

# DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉ DE SOINS

POUR LE CAS OU JE SERAIS DANS  
L'INCAPACITÉ D'EXPRIMER MA VOLONTÉ



**Mon identité :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Numéro de téléphone : .....

**Ma personne de confiance :** .....

**Mon mandataire :** .....

**Mon médecin généraliste :** .....

(Cachet)

**Mon médecin spécialiste :** .....

(Cachet)

**J'ai complété les documents suivants :**

- (Page 5) Mes souhaits, valeurs et conceptions personnelles
- (Page 6) Désignation d'une personne de confiance
- (Page 7) Désignation d'un mandataire
- (Page 9) Déclaration de principe, dans le cas où je serais dans l'incapacité d'exprimer ma volonté
- (Page 15) Autres informations importantes pour mon médecin généraliste concernant
  - l'inhumation
  - le don d'organes
  - le don du corps pour la science

En outre, j'ai rempli avec **le médecin traitant** ou avec **l'infirmier de référence** les documents suivants :

- (Page 11) Une déclaration anticipée négative
- (Page 13) Une déclaration anticipée relative à l'euthanasie dans le cas où je serais plongé dans un coma irréversible

Les documents originaux ont été déposés à l'endroit suivant : .....  
Pour des raisons de facilité de lecture, le texte est rédigé au masculin, toutefois l'entièreté des données sont non genrées.

# MA DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉ DE SOINS

## GÉNÉRALITÉS

### **A quoi sert une déclaration anticipée de volonté de soins ?**

En tant que citoyens belges, nous avons la possibilité de définir nos choix en matière de soins de santé selon nos valeurs et nos attentes personnelles, ceci également en de fin de vie. Nous pouvons discuter de nos opinions concernant les soins en fin de vie avec notre famille, nos amis, le personnel soignant et particulièrement avec notre médecin généraliste ou le médecin spécialiste et nous pouvons acter ces considérations dans une déclaration anticipée de volonté de soins.

Une déclaration anticipée de volonté de soins est une déclaration écrite. Elle me donne la possibilité de documenter mes volontés pour le cas où je ne pourrais plus les exprimer, et de désigner un mandataire, qui pourra prendre les décisions à ma place et dans mon intérêt.

Grâce à une déclaration anticipée de volonté de soins, je peux à un moment où je suis encore en possession de toutes mes facultés intellectuelles (raison et volonté) décider des traitements médicaux et ainsi influencer le déroulement de ma dernière phase de vie. Le jour où je ne serais plus capable de décider moi-même des mesures médicales, le médecin doit prendre en considération cette déclaration anticipée de volonté de soins pour l'aider dans sa prise de décision.

Cela peut être particulièrement utile en cas de désaccord entre ces choix du patient et ceux, soit de la famille, soit de l'équipe de soins.

### **Comment et avec qui devrais-je compléter ma déclaration anticipée de volonté de soins ?**

Les pages suivantes peuvent être complétées indépendamment les unes des autres. Si nécessaire, certaines pages peuvent être retirées, sans que cela ne nuise à la valeur de cette déclaration.

De nombreuses personnes désirent compléter déjà anticipativement une partie de la déclaration, en vue de circonstances imprévisibles comme, par exemple,

un coma dû à un accident ou à un AVC. Cette partie peut être complétée avec l'aide d'un centre d'information et des membres de la famille.

La déclaration de volonté anticipée négative (refus de soins) ne devrait être complétée que dans le cas d'un diagnostic d'une maladie mortelle ou à un âge avancé, lorsque je suis en mesure d'avoir une idée concrète d'une situation déjà existante. Avec une déclaration de volonté négative, je refuse certains traitements dans certaines situations particulières. Celle-ci n'est à compléter qu'avec l'aide du médecin généraliste ou du moins de l'équipe soignante, qui pourront donner les explications nécessaires quant aux conséquences possibles.

### **Qu'est-ce une personne de confiance ?**

#### **Qu'est-ce un mandataire ?**

Je donne à la personne de confiance que j'ai désignée, l'autorité de s'informer, également en mon absence, de mon état de santé. La personne de confiance ne peut cependant pas prendre des décisions à ma place.

Le mandataire est la personne qui, dans le cas où je ne pourrais pas exercer mes droits de patient, peut les représenter dans mon intérêt et prendre des décisions à ma place. Si je n'ai pas désigné de mandataire, la loi belge prévoit un mandataire dans mon cercle familial restreint.

### **Qu'est-ce une déclaration de volonté négative ?**

Depuis 2002 le patient possède un droit de consentement, c'est à dire qu'aucun traitement ne peut être entamé ou poursuivi sans le consentement du patient (sauf en situation d'urgence). Par une déclaration de volonté négative, je déclare déjà au préalable refuser certains traitements dans le cas où je ne pourrais plus émettre ma volonté ultérieurement.

### **Quelle est la durée de validité de la déclaration anticipée de soins ?**

Aucun règlement ne fixe la durée de validité d'une déclaration anticipée de soins. Par contre, il est souhaitable de reconfirmer cette déclaration environ tous les 2 à 3 ans par une signature et une date. Le personnel soignant a, dans ce cas, une plus grande certitude que la volonté émise dans la déclaration correspond bien à la volonté actuelle.

### **Dans quelle mesure la déclaration anticipée de volonté de soins est-elle contraignante ?**

Cette déclaration de volonté est contraignante si la situation déterminante se produit dans le cadre de l'évolution naturelle de la maladie et que le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Cette déclaration est un indice important de la volonté du patient. La responsabilité des mesures médicales est au final assumée par le médecin.

### **Où puis-je déposer ma déclaration anticipée de volonté de soins ?**

Il est conseillé de garder l'original de la déclaration à son domicile dans un endroit facilement trouvable. De plus, le médecin traitant, la personne de confiance et/ou le mandataire devraient en avoir une copie. Ces personnes devraient également être informées du lieu où je conserve mon original. Dans le cas d'une modification de la déclaration ou de la révocation du mandataire désigné, il faut veiller à adapter toutes les copies et à en informer les personnes concernées.

Il n'est pas nécessaire de faire enregistrer officiellement cette déclaration auprès de la commune.

## **INFORMATIONS**

### **Contact pour la population**

Avec mon médecin traitant je peux compléter la déclaration anticipée de volonté de soins et en discuter.

En outre, je peux obtenir des conseils et des informations quant aux droits de patients et d'autres brochures concernant la déclaration anticipée de volonté de soins auprès de :

#### **Patienten Rat & Treff**

Aachener Straße 6, 4700 Eupen,  
Tel. : 087/55 22 88, [www.patientenrat.be](http://www.patientenrat.be)

### **Contact pour les professionnels des soins de santé Palliativpflegeverband Ostbelgien**

Hufengasse 65, 4700 Eupen  
Tel. : 087/56 97 47, [www.palliativpflegeverband.com](http://www.palliativpflegeverband.com)

Autres formulaires concernant les droits des patients et les déclarations anticipées :

#### **Ministère de la communauté germanophone**

Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft  
Gospertstraße 1, 4700 Eupen  
Tel. : 087/59 63 00  
[www.ostbelgienlive.be](http://www.ostbelgienlive.be) => Gesundheit =>  
Patientenrechte

#### **Dienststelle der Deutschsprachigen Gemeinschaft für selbstbestimmtes Leben**

Vennbahnstraße 4/4, 4780 St. Vith  
Tel. : 080/22 91 11, [www.selbstbestimmt.be](http://www.selbstbestimmt.be)

# 1. MES SOUHAITS, VALEURS ET CONCEPTIONS PERSONNELLES

Nom et prénom :

.....  
.....

Adresse :

.....  
.....

Numéro de registre national (NISS) :

.....

**Concernant mon droit à l'information, je désire,**

- que les médecins et les personnes qui s'occupent de moi m'informent honnêtement sur l'état et l'évolution probable de ma maladie ;
- que les médecins et les personnes qui s'occupent de moi ne **m'informent pas** sur l'état et l'évolution probable de ma maladie ;
- qu'en cas de maladie grave en stade avancé, on ait un échange sur les mesures de prolongation/maintien de la vie, leurs avantages et leurs contraintes :
  - avec moi ;
  - avec moi et ma famille ;
  - sans moi, mais avec la personne de confiance ou mon mandataire désigné ;
  - uniquement au sein de l'équipe de soins en concertation avec mon médecin généraliste ;
  - .....

En plus des déclarations d'intention explicites qui suivent, je voudrais que la philosophie de vie, les valeurs et les conceptions de la vie décrites ci-dessous, soient respectées à tout moment :

**Je désire :**

- un soutien spirituel, je suis de confession .....
- qu'on me propose un soutien psychologique.

Autres valeurs et conceptions :

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

## 2. DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art.7, §2, art. 9, §2, art.9, §3)

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

désigne la personne mentionnée ci-dessous comme étant ma personne de confiance, qui peut, également en mon absence, exercer les droits suivants :

**Le droit de s'informer de mon état de santé et de son évolution probable.** Nom du médecin concerné (p.ex. le médecin généraliste, l'oncologue, le cardiologue, ...) : .....

**Le droit de consulter mon dossier patient.** Nom du médecin concerné (p.ex. le médecin généraliste, l'oncologue, le cardiologue, ...) : .....

**Le droit de demander une copie de mon dossier patient.** Nom du médecin concerné (p.ex. le médecin généraliste, l'oncologue, le cardiologue, ...) : .....

### Identité du patient :

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

.....

Date de naissance :

.....

Signature du patient : .....

### Identité de la personne de confiance :

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

.....

Date de naissance :

.....

Fait à (lieu) .....

le (date) .....

## 3.1 DESIGNATION D'UN MANDATAIRE DANS LE CADRE DE LA REPRÉSENTATION DU PATIENT

(Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §1)

### Information :

La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment par un document daté et signé. Dans ce cas, il est recommandé d'en informer les personnes qui ont reçu un original du formulaire de désignation.

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

désigne la personne mentionnée ci-dessous pour me représenter aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient.

#### Identité du patient :

Nom et prénom :

.....  
.....

Adresse :

.....  
.....

Numéro de téléphone :

.....

Date de naissance :

.....

Fait à (lieu) .....

le (date) .....

Signature du patient : .....

#### Identité du mandataire :

Nom et prénom :

.....  
.....

Adresse :

.....  
.....

Numéro de téléphone :

.....

Date de naissance :

.....

J'accepte ma désignation de représentant comme prévu ci-dessus et je veillerai à représenter le patient dans les cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits et d'agir dans son intérêt et dans le respect de sa déclaration de volonté.

Fait à (lieu) .....

le (date) .....

Signature du mandataire : .....

## 3.2 REVOCATION DU MANDATAIRE DESIGNÉ

(Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 14, §1)

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Révoque par la présente la désignation du .... / .... / .... de la personne mentionnée ci-dessous comme mandataire

### Identité du mandataire révoqué :

Nom et prénom :

.....  
.....

Adresse :

.....  
.....

Numéro de téléphone :

.....

Date de naissance :

.....

Fait à (lieu) .....

le (date) .....

**Signature du patient :** .....



## 4. DECLARATION DE PRINCIPE

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

exprime par la présente, délibérément et en pleine conscience, ma volonté.

### Ma volonté s'applique dans les situations suivantes

(cocher et compléter selon votre choix) :

Uniquement dans le cas où, de manière irrévocable, je ne pourrais plus formuler ou exprimer ma volonté et que

je vais mourir dans un délai prévisible (phase terminale) ;

je suis dans une situation médicalement désespérée en raison d'un **processus de dégénérescence cérébrale** très avancé comme par exemple un état de **démence** très avancé ;

je me trouve dans un **coma irréversible** ;

autre : .....  
.....  
.....  
.....

Si le médecin traitant a pu déterminer au mieux de ses connaissances médicales et de sa conscience, qu'une ou plusieurs de ces situations s'appliquent, ma volonté est la suivante (cocher svp) :

Je souhaite qu'une **mort naturelle ne soit pas empêchée** par des mesures visant à la prolongation de ma vie, dans le cas où toute **mesure de prolongation de vie** serait sans espoir d'amélioration et ne ferait que prolonger artificiellement ma vie (acharnement thérapeutique) ;

Dans le cas d'un don d'organes, que les traitements qui sont nécessaires à ce don soient poursuivis ;

Je souhaite des **soins palliatifs**.

### En quoi consistent les soins palliatifs ?

Dans ces cas, l'accompagnement et le traitement médical ainsi que les soins attentionnés doivent viser à soulager les symptômes tels que la douleur, l'agitation, l'anxiété, l'essoufflement ou la nausée, même si, par la thérapie antidouleur nécessaire, une réduction de la durée de vie ne peut pas être exclue.

**Je souhaite pouvoir mourir** (cocher et compléter selon votre choix) :

si possible, entouré de mes proches ;

si possible, dans mon environnement habituel ;

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



## 5. DÉCLARATION ANTICIPÉE NÉGATIVE (REFUS DE SOINS)

À COMPLÉTER AVEC LE MEDECIN TRAITANT OU AVEC L'INFIRMIER DE RÉFÉRENCE

Une déclaration anticipée de volonté des soins négative peut être complétée dans le cas d'un diagnostic d'une maladie mortelle. Il est recommandé de ne la compléter qu'avec le médecin traitant ou l'infirmier de référence qui pourront donner les explications nécessaires et pourront informer quant aux traitements alternatifs possibles et aux conséquences des décisions prises. La déclaration anticipée de volonté de soins négative a une validité illimitée mais peut être révoquée ou modifiée à tout moment.

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

exprime par la présente ma volonté, librement et en toute conscience.

**Ma volonté s'applique dans les situations suivantes : uniquement dans le cas où, de manière irrévocable, je ne pourrais plus formuler ou exprimer ma volonté et que** (cocher et compléter selon votre choix) :

Je vais **mourir** dans un délai prévisible (phase terminale) ;

Je suis dans une situation médicalement désespérée en raison d'un **processus de dégénérescence cérébrale** très avancé comme par exemple un état de **démence** très avancé ;

Je me trouve dans un **coma irréversible** ;

Autre situation : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si le médecin traitant a pu déterminer au mieux de ses connaissances médicales et de sa conscience, que la situation actuelle **se trouve dans le cadre de la progression naturelle de ma maladie**, ma volonté est la suivante :

**Je ne souhaite plus :**

être transféré à l'hôpital ;

être transféré aux soins intensifs.

**Je refuse les traitements suivants :**

Chimiothérapie

Radiothérapie

Opérations chirurgicales

Dialyse

Antibiotiques

Transfusion sanguine

Réanimation

Respiration artificielle

Alimentation artificielle, si je ne peux ou ne veux plus manger.

En outre, j'ai désigné un **mandataire** qui décidera dans mon intérêt, aussi longtemps que je ne serais pas en mesure d'exercer moi-même mes droits de patient (voir document : Désignation d'un mandataire).

Nom et prénom du **mandataire** :

.....  
.....

## 5. DÉCLARATION ANTICIPÉE NÉGATIVE (SUITE)

À COMPLÉTER AVEC LE MEDECIN TRAITANT OU AVEC L'INFIRMIER DE RÉFÉRENCE

- Je voudrais définir les limites concrètes du traitement qui me concerne après en avoir discuté en détail avec mon médecin traitant :

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

**Informations pour le cas où je ne serai plus en mesure de rédiger et signer moi-même ma déclaration de volonté.** Je suis dans l'incapacité de rédiger moi-même ma déclaration de volonté pour la raison suivante :

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

Pour preuve, un certificat médical est joint.

J'ai désigné la personne suivante pour rédiger et signer cette déclaration de volonté :

Nom et prénom : .....

.....

Adresse : .....

.....

Numéro national (NISS) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Lien de parenté éventuel : .....

Fait à (lieu) .....,  
le (date).....

**Signature du patient :** .....

Eventuellement signature du mandataire : .....

Eventuellement signature du rédacteur désigné de la déclaration de volonté : .....

Eventuellement signature et cachet du médecin traitant ou de l'infirmier de référence :

.....

.....

## 6. DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE À L'EUTHANASIE

A COMPLETER AVEC LE MEDECIN TRAITANT OU AVEC L'INFIRMIER DE REFERENCE

La déclaration anticipée relative à l'euthanasie n'est valable que dans le cas où la personne concernée :

- est atteinte d'une souffrance grave et incurable due à un accident ou une maladie ;
- n'est plus consciente ;
- et que cette situation est irréversible selon les connaissances actuelles de la science.

La déclaration anticipée relative à l'euthanasie complétée après le 2 avril 2020 reste valable sans limite de temps et ne doit plus être renouvelée tous les 5 ans. Elle peut néanmoins être révoquée à tout moment (loi du 15 mars 2020, modification de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie).

### RUBRIQUE I : DONNEES OBLIGATOIRES

#### A. Objet de la déclaration anticipée

Je, soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

- demande que, dans le cas où je ne suis plus en état d'exprimer ma volonté, un médecin effectue l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.
- reconfirme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) .....
- modifie la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) .....
- retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) .....

#### B. Données personnelles du requérant

Mes données sont les suivantes :

Adresse : .....  
.....  
.....

Numéro national (NISS) : .....

Date et lieu de naissance : .....

#### C. Caractéristiques de la déclaration anticipée

Cette déclaration a été faite librement et en pleine conscience. Elle est approuvée par la signature de deux témoins et le cas échéant, d'une (des) personne(s) de confiance.

#### D. Les témoins

Les témoins en présence desquels je rédige cette déclaration anticipée, sont :

##### Témoin 1

Nom et prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Numéro national (NISS) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Lien de parenté éventuel : .....

##### Témoin 2

Nom et prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Numéro national (NISS) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Lien de parenté éventuel : .....

**Au moins un des deux témoins n'a aucun avantage matériel lié à mon décès.**

## 6. DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE À L'EUTHANASIE (SUITE)

À COMPLÉTER AVEC LE MEDECIN TRAITANT OU  
AVEC L'INFIRMIER DE RÉFÉRENCE

### RUBRIQUE II : DONNEES FACULTATIVES

#### A. Personne de confiance éventuellement désignée

Comme personne de confiance, dont je souhaite qu'elle soit immédiatement informée si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée pourrait entrer en application, et qu'elle soit impliqué pendant la procédure, je désigne :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Numéro national (NISS) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Lien de parenté éventuel : .....

#### B. Données à mentionner par la personne qui n'est pas physiquement capable de rédiger et de signer une déclaration anticipée

Je suis dans l'incapacité de **rédiger** moi-même ma déclaration de volonté pour la raison suivante :

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

Pour preuve, un certificat médical est joint.

J'ai désigné la personne suivante pour rédiger et signer cette déclaration de volonté :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Numéro national (NISS) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Lien de parenté éventuel : .....

La présente déclaration a été rédigée en (nombre).....exemplaires signés qui sont conservés (à un endroit ou chez une personne) .....

### SIGNATURES

Fait à (lieu) .....,  
le (date).....

Signature du requérant : .....

Date et signature témoin 1 : .....

Date et signature témoin 2 : .....

Eventuellement date et signature de la personne de confiance : .....

Eventuellement date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique du requérant :

Eventuellement date, signature et cachet du médecin traitant : .....





# DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉ DE SOINS

Texte en allemand version août 2020

Traduction de l'allemand en français et adaptation en janvier 2021

Texte développé sous la direction de l'Association des soins palliatifs (Palliativpflegeverband Ostbelgien), avec la participation d'un groupe de travail multidisciplinaire composé de représentants du PRT (Patienten Rat & Treff) et des différents prestataires de soins de l'Est de la Belgique.

Veuillez découper cette carte et la  
conserver avec vos papiers d'identité

## CARTE EN CAS D'URGENCE

**Titulaire** (Nom, prénom) : .....

J'ai désigné les personnes suivantes :

**Médecin généraliste** : .....

**Personne de confiance** : .....

**Mandataire** : .....

J'ai déposé une déclaration anticipée de volonté de soins  
auprès de : .....

