



DIRECTIVES ANTICIPEES

Conseils de rédaction du CPDH

Afin d'alimenter votre réflexion pour la rédaction de vos directives anticipées, le CPDH vous propose quelques commentaires (en rouge) sur un extrait du modèle officiel dont la version complète est également téléchargeable depuis les fiches repères sur notre site internet¹. Les autres pages non reproduites ici ne posent pas de problème éthique particulier.

Il ne s'agit ici que de conseils non exhaustifs dont vous pouvez librement vous inspirer, selon vos propres convictions. Vous pouvez également demander conseil au pasteur de votre église sur le plan spirituel, et à votre médecin traitant sur le plan médical.

Vous n'avez à remplir qu'un seul des 2 modèles de directives, selon que vous êtes gravement malade (modèle A) ou bien portant (modèle B). Le plus sûr est qu'un exemplaire soit déposé dans votre dossier médical, et qu'un autre soit remis à votre personne de confiance ; gardez un ou plusieurs exemplaires pour vous.

N'oubliez pas de les dater : seul l'exemplaire le plus récent fait foi.

Concernant la désignation de la personne de confiance, il est préférable que celle-ci partage vos convictions et qu'elle puisse être une interface entre vous et votre famille ou vos proches. Gardez à l'esprit que ce que vous écrirez dans vos directives anticipées sera pris en compte d'abord, et que votre personne de confiance ne pourra le contredire.

Il ne faut pas négliger que la famille et les proches auront eux aussi besoin d'être écoutés et soutenus dans ces moments qui seront difficiles pour eux, parce qu'ils sont attachés à vous. Il sera important pour leur bien-être que le moment venu, chacun de ceux qui vous sont chers puisse effectuer son deuil dans de bonnes conditions.

Enfin, n'oubliez pas de faire connaître vos convictions et souhaits concernant un éventuel don d'organes, en inscrivant vos objections éventuelles sur le Registre National des Refus² : consultez la fiche repère « Don d'organe » sur le site du CPDH.

¹ <https://cpdh.org/index.php/2014-03-26-11-40-22/memos>

² <https://www.registrenationaldesrefus.fr/>

(3) Informations ou souhaits

*que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées
figurant sur la fiche 4 ci-après*

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

En plus de ce qui est suggéré ci-dessus, le CPDH conseille de faire part de vos convictions chrétiennes, par exemple: « Je suis croyant chrétien, de confession protestante-évangélique. Je désire qu'en tout point, mes convictions chrétiennes soient respectées, et qu'aucune décision ne soit prise en contradiction avec l'enseignement de la Bible. En cas de doute sur ce point, ma personne de confiance consultera le pasteur de mon église pour donner son avis sur le plan de la conformité théologique. »

Fait le à

Signature

(4) Mes directives anticipées Modèle A

- Je suis atteint d'une maladie grave
- Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

Proposition du CPDH, dans l'esprit de la Loi Léonetti de 2005 et favoriser les soins palliatifs, et dans l'intérêt de l'entourage qui doit pouvoir faire son deuil : « *Quelle que soit la situation dans laquelle je me trouve, je ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique mais j'accepte d'être maintenu artificiellement en vie, sauf avis contraire de ma personne de confiance* ».

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

=> J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

Commentaire du CPDH : Il n'y a pas d'obstacle biblique à accepter ou refuser les différents traitements en situation de fin de vie. Cependant pour les raisons évoquées ci-dessus (efficacité des soins palliatifs, favoriser le deuil de l'entourage, incertitudes possibles sur la réalité de la situation de fin de vie dans certains cas ...), on pourra préférer accepter les traitements de maintien en vie.

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : Proposition du CPDH :

« *J'accepte* » :.....

- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : Proposition du CPDH :

« *J'accepte* » :.....

- Une intervention chirurgicale : Proposition du CPDH : « *J'accepte* »

- Autre

.....

.....

=> Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

Commentaire du CPDH : Il s'agit ici du refus de l'acharnement thérapeutique selon avis médical, conforme à l'ancienne Loi Léonetti de 2005. Lorsque tout espoir de retour à une vie relationnelle est écarté (coma définitif), on laisse le malade mourir de sa mort naturelle.

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : Proposition du CPDH : « *J'accepte qu'elle soit arrêtée* »
- Dialyse rénale : Proposition du CPDH : « *J'accepte qu'elle soit arrêtée* »
- Alimentation et hydratation artificielles : Quoiqu'en dise la nouvelle loi (2016), celles-ci ne constituent pas obligatoirement à notre avis des traitements, tout dépend où l'on place le curseur dans le mot « artificielle », pouvant aller d'une simple sonde naso-gastrique, une perfusion intraveineuse ou sous-cutanée, jusqu'à une intervention chirurgicale pour pose d'une stomie, c'est-à-dire un abouchement du tube digestif à la peau. Leur arrêt intempestif risque de choquer la famille. Il peut cependant être justifié si l'on se situe dans les tous derniers jours de la vie et que leur maintien provoque pour le patient un inconfort trop important par rapport aux bénéfices attendus.

Proposition du CPDH : « *Je n'accepte que l'alimentation et l'hydratation artificielles ne soient arrêtées que si mon espérance de survie ne dépasse pas quelques jours (cinq jours pour l'arrêt de l'hydratation artificielle) , et que l'inconfort engendré par celles-ci soient trop important par rapport aux bénéfices attendus. Je demande que ceci soit clairement expliqué à ma personne de confiance et à mon entourage. Dans ce cas, je demande à ce qu'une humidification des muqueuses buccales soit régulièrement effectuée par brumisation pour éviter tout dessèchement de la bouche.* »

- Autre

.....

Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Commentaire du CPDH : Il s'agit ici de la «sédation profonde et continue jusqu'au décès» introduite par la loi de 2016, appliquée dans la situation de mettre fin à ce que l'équipe médicale considérerait comme un acharnement thérapeutique. Plutôt que de s'attacher exclusivement à permettre une meilleure application de la Loi de 2005 en développant l'accès des patients aux soins palliatifs et l'enseignement des soignants, les autorités introduisent avec cette mise en coma artificiel une confusion dangereuse. Celle -ci n'était pas nécessaire sur le plan médical et instrumentalise la peur de mourir, la peur de

souffrir : cf la partie de la phrase ci-dessus relative à la douleur qui a été soulignée dans le document officiel ; or les techniques de soins palliatifs sont capables de soulager les douleurs, et la souffrance ne se résume pas à la douleur. Ce discours met en exergue des situations extrêmes et promet ici un soi-disant bien mourir expéditif dans cette notion de «fin de vie digne», plutôt qu'une « vie digne jusqu'à la mort » souhaitée par la loi de 2005 :

- Toute possibilité de relation et d'accompagnement est interrompue. Or, contrairement à l'euthanasie qui sous-tend qu'une telle vie n'est plus digne d'être vécue, accompagner une personne a pour but, outre les soins appropriés, de lui faire réaliser que sa souffrance a un sens et prend sa place dans une vie digne d'être vécue jusqu'au bout, pour un départ apaisé pour la personne mourante comme pour l'entourage. Le « donner un sens à sa vie » peut se jouer à la fin de cette vie, et bien des personnes y ont rencontré le Seigneur Jésus-Christ.
- Cette sédation continue, contrairement aux techniques de soins palliatifs usuelles, privilégie l'objectif à atteindre au mépris des effets secondaires et de la précipitation éventuelle du décès. La façon dont elle est mise en œuvre pourrait dépendre des convictions du médecin par rapport à l'euthanasie, pouvant conduire en fait à une euthanasie masquée.
- Il s'agit, de l'aveu même de certains dirigeants, d'un premier pas vers une légalisation ultérieure de l'euthanasie.

⇒ Proposition du CPDH « *Je m'oppose à ce qu'une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, selon l'article L1110-5-2 du code de la santé publique, soit mise en œuvre. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiendraient artificiellement en vie, je demande à bénéficier de soins palliatifs appropriés jusqu'à mon décès* ».

Fait le à
Signature

« *Jésus lui dit: Je suis la résurrection et la vie. Celui qui croit en moi vivra, même s'il meurt; et quiconque vit et croit en moi ne mourra jamais. Crois-tu cela ?* »

Jean 11 :25-26

Mes directives anticipées Modèle B

- Je pense être en bonne santé
- Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

Proposition du CPDH, dans l'esprit de la Loi Léonetti de 2005 et favoriser les soins palliatifs, et dans l'intérêt de l'entourage qui doit pouvoir faire son deuil : « Quelle que soit la situation dans laquelle je me trouve, j'accepte d'être maintenu artificiellement en vie, sauf avis contraire de ma personne de confiance ».

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

Commentaire du CPDH : Il n'y a pas d'obstacle biblique à accepter ou refuser les différents traitements en situation de fin de vie. Cependant pour les raisons évoquées ci-dessus (efficacité des soins palliatifs, favoriser le deuil de l'entourage, incertitudes possibles sur la réalité de la situation de fin de vie dans certains cas ...), on pourra préférer accepter les traitements de maintien en vie.

Proposition du CPDH : «J'accepte que les différents traitements (réanimation cardiorespiratoire, dialyse rénale, intervention chirurgicale, etc...) et soins palliatifs permettant mon maintien en vie, soient pratiqués.»

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur,

c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Commentaire du CPDH : Il s'agit ici de la «sédation profonde et continue jusqu'au décès» introduite par la loi de 2016, appliquée dans la situation de mettre fin à ce que l'équipe médicale considérerait comme un acharnement thérapeutique. Plutôt que de s'attacher exclusivement à permettre une meilleure application de la Loi de 2005 en développant l'accès des patients aux soins palliatifs et l'enseignement des soignants, les autorités introduisent avec cette mise en coma artificiel une confusion dangereuse. Celle -ci n'était pas nécessaire sur le plan médical et instrumentalise la peur de mourir, la peur de souffrir : cf la partie de la phrase ci-dessus relative à la douleur qui a été soulignée dans le document officiel ; or les techniques de soins palliatifs sont capables de soulager les douleurs, et la souffrance ne se résume pas à la douleur. Ce discours met en exergue des situations extrêmes et promet ici un soi-disant bien mourir expéditif dans cette notion de «fin de vie digne», plutôt qu'une « vie digne jusqu'à la mort » souhaitée par la loi de 2005 :

- Toute possibilité de relation et d'accompagnement est interrompue. Or, contrairement à l'euthanasie qui sous-tend qu'une telle vie n'est plus digne d'être vécue, accompagner une personne a pour but, outre les soins appropriés, de lui faire réaliser que sa souffrance a un sens et prend sa place dans une vie digne d'être vécue jusqu'au bout, pour un départ apaisé pour la personne mourante comme pour l'entourage. Le « donner un sens à sa vie » peut se jouer à la fin de cette vie, et bien des personnes y ont rencontré le Seigneur Jésus-Christ.
- Cette sédation continue, contrairement aux techniques de soins palliatifs usuelles, privilégie l'objectif à atteindre au mépris des effets secondaires et de la précipitation éventuelle du décès. La façon dont elle est mise en œuvre pourrait dépendre des convictions du médecin par rapport à l'euthanasie, pouvant conduire en fait à une euthanasie masquée.
- Il s'agit, de l'aveu même de certains dirigeants, d'un premier pas vers une légalisation ultérieure de l'euthanasie.

⇒ Proposition du CPDH : *« Je m'oppose à ce qu'une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, selon l'article L1110-5-2 du code de la santé publique, soit mise en œuvre. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiendraient artificiellement en vie, je demande à bénéficier de soins palliatifs appropriés jusqu'à mon décès ».*

Fait le à

Signature

« Jésus lui dit: Je suis la résurrection et la vie. Celui qui croit en moi vivra, même s'il meurt; et quiconque vit et croit en moi ne mourra jamais. Crois-tu cela ? »

Jean 11 :25-26