

La déclaration anticipée négative ou comment refuser l'acharnement thérapeutique

Selon le journal du médecin, l'acharnement thérapeutique peut être défini comme « l'application obstinée d'un traitement qui n'apportera plus de bien-être au patient. Un traitement qui prolonge inutilement une vie dont la qualité est devenue trop précaire. Le principe de bienfaisance et de non-malfaisance ne sont plus respectés. Le principe d'autonomie est souvent aussi bafoué, encore que l'acharnement thérapeutique n'ait pas toujours une valeur subjective ».

Avant de ne plus pouvoir nous exprimer, nous pouvons nous opposer à cet acharnement et pour cela nous devons définir clairement les types de soins que nous n'accepterons pas.

Evidemment si nous pouvons nous exprimer, et selon l'art. 8 de la loi relative aux droits du patient, chacun de nous a le droit de consentir librement aux soins mais a aussi le droit de retirer son consentement ou de le refuser.

Cette déclaration anticipée négative doit être idéalement complétée avec l'aide d'un médecin qui pourra commenter les différents traitements proposés et également nous permettre d'ajouter d'autres traitements non spécifiés.

Attention, cette déclaration n'est pas une déclaration anticipée d'euthanasie.

Comme pour toutes les déclarations, un mandataire peut être nommé, différent et prioritaire sur le représentant légal. La durée de validité de la déclaration de volontés relative au traitement est illimitée. Elle peut être modifiée ou supprimée à tout moment. Dans ce cas, il faut évidemment en avvertir les personnes à qui elle a été remise. Pour avoir force juridique, la déclaration anticipée négative doit être datée et reprendre la signature de toutes les personnes qui y sont mentionnées.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION ANTICIPÉE NÉGATIVE (REFUS DE SOINS)

Nom et prénom.....
Adresse complète.....
Numéro d'identification au registre national

Si je ne devais plus être capable d'exprimer ma volonté, je ne souhaite plus de traitement visant à prolonger la vie, mais simplement un traitement de confort.

Je ne veux plus d'examens, sauf dans le cas où ils permettraient d'améliorer mon confort.

De plus, je ne veux pas :

- antibiotiques
- hydratation et nutrition artificielles
- chimiothérapie
- radiation
- opération
- respiration artificielle
- dialyse rénale
- réanimation
- soins intensifs
- hospitalisation
- autre traitement (à compléter) :

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

Le traitement peut se poursuivre en fonction de don d'organes.

Je désigne un **représentant** afin de faire respecter mes souhaits et mes droits, au cas où je ne serais plus en état :

Nom et prénom (du représentant)

Date et lieu de naissance

Numéro d'identification au registre national.....

Adresse complète

.....

Numéro de téléphone/Gsm

Lien de parenté éventuel.....

Le requérant n'est pas en état de rédiger personnellement la déclaration anticipée.
La raison pour laquelle le requérant est physiquement incapable de rédiger et signer cette déclaration anticipée négative est la suivante :

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

Madame/Monsieur.....
a été désigné(e) pour rédiger cette déclaration anticipée négative.

Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

Date et lieu de naissance
Numéro d'identification au registre national.....
Adresse complète
.....
Numéro de téléphone/Gsm
Lien de parenté éventuel.....

Cette déclaration est établie enexemplaires signés qui sont conservés :
.....
.....
.....

Fait à, le

(Chaque signature et date seront complétées du nom et qualité du signataire)

Date et signature du requérant :
.....

Date et signature du représentant :
.....

Date et signature de la personne désignée qui a rédigé la demande anticipée à la place du demandeur :
.....

Facultatif :
Le médecin traitant confirme par sa signature seulement la capacité mentale du demandeur :
.....
Signature, date et cachet :