolongation de vie est votre priorité

- ☐ **Je veux des traitements soutenant mes fonctions vitales.**

Peu importe mon état ou mon pronostic, je veux que mon équipe soignante fasse tout son possible afin de prolonger ma vie aussi longtemps que possible dans la limite du médicalement raisonnable.

Cette option s'applique pour une ou les situations suivantes :

- ☐ Je suis mourant et il est peu probable que j'aille mieux.
- ☐ Je suis dans un état végétatif permanent (coma).
- ☐ Je ne reconnais plus ma famille et il est peu probable que mon état va s'améliorer (démence à un stade avancé).
- ☐ Je suis en phase terminale d'une maladie incurable (cancer, insuffisance cardiaque, etc.).
- ☐ Je ne peux pas communiquer (inconscient et/ou incapable de m'exprimer) et il est peu probable que mon état s'améliore.

En ce qui concerne le soulagement de la douleur par un traitement qui risque de raccourcir ma vie :

- ☐ je l'accepte ☐ je le refuse

Option 3 Refuser tout traitement qui prolonge la vie

- ☐ **Je refuse tout traitement et examen visant à prolonger ma vie**, y compris une alimentation ou une hydratation par sonde, une respiration artificielle, des antibiotiques, une réanimation cardio-pulmonaire, une dialyse, des traitements médicamenteux soutenant les fonctions vitales. Mais j'accepte les soins de confort, c'est-à-dire un traitement visant à diminuer ma souffrance, et ce, même au risque d'abrèger ma vie.

Cette option s'applique pour une ou les situations suivantes :

- ☐ Je suis mourant et il est peu probable que j'aille mieux.
 - ☐ Je suis dans un état végétatif permanent (coma).
 - ☐ Je ne reconnais plus ma famille et il est peu probable que mon état va s'améliorer (démence à un stade avancé).
 - ☐ Je suis en phase terminale d'une maladie incurable (cancer, insuffisance cardiaque, etc.).
 - ☐ Je ne peux pas communiquer (inconscient et/ou incapable de m'exprimer) et il est peu probable que mon état s'améliore.
- ☐ Je refuse d'être hospitalisé, sauf si cela permet d'améliorer la qualité des soins de support (soins palliatifs).



Option 4 Donner plein pouvoir à votre personne de confiance le moment venu

- ☐ **Je choisis de laisser les décisions quant aux conditions, à la limitation et à l'arrêt du traitement à ma personne de confiance.**

Au cas où je ne serais plus en mesure de prendre des décisions concernant mes traitements médicaux et d'exprimer ma volonté, je choisis de donner plein pouvoir de décision à ma personne de confiance (ou à la personne de confiance suppléante) et à elle seule. J'ai discuté longuement avec ma personne de confiance au sujet de mes volontés de fin de vie. J'ai confiance en elle pour prendre les décisions relatives à mes volontés.



3. MES SOUHAITS POUR MA FIN DE VIE

Je me sens bien dans les situations suivantes (p.ex. musique, odeurs, visites, soins corporels, contacts, nourriture, présence de la famille, etc.) :

Ce que je n'aime vraiment pas (manière d'être couché dans mon lit, contact physique, contacts sociaux, etc.) :

Ce que je désire vraiment (encadrement spirituel, etc.) :

4. MES SOUHAITS APRÈS MA MORT

Je suis donneur d'organes : ☐ oui ☐ non

Mes obsèques et funérailles

A vous de réfléchir si vous souhaitez être enterré ou incinéré, quel type de cérémonie funéraire vous souhaitez, etc.

Je soussigné (e),

déclare que la présente directive anticipée a été réalisée de manière personnelle et libre, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés mentales.

Lieu et date:

Signature:

La durée de validité de la directive anticipée n'étant pas fixée par la loi, la présente directive restera en vigueur tant que je ne l'aurai pas modifiée ou annulée.