

Interdisciplinarité – Défi et chance du nouveau droit de protection des mineurs et des adultes
Journées d'étude des 8 et 9 septembre 2010 à Fribourg

Atelier 2

Les nouveaux instruments : « Mandat pour cause d'inaptitude » et « directives anticipées » : forme, contenu et effets

Audrey Leuba, Dr iur., Professeur ordinaire à l'Université de Genève, Faculté de droit
Corinne Reynard Clausen, assistante social HES, Pro Senectute canton du Valais

Le code civil s'enrichira bientôt d'un nouvel instrument, le mandat pour cause d'inaptitude, et réglera au niveau fédéral les directives anticipées, déjà connues de la pratique et des législations sanitaires cantonales depuis quelques années.

L'atelier commencera par une brève présentation des nouvelles dispositions légales et la mise en évidence des défis que constitue l'adoption de mesures personnelles anticipées pour leur auteur ainsi que pour l'assistant social qui l'accompagne dans cette démarche. Au travers d'une série de petits cas pratiques, l'accent sera ensuite mis sur la forme, le contenu, les limites et les effets de ces instruments.

Annexes:

- Dispositions légales concernées (nArt. 360-381 CC)
- Directives anticipées FMH
- Directives anticipées Pro Mente Sana
- Directives anticipées Pro Senectute

A la suite des journées, les documents relatifs à l'atelier seront disponibles pour téléchargement sur www.copma.ch - actualités – Journées d'étude 2010

Code civil suisse

(Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation)

Modification du 19 décembre 2008

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du 28 juin 2006¹,
arrête:*

I

1. La troisième partie du deuxième livre du code civil² est modifiée comme suit:

Troisième partie: De la protection de l'adulte

Titre dixième:

Des mesures personnelles anticipées et des mesures appliquées de plein droit

Chapitre premier: Des mesures personnelles anticipées

Sous-chapitre premier:

Du mandat pour cause d'inaptitude

Art. 360

A. Principe

¹ Toute personne ayant l'exercice des droits civils (mandant) peut charger une personne physique ou morale (mandataire) de lui fournir une assistance personnelle, de gérer son patrimoine ou de la représenter dans les rapports juridiques avec les tiers au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

² Le mandant définit les tâches qu'il entend confier au mandataire et peut prévoir des instructions sur la façon de les exécuter.

³ Il peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où le mandataire déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.

¹ FF 2006 6635

² RS 210

Art. 361

B. Constitution
et révocation
I. Constitution

¹ Le mandat pour cause d'inaptitude est constitué en la forme olographe ou authentique.

² Le mandat olographe doit être écrit en entier, daté et signé de la main du mandant.

³ Le mandant peut demander à l'office de l'état civil d'inscrire la constitution et le lieu de dépôt du mandat dans la banque de données centrale. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment en matière d'accès aux données.

Art. 362

II. Révocation

¹ Le mandant peut révoquer le mandat en tout temps dans l'une des formes prévues pour sa constitution.

² Il peut également le révoquer par la suppression de l'acte.

³ Le mandat pour cause d'inaptitude qui ne révoque pas expressément un mandat précédent le remplace dans la mesure où il n'en constitue pas indubitablement le complément.

Art. 363

C. Constatation
de la validité et
acceptation

¹ Lorsque l'autorité de protection de l'adulte apprend qu'une personne est devenue incapable de discernement et qu'elle ignore si celle-ci a constitué un mandat pour cause d'inaptitude, elle s'informe auprès de l'office de l'état civil.

² S'il existe un mandat pour cause d'inaptitude, elle examine:

1. si le mandat a été constitué valablement;
2. si les conditions de sa mise en œuvre sont remplies;
3. si le mandataire est apte à le remplir;
4. si elle doit prendre d'autres mesures de protection de l'adulte.

³ Si le mandataire accepte le mandat, l'autorité de protection de l'adulte le rend attentif aux devoirs découlant des règles du code des obligations³ sur le mandat et lui remet un document qui fait état de ses compétences.

Art. 364

D. Interprétation
et complètement

Le mandataire peut demander à l'autorité de protection de l'adulte d'interpréter le mandat et de le compléter sur des points accessoires.

Art. 365

E. Exécution

¹ Le mandataire représente le mandant dans les limites du mandat pour cause d'inaptitude et s'acquitte de ses tâches avec diligence et selon les règles du code des obligations⁴ sur le mandat.

² S'il y a lieu de régler des affaires qui ne sont pas couvertes par le mandat ou s'il existe un conflit d'intérêts entre le mandant et le mandataire, celui-ci sollicite immédiatement l'intervention de l'autorité de protection de l'adulte.

³ En cas de conflit d'intérêts, les pouvoirs du mandataire prennent fin de plein droit.

Art. 366

F. Rémunération et frais

¹ Lorsque le mandat pour cause d'inaptitude ne contient pas de disposition sur la rémunération du mandataire, l'autorité de protection de l'adulte fixe une indemnisation appropriée si cela apparaît justifié au regard de l'ampleur des tâches à accomplir ou si les prestations du mandataire font habituellement l'objet d'une rémunération.

² La rémunération et le remboursement des frais justifiés sont à la charge du mandant.

Art. 367

G. Résiliation

¹ Le mandataire peut résilier le mandat en tout temps, en informant par écrit l'autorité de protection de l'adulte, moyennant un délai de deux mois.

² Il peut le résilier avec effet immédiat pour de justes motifs.

Art. 368

H. Intervention de l'autorité de protection de l'adulte

¹ Si les intérêts du mandant sont compromis ou risquent de l'être, l'autorité de protection de l'adulte prend les mesures nécessaires d'office ou sur requête d'un proche du mandant.

² Elle peut notamment donner des instructions au mandataire, lui ordonner d'établir un inventaire des biens du mandant, de présenter périodiquement des comptes et des rapports ou lui retirer ses pouvoirs en tout ou en partie.

Art. 369

I. Recouvrement de la capacité de discernement

¹ Le mandat pour cause d'inaptitude cesse de produire ses effets de plein droit en cas de rétablissement de la capacité de discernement du mandant.

² Si les intérêts du mandant sont de ce fait compromis, le mandataire est tenu de continuer à remplir les tâches qui lui ont été confiées jusqu'à ce que le mandant puisse défendre ses intérêts lui-même.

³ Le mandant est lié par les opérations que le mandataire fait avant d'avoir connaissance de l'extinction de son mandat, comme si le mandat produisait encore ses effets.

Sous-chapitre II: Des directives anticipées du patient

Art. 370

A. Principe

¹ Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

² Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut donner des instructions à cette personne.

³ Elle peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où la personne désignée déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.

Art. 371

B. Constitution et révocation

¹ Les directives anticipées sont constituées en la forme écrite; elles doivent être datées et signées par leur auteur.

² L'auteur de directives anticipées peut faire inscrire la constitution et le lieu du dépôt des directives sur sa carte d'assuré. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment en matière d'accès aux données.

³ La disposition régissant la révocation du mandat pour cause d'inaptitude s'applique par analogie aux directives anticipées.

Art. 372

C. Survenance de l'incapacité de discernement

¹ Lorsqu'un médecin traite un patient incapable de discernement et qu'il ignore si celui-ci a rédigé des directives anticipées, il s'informe de leur existence en consultant la carte d'assuré du patient. Les cas d'urgence sont réservés.

² Le médecin respecte les directives anticipées du patient, sauf si elles violent des dispositions légales, ou si des doutes sérieux laissent supposer qu'elles ne sont pas l'expression de sa libre volonté ou qu'elles ne correspondent pas à sa volonté présumée dans la situation donnée.

³ Le cas échéant, le médecin consigne dans le dossier médical du patient les motifs pour lesquels il n'a pas respecté les directives anticipées.

Art. 373

D. Intervention de l'autorité de protection de l'adulte

¹ Tout proche du patient peut en appeler par écrit à l'autorité de protection de l'adulte lorsque:

1. les directives anticipées du patient ne sont pas respectées;
2. les intérêts du patient sont compromis ou risquent de l'être;
3. les directives anticipées ne sont pas l'expression de la libre volonté du patient.

² La disposition régissant l'intervention de l'autorité de protection de l'adulte dans le cadre du mandat pour cause d'inaptitude s'applique par analogie aux directives anticipées.

**Chapitre II:
Des mesures appliquées de plein droit aux personnes incapables de discernement**

**Sous-chapitre premier:
De la représentation par le conjoint ou par le partenaire enregistré**

Art. 374

A. Conditions et étendue du pouvoir de représentation

¹ Lorsqu'une personne frappée d'une incapacité de discernement n'a pas constitué de mandat pour cause d'inaptitude et que sa représentation n'est pas assurée par une curatelle, son conjoint ou son partenaire enregistré dispose du pouvoir légal de représentation s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière.

² Le pouvoir de représentation porte:

1. sur tous les actes juridiques habituellement nécessaires pour satisfaire les besoins de la personne incapable de discernement;
2. sur l'administration ordinaire de ses revenus et de ses autres biens;
3. si nécessaire, sur le droit de prendre connaissance de sa correspondance et de la liquider.

³ Pour les actes juridiques relevant de l'administration extraordinaire des biens, le conjoint ou le partenaire enregistré doit requérir le consentement de l'autorité de protection de l'adulte.

Art. 375

B. Exercice du pouvoir de représentation

Les dispositions du code des obligations⁵ sur le mandat sont applicables par analogie à l'exercice du pouvoir de représentation.

Art. 376

C. Intervention de l'autorité de protection de l'adulte

¹ S'il existe des doutes sur la réalisation des conditions de la représentation, l'autorité de protection de l'adulte statue sur le pouvoir de représentation; le cas échéant, elle remet au conjoint ou au partenaire enregistré un document qui fait état de ses compétences.

² Si les intérêts de la personne incapable de discernement sont compromis ou risquent de l'être, l'autorité de protection de l'adulte retire, en tout ou en partie, le pouvoir de représentation au conjoint ou au partenaire enregistré ou institue une curatelle, d'office ou sur requête d'un proche de la personne incapable de discernement.

Sous-chapitre II: De la représentation dans le domaine médical

Art. 377

A. Plan de traitement

¹ Lorsqu'une personne incapable de discernement doit recevoir des soins médicaux sur lesquels elle ne s'est pas déterminée dans des directives anticipées, le médecin traitant établit le traitement avec la personne habilitée à la représenter dans le domaine médical.

² Le médecin traitant renseigne la personne habilitée à représenter la personne incapable de discernement sur tous les aspects pertinents du traitement envisagé, notamment sur ses raisons, son but, sa nature, ses modalités, ses risques et effets secondaires, son coût, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de traitement et sur l'existence d'autres traitements.

³ Dans la mesure du possible, la personne incapable de discernement est associée au processus de décision.

⁴ Le plan de traitement doit être adapté à l'évolution de la médecine et à l'état de la personne concernée.

Art. 378

B. Représentants

¹ Sont habilités à représenter la personne incapable de discernement et à consentir ou non aux soins médicaux que le médecin envisage de lui administrer ambulatoirement ou en milieu institutionnel, dans l'ordre:

⁵ RS 220

1. la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'incapacité;
2. le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical;
3. son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière;
4. la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière;
5. ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
6. ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
7. ses frères et sœurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière.

² En cas de pluralité des représentants, le médecin peut, de bonne foi, présumer que chacun d'eux agit avec le consentement des autres.

³ En l'absence de directives anticipées donnant des instructions, le représentant décide conformément à la volonté présumée et aux intérêts de la personne incapable de discernement.

Art. 379

C. Cas d'urgence En cas d'urgence, le médecin administre les soins médicaux conformément à la volonté présumée et aux intérêts de la personne incapable de discernement.

Art. 380

D. Traitement des troubles psychiques Le traitement des troubles psychiques d'une personne incapable de discernement placée dans un établissement psychiatrique est régi par les règles sur le placement à des fins d'assistance.

Art. 381

E. Intervention de l'autorité de protection de l'adulte

¹ L'autorité de protection de l'adulte institue une curatelle de représentation lorsqu'il n'y a pas de personne habilitée à représenter la personne incapable de discernement ou qu'aucune personne habilitée à le faire n'accepte de la représenter.

² Elle désigne le représentant ou institue une curatelle de représentation lorsque:

1. le représentant ne peut être déterminé clairement;
2. les représentants ne sont pas tous du même avis;

3. les intérêts de la personne incapable de discernement sont compromis ou risquent de l'être.

³ Elle agit d'office ou à la demande du médecin ou d'une autre personne proche de la personne incapable de discernement.



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Dispositions de fin de vie

Nom: Prénom:

Date de naissance: Lieu d'origine:

Domicile: Rue:

Si je devais me trouver dans un état de santé tel qu'il me prive irrémédiablement de mes facultés de jugement et de décision, je veux qu'on s'abstienne de toutes mesures qui ne feraient que prolonger mes souffrances et ma vie. Je désire finir mes jours dans la paix et la dignité.

Si dans une telle situation une décision doit être prise, je demande aux médecins responsables de se mettre en rapport avec les personnes et/ou le médecin ci-après qui ont ma confiance:

Nom, prénom	Adresse précise	Téléphone	Signature
-------------	-----------------	-----------	-----------

Nom, prénom	Adresse précise	Téléphone	Signature
-------------	-----------------	-----------	-----------

Nom, prénom	Adresse précise	Téléphone	Signature
-------------	-----------------	-----------	-----------

Par leur signature, les personnes nommées ci-dessus attestent qu'elles ont pris connaissance de mes dispositions de fin de vie et que je les ai rédigées en toute liberté et en pleine possession de mes facultés intellectuelles.

Lieu et date Signature

.....

.....

(Nous vous prions de **ne pas** envoyer ce document à la FMH)

Elfenstrasse 18, Postfach 170, CH-3000 Bern 15
Telefon +41 31 359 11 11, Fax +41 31 359 11 12
info@fmh.ch, www.fmh.ch

ANNEXE III

DIRECTIVES ANTICIPÉES EN CAS DE TROUBLES PSYCHIQUES – CANEVAS

Ce modèle de directives vous est proposé par Pro Mente Sana, Romandie. Il est indispensable de le remplir personnellement. Il n'est pas nécessaire de vous déterminer sur toutes les rubriques proposées. Il se peut que certaines rubriques ne vous soient pas utiles et que d'autres nécessitent d'être complétées. Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à Pro Mente Sana-Conseils juridiques: Tél. 022 718 78 41; Fax 022 718 78 49; courriel info@promentesana.org

Nom, prénom:

Date de naissance:

Rue:

NPA:

Téléphone:

A l'intention de

.....

.....

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous.

Mon actuelle pleine capacité de discernement est attestée par mon médecin traitant, le Dr

.....

.....

Date:

Signature du médecin traitant:

.....

I. Dispositions d'ordre médical

J'ai sur l'offre thérapeutique en matière psychiatrique les connaissances nécessaires et suffisantes pour élaborer librement ma volonté ainsi que pour l'exprimer valablement et de façon complète. Je déclare être conscient(e) des conséquences des choix que j'exprime ici (*exemple: la prolongation de mon séjour en milieu hospitalier du fait de mon refus de recevoir certains médicaments ou de subir une électrothérapie*) et les avoir dûment prises en compte dans l'élaboration de ma volonté.

La volonté que j'exprime ici doit en tout cas être considérée comme ma volonté présumée en cas de perte de ma capacité de discernement.

Je suis allergique aux substances suivantes:

.....

.....

Je souffre des affections suivantes:

.....

.....

Exemples

- *diabète, asthme, etc.*

Ayant eu des expériences négatives avec les substances/les mesures thérapeutiques suivantes :

1. -----

2. *Exemple : nom du médicament, dosage, par voie orale/par injection.*
3. *Exemple : électrothérapie/enfermement de x jours consécutifs.*

je refuse de me les voir administrer.

Si de telles substances, respectivement de telles mesures thérapeutiques, devaient néanmoins m'être appliquées, je me réserve d'ores et déjà la faculté d'agir par toutes voies de droit.

J'accepte les traitements médicaux et les mesures thérapeutiques suivants, qui me conviennent :

1. -----

2. *Exemple : nom du médicament, dosage, par voie orale/par injection.*
3. *Exemple : électrothérapie/enfermement de x jours consécutifs.*

Désignation d'un ou de plusieurs représentants thérapeutiques

Au cas où je ne serais plus capable de discerner, je désigne la/les personne(s) ci-après comme représentante(s) thérapeutique(s) :

1. Nom, prénom : -----
Téléphone : -----
Adresse : -----
2. Nom, prénom : -----
Téléphone : -----
Adresse : -----

et je souhaite qu'elle/elles soi(en)t immédiatement avisée(s) de mon hospitalisation quelle que soit ma capacité de discernement à ce moment-là. J'autorise mon/mes représentant(s) à s'assurer du respect des présentes directives anticipées ainsi qu'à prendre auprès des médecins tous les renseignements nécessaires à l'accomplissement de sa tâche. A cet effet, je relève tous les médecins de leur secret professionnel envers la/les personne(s) ci-dessus mentionnée(s), pendant la durée de mon incapacité de discernement.

Mon/mes représentant(s) thérapeutique est/sont notamment autorisé(s) à -----

Exemples

- *accepter ou refuser un traitement ou une mesure thérapeutique nouvelle sur lesquels je ne me serais pas déterminé(e) dans les présentes directives ;*
- *décider pour moi de l'entrée ou non dans une clinique ;*
- *accepter ou refuser des interventions (psycho)chirurgicales ou des thérapies ;*
- *agir par toutes voies de droit pour obtenir le respect des présentes directives ;*
- *etc.*

II. Dispositions d'ordre social

Si je devais être placé(e) contre mon gré dans un établissement psychiatrique, je souhaite que l'on contacte les personnes suivantes :

1. Nom, prénom :
Téléphone :
Adresse :

2. Nom, prénom :
Téléphone :
Adresse :

Dans les mêmes circonstances, je refuse que l'on donne les moindres renseignements sur ma présence dans l'établissement ou mon état de santé aux personnes suivantes :

1. Nom, prénom :
Fonction, lien de parenté/amitiés :

2. Nom, prénom :
Fonction, lien de parenté/amitiés :

Je souhaite que mon régime alimentaire soit respecté.

A cet égard je signale que

Exemples

- végétarien, casher, allergies alimentaires, etc.

Désignation d'un(e) représentant(e) social(e)

Au cas où je ne serais plus capable de discernement, je désigne la personne ci-après comme représentant(e) social(e) :

Nom, prénom :

Téléphone :

Adresse :

Pendant mon séjour et tant que dure mon incapacité de discernement/hospitalisation, j'autorise le/la représentant(e) ci-dessus mentionné(e) à prendre contact avec le service social de l'hôpital psychiatrique aux fins d'accomplir les tâches suivantes :

Exemples

- Ouvrir mon courrier, y compris les recommandés, et traiter les affaires qui ne souffrent aucun retard ;
- prendre contact avec mon/ma conjoint(e) pour les affaires financières communes ;
- verser mon loyer à au moyen du compte
- avertir le père/la mère de mon/mes enfant(s)
Nom, Prénom :
Rue :
NPA :
Téléphone :
et/ou préciser le mode de garde de mon/mes enfant(s) ;
- placer mon animal domestique chez
- apporter personnellement tous les soins nécessaires à mon animal domestique ;
- etc.

Je demande par conséquent que l'établissement dans lequel je me trouve fasse tout pour faciliter la tâche à la personne désignée et notamment qu'il la contacte. Pendant toute la durée de mon incapacité de discernement ou d'hospitalisation, je relève également les institutions sociales et/ou établissements publics ou privés suivants de leur devoir de confidentialité sur mes affaires à l'égard du/de la représentant(e) mentionné(e) ci-dessus :

Exemples

- *mon bailleur : régie*
- *ma banque*
- *le service social qui s'occupe de moi, à savoir*
- *l'Office cantonal de l'emploi de*
-
- *ma caisse d'assurance maladie*
-
- *etc.*

III. Modification des directives anticipées

Toute modification des présentes directives anticipées ne peut intervenir que par écrit et à condition qu'une personne de confiance désignée ci-après soit à même de certifier que cette modification est l'expression de ma libre volonté.

Au titre de personnes de confiance, je désigne dans l'ordre :

Exemples

1. *Médecin traitant*
2. *Ami(e), conjoint(e)*
3. *Assistant(e) social(e)*

Lieu, date :

Signature :

IV. Renouvellement des directives anticipées

Je confirme avoir renouvelé les présentes dispositions et en avoir informé mes personnes de confiance/représentants thérapeutiques/représentants sociaux avec accusé de réception.

Lieu, date :

Signature :

Copie de la présente a été donnée à :

Nom, prénom :

Téléphone :

Adresse :

En cas d'incapacité de discernement, je confère à

Nom / Prénom _____

Adresse _____

☎ _____ 📱 _____

@ _____

le pouvoir de me représenter pour

toute décision en matière de soins de santé, y compris l'entrée en institution médico-sociale

seulement les décisions suivantes

(par exemple : administration de soins palliatifs, réanimation en cas d'atteinte cérébrale extrême)

Subsidiairement, si M / M^{me} _____ ne peut me représenter (prédéces, absence, incapacité de discernement, etc.) ou refuse de me représenter, **je confère à**

Nom / Prénom _____

Adresse _____

☎ _____ 📱 _____

@ _____

le pouvoir de me représenter pour

toute décision en matière de soins de santé, y compris l'entrée en institution médico-sociale

seulement les décisions suivantes



François Pont

Désignation d'un représentant thérapeutique

Ce document s'adresse à mon médecin, soignant ou thérapeute

1

Rédigé par

.....
Nom

.....
Prénom

.....
Né(e) le

.....
Adresse complète

.....

.....

.....

.....



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.

Lieu et date

Signature
du mandant

Signature
du mandataire

Signature du mandataire
désigné à titre subsidiaire

- Annexe:** le formulaire 2: «Directives anticipées en matière de soins de santé»



François Pont

Directives anticipées avec un contenu d'ordre général

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

Directives anticipées en matière de soins de santé

Ce document s'adresse
à mon médecin

Directives anticipées avec un contenu spécifique

Dispositions de fin de vie

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 refuse toute mesure diagnostique ou thérapeutique visant à préserver ma vie, qu'elle soit lourde et invasive ou douce et simple

oui non

je refuse toute réanimation

oui non

je refuse tout apport artificiel de liquide et de nourriture (entéral ou parentéral)

oui non

2

Rédigé par

Nom

Prénom

Né(e) le

Adresse complète

Médecine palliative

Je ne souhaite pas recevoir de soins de la médecine palliative

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

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'abrégé le cours de ma vie.

**Directives anticipées
en matière de soins de santé**

Soins de santé particuliers

Dans l'idée que certains soins de santé pourraient m'être un jour recommandés par un professionnel de la santé, je souhaite exprimer à cet égard les volontés suivantes :

Je refuse J'accepte

1

Je refuse J'accepte

2

Je refuse J'accepte

3

Représentant thérapeutique

J'ai désigné un représentant thérapeutique en la personne de M/M^{me} (voir en annexe le formulaire 1 : « Désignation d'un représentant thérapeutique »)

A titre subsidiaire, j'ai désigné un représentant thérapeutique en la personne de M/M^{me} (voir en annexe le formulaire 1 : « Désignation d'un représentant thérapeutique »)

Je n'ai pas désigné de représentant thérapeutique

Lieu et date

Signature

Directives anticipées renouvelées le

Signature

Je confère aux personnes suivantes (Nom et adresse)

le droit de consulter, après mon décès, mon dossier de patient et mon dossier de soins

- entièrement
- entièrement, sous réserve des informations suivantes (par exemple une affection en particulier ou un traitement entrepris)

- uniquement en cas de litige relativement aux soins de santé que j'ai reçus et pour une consultation des seules informations en lien avec ce litige



François Pont

Consultation de mes données personnelles en matière médicale, après mon décès

Ce document s'adresse à mon médecin, soignant ou thérapeute

3

Rédigé par

Nom

Prénom

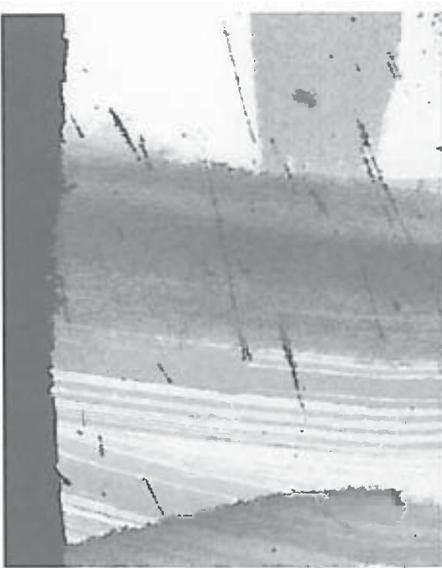
Né(e) le

Adresse complète



Lieu et date

Signature



François Pont

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

Don d'organes

- Je refuse tout don d'organes
- Je consens à donner tous mes organes
- Je consens à faire don de mes organes à l'exception des organes suivants

Directives relatives à mon corps après mon décès

Ce document s'adresse à mon médecin

Autopsie

Si la cause de mon décès n'est pas certaine ou pour permettre à la science médicale de mieux comprendre la maladie dont je souffre

- je consens à une autopsie

Les résultats pourront en outre être communiqués à (nommer les personnes qui pourront avoir accès à ces données)

4

Rédigé par

.....
Nom

.....
Prénom

.....
Né(e) le

.....
Adresse complète

.....

.....

.....

.....

- je refuse une autopsie (en dehors des cas prévus par la loi, par exemple lorsque cela est nécessaire pour l'instruction d'une affaire pénale)

.....
Lieu et date
Signature

