

DIRECTIVES ANTICIPÉES

NOUS SOMMES TOUS CONCERNÉS !

Les directives anticipées vous permettent de faire part à votre entourage des conditions que vous avez choisies pour votre fin de vie, en ce qui concerne la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements ou d'actes médicaux pour le cas où vous vous trouveriez en situation de ne plus pouvoir exprimer vos volontés (du fait d'une situation de coma ou d'un état végétatif irréversible).

C'est un droit depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, renforcé par la loi du 2 février 2016.

Une fois rédigées et signées, vos directives sont valables sans limite de temps.

De même, vous pouvez les modifier ou les révoquer à tout moment.

En effet, le contenu de vos directives s'inscrit dans le cadre d'un dialogue continu avec votre médecin, en fonction de l'évolution de votre état de santé.

Si vous êtes dans l'impossibilité de les rédiger en personne, vous pouvez superviser un tiers pour cela, en présence de deux témoins¹. Votre personne de confiance peut être votre témoin ou le rédacteur de vos directives².

Vous pouvez confier une copie de vos directives à votre personne de confiance ou à vos proches. Ces derniers pourront en effet être consultés quant à la limitation ou à l'arrêt des traitements.

Vos directives anticipées prévalent sur tout autre avis non médical, y compris celui de votre personne de confiance.

Toutefois, le médecin reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations que vous aurez exprimées, en fonction de votre situation et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

Vos directives seront conservées dans votre dossier médical constitué par votre médecin traitant personnel, ou - en cas d'hospitalisation - dans le dossier médical de l'établissement de santé choisi.

1. Vous trouverez ci-après un formulaire de désignation de vos témoins

2. Vous trouverez ci-après un formulaire vous permettant de désigner votre personne de confiance



DANS L'IMPOSSIBILITÉ D'ÉCRIRE ET DE SIGNER CE DOCUMENT,

Je demande à deux témoins d'attester que je demeure en capacité d'exprimer mes souhaits et que ce document traduit bien l'expression de mes volontés.

PREMIER TÉMOIN

Je soussigné(e),

Madame / Monsieur Nom _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité spécifique _____

Atteste que les directives anticipées exprimées dans ce document relatent bien les volontés de :

Madame / Monsieur Nom _____ Prénom _____

Fait à _____ le _____ Signature du premier témoin :

DEUXIÈME TÉMOIN

Je soussigné(e),

Madame / Monsieur Nom _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité spécifique _____

Atteste que les directives anticipées exprimées dans ce document relatent bien les volontés de :

Madame / Monsieur Nom _____ Prénom _____

Fait à _____ le _____ Signature du deuxième témoin :

MODIFICATION / ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e),

Madame / Monsieur Nom _____ Prénom _____

Déclare modifier mes directives anticipées comme suit :

Déclare annuler mes directives anticipées.

Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à _____ le _____ Signature :