

Modèles de DIRECTIVES ANTICIPÉES, PERSONNE DE CONFIANCE

Ce modèle est destiné à vous aider à réfléchir, à vous donner des idées, vous choisissez ce qui vous convient et éliminez le reste...vous ajoutez ce que vous voulez...

CONSIGNES par rapport à la loi actuelle dite « Leonetti »

Papiers libres, donc à écrire à la main de préférence (papier libre), et/ou signé de deux témoins

Vous pouvez les déposer chez votre notaire ou votre avocat (non obligatoire). Lorsque vous aurez rédigé vos directives et la nomination de votre personne de confiance (2 papiers indépendants pour la loi), **faites-en des photocopies, que vous pouvez vous-même certifier conformes, à distribuer à tous vos médecins (pièce essentielle de votre dossier médical), vos proches, et bien sûr, vos personnes de confiance.**

Directives à renouveler tous les 3 ans (si inchangées, nouvelle signature et date suffisent, sinon, conserver les anciennes qui montrent votre évolution) . Possibilité de les modifier à tout moment.

Comment vouloir que nos choix de santé, de fin de vie, de position par rapport aux traitements ou soins proposés habituellement en fin de vie, soient respectés si nous ne les faisons pas connaître, par écrit, et ne les confirmons pas par réitération (ou modifiables à tout moment).

Notre civilisation est celle de l'écrit, la parole donnée ne compte plus... dommage sans doute, mais c'est ainsi... La plupart des médecins qui nous soigneront à l'hôpital ne nous auront jamais vu avant ... ils ne nous connaissent pas... seul moyen pour eux de nous connaître : nos écrits... il sera peut-être trop tard pour DIRE et ils n'ont pas le temps de nous écouter... et en cas de problème, il leur faut des preuves écrites de nos volontés.

De plus en plus d'EHPAD demandent à leurs usagers d'écrire une courte histoire de leur vie, pour justement faire plus rapidement connaissance, et surtout connaître votre philosophie de vie, donc votre position par rapport à la maladie et la mort... Tout le monde peut le faire... et c'est souhaitable pour que nos médecins nous connaissent plus facilement.. ils trouvent plus facilement le temps de lire votre papier (deux pages maxi) que de vous écouter...

On constate dans les pays du Benelux que moins de 2% des mourants veulent choisir leur mort volontairement... rien d'étonnant, l'être humain se cramponne à la vie... même quand on sait que tout est perdu. Par contre, la plupart refuse un acharnement médical curatif ou palliatif (palliativiste!) et des souffrances inutiles...

Respecter nos directives anticipées (pour notre fin de vie) signifie :

- ⊙ **respecter ceux qui espèrent le miracle** contre toute raison, et veulent l'acharnement médical pour les faire vivre artificiellement (et acceptent en contre-partie de servir de cobaye pour la science)
- ⊙ **respecter ceux qui veulent qu'on les laisse souffrir**, par conviction (pour gagner le paradis ou autre)
- ⊙ **respecter ceux qui veulent qu'on les laisse mourir, mais qu'on ne les laisse pas souffrir**, sans s'occuper du temps que cela prendra mais qui demandent qu'on cesse toute autre médication que celle destinée à soulager les souffrances de l'agonie (sédation) pour ne pas jouer des prolongations inutiles
- ⊙ **respecter ceux qui demandent de l'aide pour une interruption volontaire de vie : IVV**, parce qu'ils n'ont pas les moyens de se suicider seuls en douceur, et qu'ils veulent être accompagnés jusqu'à la fin de leur vie.

Toutes ces positions correspondent à des philosophies différents, voire opposées, naturelles, qui existent depuis des millénaires, et qui demandent toutes à être respectées par une loi de la République laïque...

Un modèle que nous vous proposons d'après:

- ⊙ ceux de la loi actuelle qui interdit l'acharnement et demande le soulagement des souffrances aux médecins français (code de la santé article L1110-5), malheureusement trop souvent inappliquée...
- ⊙ ceux de services de soins palliatifs à l'hôpital
- ⊙ ceux d'associations étrangères (belge, suisse, australienne, etc...) qui posent un certain nombre de questions

Vous choisirez modifierez et/ou éliminerez ce que vous voudrez selon vos croyances

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je,
soussigné(e),.....
.....

née le : à âge :

n° sécu.....mutuelle et votre n° :..... ;

Adresse:.....

.....

.....

.....

Courriel:Téléphones:

.....

déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés:

Si ma santé subit une dégradation irréversible, diminuant très fortement mes facultés intellectuelles et physiques, me mettant hors d'état de poursuivre une vie digne selon mes propres critères* , sans souffrances morales ni physiques, suite à maladies, accident ou vieillesse, de façon incurable dans l'état actuel de la science, et hors d'état d'exprimer ou de soutenir ma volonté,

JE DEMANDE:

- ⌚ que ma personne de confiance soit contactée le plus rapidement possible, qu'elle ait accès à mon dossier médical,
- ⌚ qu'on n'entreprenne ni ne poursuive aucun acte de prévention, investigation, traitement ou soins qui aurait pour effet la prolongation de ma vie, sans respecter ma dignité telle que je la définis plus loin (*y compris ce qui est demandé aux médecins dans l'article L 1110-5 du code de la santé publique*)
- ⌚ que l'on soulage efficacement mes souffrances morales et physiques selon mes volontés y compris si ceci pourrait abrégé mon existence (*soulagement des souffrances demandé aux médecins dans l'article L 1110-5 du code de la santé publique, la loi le permet*)
- ⌚ que l'on m'aide à mourir en douceur ... **et le plus vite possible (ou non)** (*pratique médicale autorisée pour le moment uniquement par sédation partielle (avec réveils) ou continue (sans réveils), relativement lente : de 24h à 6 semaines environ), dans le but de soulager mes souffrances morales et physiques. M Leonetti recommande 48h maximum.*)

JE DEMANDE AUX MÉDECINS DE RESPECTER MA VOLONTÉ SIGNIFIÉE DANS CES DIRECTIVES, COMME LA LOI LE PREVOIT.

POUR MIEUX ME CONNAITRE ET COMPRENDRE MON CHOIX: PRÉCISIONS PERSONNELLES:

UNE VIE DIGNE EST POUR MOI INDISSOCIABLE des capacités humaines suivantes(même aidées) :

(choisir : vous n'êtes pas obligé de tout mettre, chacun décide de son goût de la vie)

par rapport aux 5 sens :

voir, entendre, sentir (goût), sentir (odorat), toucher (sens tactile),

par rapport à la communication avec les autres :

bouger, sortir, parler, entendre, écrire, lire, ressentir des émotions, reconnaître mes proches,

par rapport à mon intimité :

faire ma toilette, m'habiller, me faire mes repas, manger seul

le degré d'autonomie que je souhaite conserver :

je pense pouvoir m'adapter aux handicaps suivants :

mais pas des manques de capacités suivants :.....

MA PHILOSOPHIE DE VIE, MES CROYANCES PAR RAPPORT À MA MORT SONT :.....

MA VIE SOCIALE ACTUELLE :

Inclure : seul/ entouré/isolé par rapport à amis, famille.....

possibilité d'aide familiale :.....

possibilité d'aide amicale :

relations familiales : bonnes/mauvaises, distantes/proches géographiquement, selon les personnes.....

associations :

MES REVENUS mensuels (ou capacités financières) : par rapport aux besoins d'aide à financer

L'HISTOIRE DE VIE, succinctement :

MES SOUHAITS EXPRIMES POUR MA FIN DE VIE :

| | | |
|---|-----|-----|
| Aide à l'interruption volontaire de vie (suicide assisté ou euthanasie directe) : | oui | non |
| Laisser mourir, sans laisser souffrir ni moralement, ni physiquement, donc avec sédation continue | oui | non |
| <i>Dans ce cas : laisser durer l'agonie</i> | | |
| moins de 2h | oui | non |
| moins de 48h | oui | non |
| moins d'une semaine | oui | non |
| moins d'un mois | oui | non |
| dons d'organe ou de tissus | oui | non |
| La seule solution pour continuer à vivre est l'EHPAD ou l'hôpital, j'accepte | oui | non |
| Je préfère mourir chez moi ou chez un proche (sinon hôpital ou EHPAD) | oui | non |
| ACCOMPAGNEMENT SOUHAITÉ avant la mort : | | |
| Médecin traitant avec soins palliatifs ordinaires | oui | non |
| Soins palliatifs institués (hospitaliers, à domicile ou à l'hôpital) | oui | non |
| Famille (préciser qui vous souhaitez et qui vous refusez) | oui | non |
| Autres proches (préciser) | oui | non |
| Pas d'accompagnement | oui | non |

PAR RAPPORT AUX SOINS/TRAITEMENTS QUI POURRAIENT ÊTRE PROPOSÉS :

| | | |
|---|-----|-----|
| TECHNIQUES ARTIFICIELLES acceptées ou refusées : | | |
| Transfert vers un service de réanimation | oui | non |
| respiration artificielle (avec une machine qui aide ou remplace ma respiration , avec oxygène) | oui | non |
| réanimation cardio-respiratoire en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle , massage cardiaque, choc électrique, ... | oui | non |
| Trachéotomie | oui | non |
| alimentation artificielle par sonde gastrique ou dispositif intraveineux | oui | non |
| hydratation artificielle par perfusion | oui | non |
| rein artificiel (hémodialyse) | oui | non |
| transfusion sanguine (poches de sang) | oui | non |
| opération chirurgicale | oui | non |
| radiothérapie | oui | non |
| chimiothérapie | oui | non |
| Autres techniques ou médicaments qui prolongent la vie | oui | non |

Rédigé leà

signature :.....

Renouvelé leà.....

signature

**Modèle de
DÉSIGNATION DE MA PERSONNE DE CONFIANCE**

JE DÉSIGNE COMME PERSONNE DE CONFIANCE, conformément à l'article 1111-6 du code de la santé publique, la personne suivante, qui a accepté cette désignation et est en possession de mes directives anticipées, qu'elle s'est engagée à défendre. Elle devra avoir accès à mon dossier médical, pour mieux cerner la situation (pas d'espoir de retour à une vie digne pour moi), y compris si je ne peux plus m'exprimer, et sera chargée de veiller au respect de mes volontés et de mes droits:

Nom, prénom:
né(e) leà.....
Téléphone(s):.....e-mail:
Adresse :
.....
.....

Lien : Néant / Conjoint(e) / Compagnon-compagne/ Enfant / Autre à préciser :
.....

OU, à défaut, si elle se trouvait indisponible:

Nom, prénom:
né(e) leà.....
Téléphone(s) :
e-mail:
Adresse :
.....

Lien : Néant / Conjoint(e) / Compagnon-compagne/ Enfant / Autre à préciser :

(facultatif : accepte le mandat qui m'est confié + date et signature):

remarque : vous pouvez nommer d'autres remplaçants, mais la loi ne prévoit actuellement qu'UNE personne de confiance, vous ne pouvez donc pas être sûr que le

médecin accepte de les écouter, il a le droit de refuser toute autre personne que la première personne désignée)

Je décharge ma personne de confiance, les médecins et soignants me traitant et mon entourage de toute responsabilité de ma mort, s'ils ont agi en conformité avec mes directives anticipées, dans le respect de ma liberté et de ma dignité, selon la déclaration des Droits de l'Homme (et de la femme) adoptée par les Nations Unies.

J'ai vécu de façon responsable, je tiens à être seul(e) responsable de mon choix de fin de vie.

PERSONNES A PREVENIR :

ma personne de confiance et son remplaçant : voir nomination de ma personne de confiance

mon médecin traitant :

mes proches (indiquer le lien) (nom et coordonnées) :.....
.....
.....
.....

association:

rédigé leà

signature:

Cette nomination est valable pour la vie qui me reste, tant qu'elle n'est pas modifiée.